

EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Eusko Jaurlaritzako Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo del Gobierno Vasco

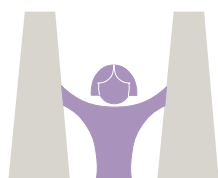
EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

¿QUIÉN CUIDA?

aportaciones en torno a la
organización social de los cuidados



EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Eusko Jaurlaritzako Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo del Gobierno Vasco

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

¿QUIÉN CUIDA?

aportaciones en torno a la
organización social de los cuidados

TÍTULO: ¿QUIÉN CUIDA? aportaciones en torno a la organización social de los cuidados

EDITA Y REALIZA: EMAKUNDE - Instituto Vasco de la Mujer. Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz

COORDINACIÓN TÉCNICA: María Ángeles Durán

MAQUETACIÓN Y SEGUIMIENTO: EPS Comunicación

FECHA: Marzo 2021



ÍNDICE GENERAL

1.	El cuidado y sus políticas. María Ángeles Durán	13
2.	Conflictos de intereses en la organización social de los cuidados. Cristina García Sainz	39
3.	Impacto de los cuidados a personas en situación de dependencia en la salud y el bienestar de las personas cuidadoras. Mayte Sancho y Elena del Barrio	63
4.	Distribución del tiempo de trabajo doméstico y de cuidados en la CAE: una mirada longitudinal (1993-2018). Matxalen Legarreta Iza	85
5.	Cuidados, vulnerabilidad e interdependencias. Retos para una nueva época. María Teresa Martín Palomo	115
6.	La política sobre cuidados en América Latina. El sector olvidado: la población entre 6 y 17 años. Mercedes Pedrero Nieto	139
7.	El cuidado en tiempos de pandemia. María Ángeles Durán	167





En este pasado año 2020 la pandemia generada por la covid-19 ha dejado más en evidencia que nunca la importancia de las labores de cuidado en nuestra sociedad, unas labores de cuidado que en buena parte se resuelven desde lo invisible y de la mano de las mujeres, tanto a través del trabajo remunerado como del no remunerado. La crisis sanitaria ha permitido ver con más claridad la importancia fundamental para el sostenimiento de la vida de estos trabajos, fuertemente feminizados.

La necesidad de poner el cuidado en el centro es una de las grandes reivindicaciones del feminismo, y es un objetivo recogido en distintos marcos programáticos como la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible impulsado por la ONU o el propio Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAV, entre otros.

Desde Emakunde, este año 2021 hemos dedicado nuestra campaña de sensibilización anual al tema de los cuidados, conscientes de la importancia de impulsar un debate en torno a la visibilidad de los cuidados, a su valoración y a la necesaria corresponsabilidad de toda la sociedad en el mismo.

En este sentido, la publicación *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados* pretende servir, precisamente, como instrumento para impulsar este debate tan necesario para poder avanzar hacia un cambio social, político y cultural al respecto.

El reparto equitativo de tareas de cuidado entre mujeres y hombres, la necesidad de compartir la responsabilidad del mismo entre las instituciones y toda la sociedad, y su necesaria visibilización y valoración son tareas pendientes para las que esta edición pretende servir de revulsivo.

Quiero felicitar y agradecer su trabajo a las autoras que han colaborado con sus artículos en la presente publicación: a María Ángeles Durán, a Cristina García Sainz, a Mayte Sancho y Elena del Barrio, a Matxalen Legarreta Iza, a María Teresa Martín Palomo y a Mercedes Pedrero Nieto, por su contribución e intento de construir una sociedad basada en la igualdad y la justicia a través del conocimiento.

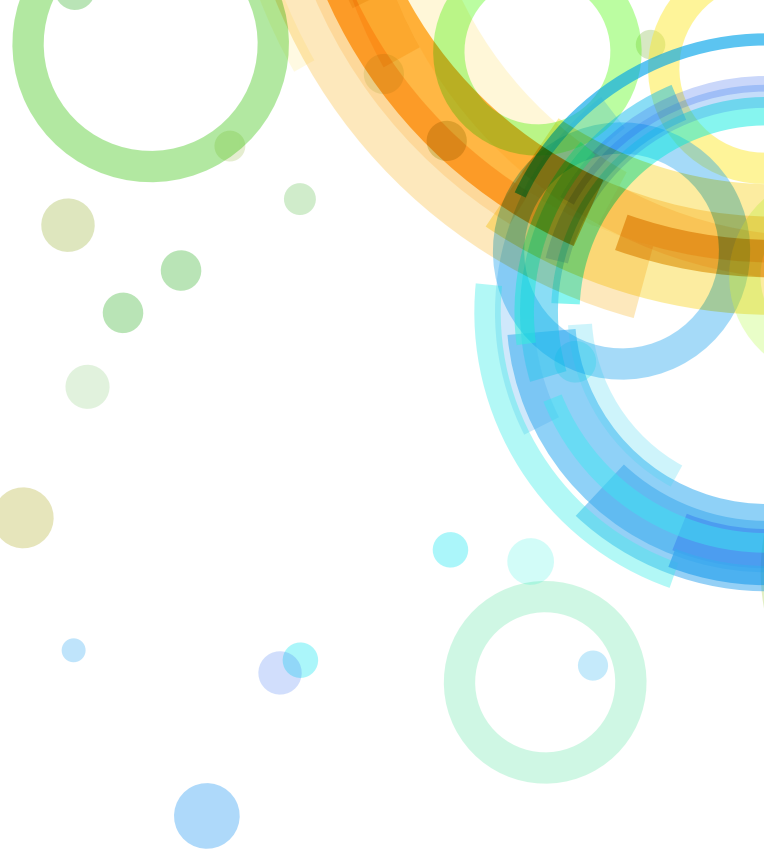
Promover la transformación social hacia un modelo en el que los cuidados estén en el centro no es sencillo, sobre todo porque necesita de un cambio de valores y prioridades en nuestra sociedad, sin embargo, es algo absolutamente necesario, como lo es profundizar en la sensibilización, el debate y el conocimiento en torno al tema. Es lo que se trata de impulsar a través de la presente publicación.

Estoy segura de que esta contribuirá al enriquecimiento del debate, así como al impulso de un nuevo modelo de organización social más igualitario.

Izaskun Landaia Larizgoitia

Directora de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer





INTRODUCCIÓN

Hablar de cuidados es, aquí y en todo el mundo, hablar de un trabajo que asumen mayoritariamente las mujeres.

Según los últimos datos elaborados por Eustat, en la CAV, dentro de los hogares, el trabajo doméstico y de cuidados lo realizan mujeres en un 67,2 % de los casos frente al 32,8 %, cuando es realizado por hombres. En concreto, las mujeres vascas asumen el 65 % de las tareas de educación y cuidados de niños/as, personas mayores y enfermas, el 83 % de las actividades relacionadas con la ropa (comprar, lavar, planchar, etc.), el 69 % de las tareas relacionadas con la comida (planificar, comprar, cocinar, fregar, etc.) y el 62 % de otras gestiones de la casa (compra, alquiler, limpiar, amueblar, mantener, reparar, etc.).

Son las mujeres, por tanto, quienes soportan mayoritariamente el peso de uno de los pilares que sustenta el funcionamiento de la sociedad. Esta colección de artículos pretende poner de manifiesto dicha realidad, palpable, pero, como sus protagonistas, a menudo invisibilizada.

Una realidad que seis autoras, provenientes del mundo académico, de la investigación y de la prestación de servicios socio-sanitarios, recogen de manera escrupulosa, minuciosa y detallada desde diferentes perspectivas y marcos teóricos para abordar una visión global que deja al descubierto la necesidad de transformar el actual sistema de cuidados en uno corresponsable en el que dichos cuidados se sitúen en el centro.

Las autoras son María Ángeles Durán (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Cristina García Sainz (Universidad Autónoma de Madrid), Mayte Sancho y Elena del Barrio (Fundación Matía), Matxalen Legarreta Iza (Universidad del País Vasco), María Teresa Martín Palomo (Universidad de Almería) y Mercedes Pedrero Nieto (Universidad Nacional Autónoma de México).

A través de sus contribuciones, todas ellas ponen de manifiesto que la articulación del cuidado se enfrenta a grandes retos y lo hace desde una situación sesgada y muy poco ventajosa. Es difícil de medir y cuantificar, por lo tanto, difícil de legislar con coherencia; se sustenta sobre una herencia encorsetada, anclada en los roles de género; sufre, hoy más que nunca, una importantísima presión externa fruto de la covid-19 y sus consecuencias directas sobre nuestros hábitos de vida, y adolece de justicia social.

Sin embargo, es la democratización del cuidado y del autocuidado precisamente una necesidad de las sociedades modernas y justas.

Pretendemos, con esta colección, no solo dibujar el panorama actual de los cuidados, su recorrido a lo largo de los últimos años y las perspectivas de futuro, sino que sirva para impulsar la reflexión y de acicate hacia la transformación en pro de la dignidad de quienes cuidan y quienes son cuidados y cuidadas.

Al fin y al cabo, todos y todas hemos sido cuidadas en algún momento y todas y todos lo seremos al final de nuestros días, ¿por qué no garantizar un escenario óptimo para que dicha tarea resulte gratificante a quien la desempeña y a quien la recibe? Es más, ¿por qué no hacer del cuidado una tarea compatible con el autocuidado, con el desarrollo personal y profesional, con una vida propia de un estado de bienestar? Lograrlo ha de ser una clara intención no solo adscrita a la voluntad política, sino a la ciudadana.

Hablar de igualdad es hablar de cuidado. Porque este último resulta condicionante en la medida en que, tal y como se plantea en las sociedades actuales, se torna limitador para las mujeres. La distribución desigual del cuidado refuerza la desventaja socioeconómica de estas, dado que limita su acceso a la educación, a la salud, al empleo remunerado, así como a su participación en la vida pública y cultural.

Recoge Pedrero Nieto en su artículo que, en América Latina, existe una auténtica carencia de tiempo en aquellas personas adultas, principalmente las mujeres, que han de asumir el cuidado dentro de la dinámica familiar cuando esta aparece como la principal, y a veces la única, proveedora de cuidados, por ejemplo, a menores. Esta casuística podría extrapolarse a prácticamente cualquier país del mundo. De hecho, en muchos casos, las personas adultas carecen incluso de las herramientas, infraestructura y preparación necesarias para proveer adecuadamente de dichos cuidados, cuya función se limita prácticamente al ámbito doméstico.

Como señala Martín Palomo, proyectos cooperativos y comunitarios de cuidado mutuo han demostrado que este tipo de respuestas a las dificultades actuales derivadas del cuidado es posible. De hecho, se muestran, a menudo, más efectivas que las políticas públicas al respecto, demasiado rígidas, indica la autora, ante necesidades tan cambiantes.

Estos proyectos, algunos de los cuales desgana Martín Palomo en su texto, revisan el significado del cuidado, que plantean como una fortaleza y no como un lastre, pues forja lazos de unión y hace «comunidad». En definitiva, tal y como pone de manifiesto la socióloga, contribuye a crear sociedades más fuertes, sensibilizadas, reflexivas, inclusivas e igualitarias.

Esta concepción del cuidado como una ventaja propia de sociedades maduras es recogida también por Mayte Sancho y Elena del Barrio cuando hablan de la estigmatización del cuidado, de cómo afecta (en especial cuando la variable de la intensidad entra en juego) al estado de salud de quienes lo ejercen, provocando sedentarismo, desgaste físico y emocional, tristeza, depresión e incluso, como señalan, desesperanza. Poco se habla hoy en día del sentimiento de satisfacción, reciprocidad y de los beneficios sociales que entraña el cuidado a otras personas.

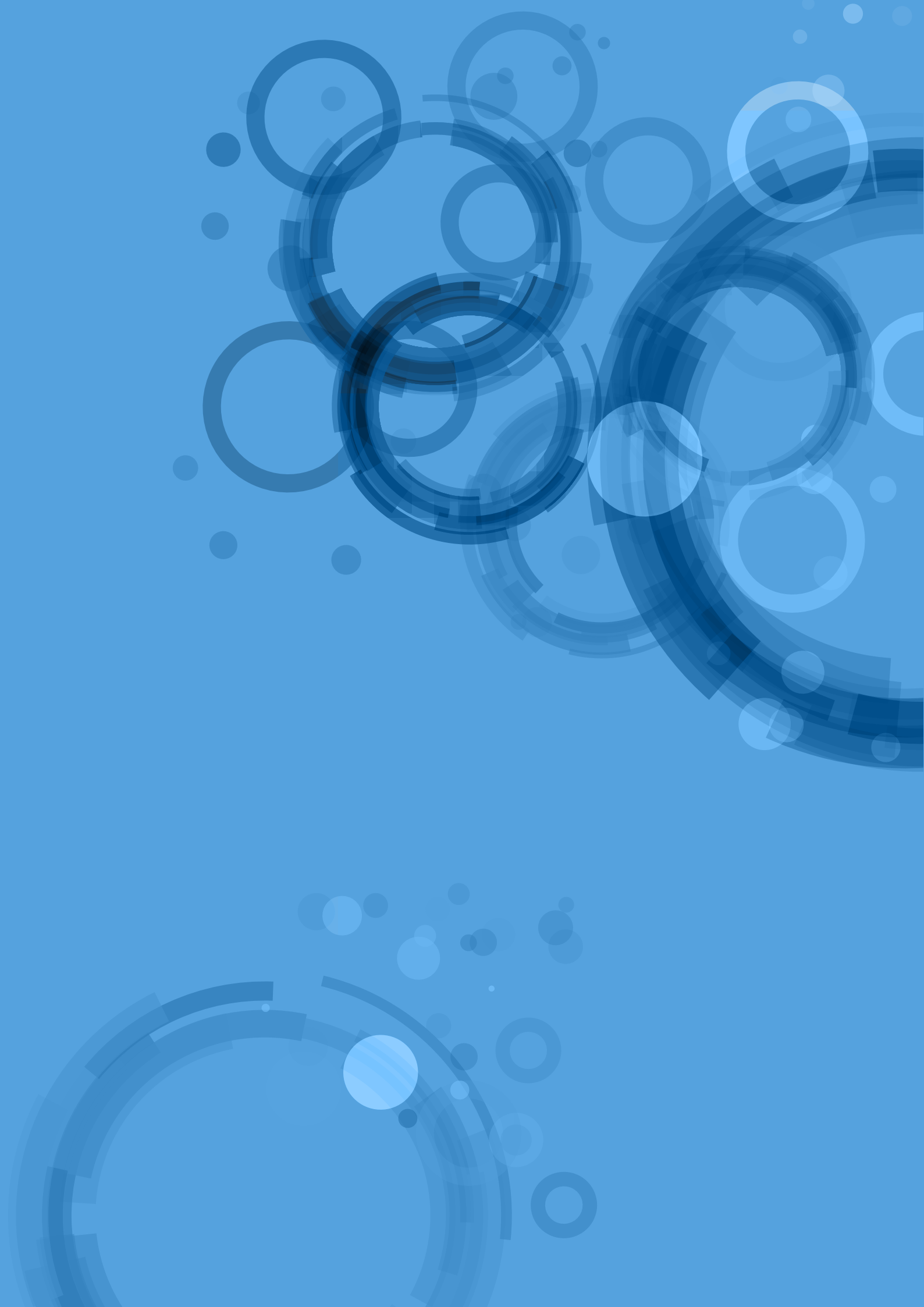
Sobre la desigual distribución del cuidado entre hombres y mujeres y su evolución a lo largo de los últimos 25 años pone de manifiesto Legarreta Iza: «La creciente participación de las mujeres en el mercado laboral no las exime de asumir la responsabilidad en el ámbito doméstico-familiar, pues no va acompañada de una implicación similar en estas tareas por parte de los hombres [...] Los hombres desempleados y jubilados/pensionistas, aun estando fuera del mercado laboral, destinan menos tiempo a la esfera doméstica-familiar que las mujeres con empleo».

Esta diferenciación también es puesta de manifiesto clara y llanamente por María Ángeles Durán a través de un estudio minucioso de los resultados lanzados por las encuestas de Presupuestos de Tiempo que publica el Eustat, Instituto Vasco de Estadística, entre otras muestras tomadas por la autora en consideración y que le brindan la herramienta perfecta para dibujar, a través de porcentajes estadísticos, una desigualdad irrefutable en el reparto de tareas y cuidados en el hogar entre hombres y mujeres.

A este respecto, Durán pone de manifiesto en su artículo sobre cuidados y pandemia, el último de esta colección, cómo el cuidado ha entrado de lleno en la agenda política y social de debate a todos los niveles y cómo, a pesar de ello, no se están dando alternativas realistas, por ejemplo, al modelo de residencias de mayores.

A colación, recogemos la idea lanzada por García Sainz sobre cómo la corresponsabilidad y la distribución del cuidado ha de ser una condición sine qua non para la igualdad no solo de género, sino a todos los niveles (etnias, clases sociales...). Porque esta autora plantea, más allá de la equitativa distribución del cuidado en el hogar, lo propio fuera del ámbito doméstico a través, por ejemplo, de una profesionalización del trabajo de cuidados.

Asegura García Sainz que, de esta manera, los cuidados no quedarían ignorados o desatendidos desde los poderes públicos, pues estos últimos se verían abocados a trabajar sobre un modelo sostenible y de calidad en el que los servicios profesionales precarizados que perpetúan la desigualdad o la asignación de género remitirían.





El cuidado y sus políticas

MARÍA ÁNGELES DURÁN

Índice

1. El salto del cuidado a la agenda política. ¿Quién teme al cuidatoriado?	15
2. Una demanda sin límite de crecimiento	16
3. La difícil distinción entre trabajos domésticos y cuidados: una estimación del valor de los cuidados indirectos con relación al PIB	18
4. Las Administraciones públicas y el cuidado. Servicios de cuidado ofrecidos en Euskadi	21
5. La escasez de tiempo disponible para el cuidado	21
6. Cuantificar no es deshumanizar. Los indicadores de dependencia	22
7. La irrupción de los avances tecnológicos en el cuidado	26
8. Cambios demográficos y nuevas demandas de cuidado, 2020-2030	26
9. La conversión del trabajo actual de cuidado en Euskadi en empleos equivalentes a tiempo completo: 918 586 empleos invisibles y no remunerados	28
10. La factura del cuidado a dependientes: cuantía y distribución	30
11. La frontera entre dos subsistemas económicos. ¿Por qué las personas dependientes prefieren la ayuda económica a la prestación de servicios?	32
12. Una propuesta interactiva: los mejores y peores escenarios futuros del cuidado en Euskadi	33
Referencias y fuentes	35



1. El salto del cuidado a la agenda política. ¿Quién teme al *cuidatoriado*?

La identificación del cuidado como un asunto político es relativamente reciente y todavía no ha causado el gran impacto que merece en la investigación social y política. No hay consenso en el uso de las palabras, existen pocas fuentes de datos y apenas hay teorías de alcance general que lo vinculen con la estructura social y económica. Igual sucede en el plano legal. Sin embargo, en los años recientes, este campo de investigación ha crecido considerablemente, siendo simultáneamente causa y consecuencia de su importancia política.

Igual que sucedió en los años inmediatos anteriores, el 8 de marzo del año 2020 el cuidado ocupó un lugar preferente en las reivindicaciones de las mujeres, junto con otros derechos sociales. ¿Qué ha sucedido para que el cuidado se haya movido a la agenda pública? En esta incorporación se han fusionado tendencias estructurales de largo plazo y acontecimientos de actualidad. Algunos acontecimientos de gran repercusión mediática (especialmente el movimiento *Me Too* expandido desde Estados Unidos) han servido de espoleta ante la opinión pública, superponiéndose a las profundas transformaciones que constituyen su base estructural. Son transformaciones *demográficas* (aumento de la esperanza de vida, envejecimiento, caída de la natalidad, migraciones, expansión del territorio urbano), *socioeconómicas* (transformación de las sociedades de patrimonios en sociedades de rentas, conquista del estado del bienestar en las sociedades industriales y de economía avanzada) e *ideológicas* (acceso de las mujeres a la educación, alta valoración de la igualdad y libertad individual).

El cuidado es una palabra polivalente que se utiliza a menudo, pero con significados distintos. Su uso varía según se trate de contextos sanitarios, educativos, de servicios sociales, familiares, publicitarios o de redes sociales. En la vida cotidiana y entre el personal no sanitario, el uso del término *cuidado* ocupa un amplísimo gradiente. Desde la perspectiva de quien lo presta, va desde *la atención para que no suceda algo malo* o el acompañamiento pasivo, hasta *servicios activos y especializados tales como ayuda para las tomas de alimentación, de medicación, limpieza, ejercicios de rehabilitación, transporte o gestión de la atención sanitaria*. Desde la perspectiva del receptor o receptora, forman parte del cuidado *actividades imprescindibles para la inmediata supervivencia de la persona*, pero también otras *actividades no tan esenciales que mejoran sustancialmente la calidad de vida de quien las recibe*, o cuyos efectos se

notan a más largo plazo. Sin olvidar el *autocuidado*, cada vez más importante y objeto de campañas en la opinión pública. En el lenguaje sanitario, las *unidades de cuidados intensivos* representan el espacio de máxima atención y empleo de tecnología médica, pero el uso del término es más frecuente en el ejercicio de la enfermería que en las restantes profesiones sanitarias para referirse a la relación con los y las pacientes. En el otro extremo del rango de usos, en las redes sociales y en la publicidad, «cuidarse» es a menudo sinónimo de «darse buena vida», se aproxima a los conceptos de fitness, ocio y lujo.

La falta de consenso en los conceptos y las fuentes de datos dificulta la adopción de medidas políticas para introducir cambios. Por poner un ejemplo, no es posible desarrollar presupuestos para acompañar proyectos de ley si conceptos tan básicos como los de «cuidador y cuidadora familiar» o «cuidador y cuidadora doméstica» no han sido previamente clarificados, consensuados e identificados mediante indicadores. Pequeñas diferencias en la definición o modo de operativizar un concepto hacen que la estimación del volumen de la necesidad de cuidado o el presupuesto de un programa de intervención se multiplique por diez veces o aún más. Por ello, una necesidad urgente es el establecimiento de un vocabulario consensuado a nivel internacional sobre el cuidado, que permita realizar comparaciones y prospectivas sobre una base firme en la que cada cual sepa a qué se está refiriendo cuando hable de cuidado.

La incorporación del cuidado a la agenda pública no solo significa que las instituciones se preocupen por satisfacer la demanda ciudadana. Quienes trabajan en el cuidado tienen, en general, una mala situación laboral y una escasez de derechos que contrasta con las obtenidas por quienes trabajan en otros sectores. Si el conjunto de cuidadores y cuidadoras se constituye como una clase social emergente, el *cuidatoriado*, habría que preguntarse quién teme a esta nueva clase social y quién está dispuesto a reconocer su pertenencia, a arriesgarse en su organización interna. O, por el contrario, quién tiene interés en privarle de consciencia, fragmentarla, arrogarse su representación y minar cualquier actividad reivindicativa importante que pudiera amenazar los derechos ya consolidados de otros grupos sociales. En los años recientes, las personas trabajadoras del cuidado han sido un grupo social conflictivo, con gran número de pugnas laborales abiertas por la reivindicación de mejoras salariales, reducciones de jornada, reconocimientos de antigüedad, tiempo de transporte y derecho al cobro del desempleo. Entre las no remuneradas y que carecen de organismos que las representen, la conflictividad no es visible y se traduce en sufrimiento interno, pero el potencial de conflicto es mayor que entre las remuneradas, porque sus circunstancias son aún más difíciles. Para las Administraciones públicas, el *cuidatoriado* es el aliado imprescindible para el cumplimiento de sus responsabilidades políticas. Pero al mismo tiempo, un *cuidatoriado* políticamente consciente, organizado eficazmente y combativo sería un antagonista temible que probablemente no tiene interés en fomentar.

2. Una demanda sin límite de crecimiento

Por política suele entenderse lo referente a las Administraciones públicas, por ello al hablar de *políticas de cuidado* se sobreentiende que nos estamos refiriendo a políticas promovidas o realizadas por las Administraciones públicas. Sin embargo, el cuidado se produce y consume principalmente dentro de los hogares. Ni el Estado ni las comunidades autónomas o los ayuntamientos son los protagonistas principales en la provisión de cuidado, por lo que una reflexión sobre sus expectativas de evolución a

corto y medio plazo no puede limitarse al análisis de los servicios ofrecidos por las Administraciones públicas. Dentro de los hogares, el cuidado es mayoritariamente una función social asumida por las mujeres, un claro ejemplo de que lo íntimo y privado es al mismo tiempo público y político. A diferencia de los hogares, la Administración pública establece, en sus diferentes niveles territoriales, programas concretos para resolver la demanda de cuidado, para los que requiere priorizar presupuestos y controlar y justificar los resultados.

Desde una perspectiva socioeconómica, el cuidado tiene dos vertientes: la de quienes demandan y la de quienes producen cuidado. En los hogares, oferta y demanda se producen en el mismo espacio, pero en la Administración pública se produce en espacios diferenciados.

La necesidad de cuidados no coincide plenamente con la demanda explícita: hay necesidades de las que no son conscientes ni siquiera quienes las necesitan y otras que, aun existiendo consciencia de ellas, no llegan a manifestarse por diversos motivos. Entre unas y otras media un proceso de maduración que no es espontáneo o inmediato. Las conexiones entre necesidad y demanda son complejas, más aún si se trata de la demanda organizada. Frecuentemente, tampoco la oferta y la demanda se corresponden; como dice la llamada *ley de hierro del cuidado*, quienes más lo necesitan son quienes más dificultades tienen para conseguirlo por sus propios medios. Para que la necesidad se convierta en demanda hace falta un proceso de activismo social, de toma de consciencia de la situación, de liderazgos, de organización y búsqueda de modos de expresión, de antagonismos, alianzas, acuerdos.

Existe demanda no satisfecha, demanda desincentivada e incluso silenciada. Aunque menos frecuente, también se producen situaciones de exceso de oferta y de oferta infrautilizada.

Tres grandes categorías forman el grueso de la demanda socialmente reconocida y explícita, dos de ellas por razones de edad y la tercera por razones de salud: menores, personas ancianas frágiles, y enfermas y dependientes. Todas ellas tienen dificultades estructurales para organizarse ante un antagonista y reclamar la satisfacción de sus necesidades. ¿Ante quién puede reclamarse la satisfacción del derecho al cuidado, del derecho a cuidar y cuidarse?, ¿la familia inmediata, el Estado? Dentro de la familia, ¿a qué familiares, con qué límites, con qué contraprestación u obligación? Y dentro del Estado, ¿a cuál de sus instituciones?, ¿con qué límites?, ¿en base a qué argumentos, con qué eficacia práctica?

Además de este tipo de demanda socialmente aceptable existe de hecho una gran demanda de cuidados naturalizada, implícita y poco reconocida; se trata de los amplios colectivos sociales que podrían abastecerse a sí mismos de gran parte del cuidado que consumen y no lo hacen en virtud de la tradicional división del trabajo dentro de los hogares. Son sobre todo varones de edad intermedia, así como varones y mujeres jóvenes incorporados intensivamente al sistema educativo o al mercado de trabajo, que se consideran eximidos de la función cuidadora. Ellas y ellos son los *liberados* de esta función social. A estos grandes grupos se añaden otros de menor volumen, más especializados y de reconocimiento social heterogéneo, que son las personas que requieren atención pública especial por otros tipos de causas, por ejemplo pobreza extrema, violencia familiar, agresión sexual, falta de vivienda, ludopatías, víctimas de odio racial, inmigrantes sin legalizar, marginalidad social, solicitantes de derechos de asilo, etc.

La demanda de cuidados no tiene límite al crecimiento. Los servicios pueden aumentar en cobertura, frecuencia y calidad de modo indefinido. Su límite no lo marca la demanda, que es casi infinitamente elástica, sino la oferta, que es inelástica tanto en recursos monetarios como en personal, tiempo disponible y agilidad de reacción.

3. La difícil distinción entre trabajos domésticos y cuidados: una estimación del valor de los cuidados indirectos con relación al PIB

Uno de los problemas metodológicos más difíciles en el análisis del cuidado es la distinción entre el cuidado directo e indirecto. Si los cuidados indirectos, tales como cocinar, limpiar ropa y vivienda para las personas cuidadas, transportarlas, ayudarlas en la educación, gestionar sus compras, etc., se incluyen en la definición de cuidado, no solo cambian las cifras de volumen sino la inclusión de categorías laborales que de otro modo se excluirían. Por ejemplo, si en una guardería infantil o residencia geriátrica se incluyen o excluyen limpiadoras/es, cocineras/os, conductores/as, etc. O si entre las personas empleadas por los hogares se consideran trabajadoras del cuidado a las empleadas de hogar o solo a quienes provean servicios especializados de atención a personas enfermas y dependientes. En la práctica, en las instituciones es muy difícil realizar estos distinguos, e igual sucede en los hogares, tanto si se trata de asalariadas como de familiares no retribuidas.

Como ilustración a este tema, vale la pena examinar en detalle una de estas funciones, la de la producción de alimentos, y estimar su valor en términos monetarios. *El valor total de la producción de alimentos en los hogares incluye el trabajo no remunerado como elemento principal (no incluido en el producto interior bruto, PIB), al que se suma el de los alimentos antes de procesarse, la energía utilizada, el uso del espacio del hogar, artículos de limpieza y menaje empleados (sí incluido en el PIB), etc.*

En Euskadi, la mayoría de la población consume alimentos tres veces diarias, en ocasiones hasta cinco si se incluyen los aperitivos, meriendas o comidas ligeras independientes de las comidas principales. Ni todos los días de la semana se realizan las comidas con los mismos horarios ni los horarios son comunes para todas las personas que conviven en el hogar. Según la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (Instituto Vasco de Estadística, Eustat, 2018), *noventa y cinco de cada cien personas realizan comidas de modo habitual en su domicilio*, lo que significa que los hogares tienen que gestionar la adquisición, conservación, preparación y limpieza de utensilios relacionados con las comidas. Satisfacer esta función requiere producir 5,5 millones diarios de comidas entre desayuno, comida de mediodía y cena, a los que en muchos hogares se añaden bocadillos de media mañana o de media tarde o aperitivos, además de comidas excepcionales para celebrar reuniones y acontecimientos familiares. Según la misma encuesta, *la media de tiempo dedicado por mayores de dieciséis años es de 47 minutos diarios, pero a ello hay que añadir una parte del tiempo dedicado a compras, limpieza, gestiones y desplazamientos*. Carecemos de información precisa, pero sin duda este tiempo extra alarga considerablemente el tiempo real que cuesta satisfacer la necesidad de alimentos en el propio hogar. Al menos, puede estimarse que los citados 47 minutos diarios reciben otros trece minutos extra para completar los servicios estrictos de cocina, con un resultado superior a una hora diaria por persona mayor de dieciséis años. Para el conjunto de la población de Euskadi, su equivalente es más de 1,83 millones de horas diarias invertidas en prestar servicios no remunerados de alimentación en el hogar, mantenidos de modo estable los 365 días del año. *Anualmente, el tiempo dedicado a producir servicios de alimentación es más de 670 millones de horas de trabajo.*

Por otra parte, además de las comidas en casa, algo más de la mitad de la población mayor de dieciséis años hace al menos otra comida diaria fuera de casa. Aunque la fuente consultada no precisa cuál de las comidas es la más frecuentemente realizada fuera de casa, sin duda se trata de la comida del mediodía, que forma parte de la rutina de establecimientos escolares y de muchas empresas, y para la que se ha creado en todas las localidades de Euskadi una potente red de comedores, restaurantes, cafeterías y bares, con menús diarios de lunes a viernes (precios medios entre 9 y 15 €) adaptados a las exigencias de la clientela local.

El índice de utilización del servicio de alimento en el propio hogar es muy estable, siempre en torno al 95 %, pero también es bastante estable el índice de utilización de servicios de alimentación externos al hogar. Para los días laborables, utilizan servicios extradomésticos de alimentación el 48 % de la población. Durante el fin de semana se producen los picos máximos, aumenta al 57 % y 58 % respectivamente el viernes y el sábado. Se restringe el domingo, que se celebra más en el ámbito familiar que fuera de él, cayendo el nivel de uso de la restauración externa a una frecuencia similar a la de los días laborables. El *poteo* y *picoteo* es muy frecuente, y las comidas principales del fin de semana tienen un precio medio más elevado que los menús de los días laborables.

TABLA 1

Tiempo de cuidado a personas del hogar en Euskadi, 2018 (en horas y minutos)

	(1) T.m.s	(2) T.m.p.	(3) Tasa
Cuidado			
Tiempo medio dedicado al cuidado de menores	0,16	1,36	16,40
Juegos e instrucción	0,13	1,55	11,50
Cuidados a personas adultas	0,07	2,07	5,20
Total cuidados	0,36		
Tiempo doméstico			
Preparar comidas	0,47	1,14	63,60
Limpieza	0,30	1,12	41,40
Ropa	0,09	1,00	15,00
Otros arreglos	0,05	0,52	9,40
Compras	0,21	1,05	32,70
Gestiones	0,03	1,27	3,10
Semiocios	0,10	1,45	9,70
Total trabajo doméstico	2,05		
Cuidados + trabajo doméstico	2,41		
Trabajo principal	2,38		
Trabajo secundario	0,01		

Fuente: Eustat, Encuesta Presupuesto del Tiempo 2019, publicados 26 de junio 2019

Puede haber más de un menor y más de una persona adulta en el hogar.

(1) Tiempo medio social.

(2) Tiempo medio que dedica.

No es fácil asignar a la función de alimentación una cuota de los puestos de trabajo o volumen de negocio del sector de restauración y hostelería, ya que en estos dos sectores existe también un componente de celebración, lugar de encuentro, y ocio; además, parte de los servicios de restaurantes y bares son consumidos por personas que no residen en Euskadi, son transeúntes o turistas. En cualquier caso, bares, comedores y restaurantes cubren también una parte importante de la función de alimentación, que comparativamente puede utilizarse para calcular el valor de lo producido por los hogares o el volumen de producción monetarizada que se generaría si una parte de las comidas que actualmente se hacen en los hogares se trasladase al sector monetarizado de la economía, a los restaurantes o comedores escolares y de empresa. Si se estima un valor de 20 € por las tres comidas diarias para una población total de 2 180 000 personas, una primera aproximación al valor de la producción de los hogares por este concepto sería de 43,6 millones diarios de euros o 15 914 millones de euros anuales.

Para refinar esta primera aproximación, habría que comprobar si los hábitos de la población menor de dieciséis años son iguales a los de la población de referencia de la encuesta, reducir la producción en la proporción de quienes declaran no hacer comidas en casa (5 %) y estimar el número de comidas que se hacen fuera de casa. De las comidas extradomésticas solo se dispone de datos sobre la frecuencia, 48 %, pero no sobre el tipo ni el número de comidas. Si, como hipótesis de trabajo, se supone que de quienes responden que realizan alguna comida fuera de casa diariamente, el 70 % solo hace una comida, el 20 % hace dos comidas y el 10 % hace tres comidas, las comidas fuera de casa no son equivalentes a tres diarias sino a 1,4 comidas, o sea, el 47 % de lo habitual, por lo que no hay que restar 48 % sino el 47 % del 48 %, equivalente al 22 %. A esto hay que añadirle una estimación del valor de las pequeñas comidas extra (como meriendas o aperitivos), y las comidas de celebración fuera de lo cotidiano realizadas en casa, cuyo valor, a falta de datos, puede estimarse como hipótesis de trabajo en el 10 % del total de la producción de servicios alimentarios. En resumen: $[100-(5+22)+10]=83\%$.

Esta segunda aproximación más calibrada arroja la cifra del 83 % del total de la primera aproximación, por lo que el valor de la producción de alimentos en los hogares de Euskadi sería 36,2 millones diarios de euros y 13 200 millones de euros anuales. Para ponerlo en contexto, el PIB anual del País Vasco en 2019 fue, según Eustat, de 74 780 millones de euros. La producción de alimentos en los hogares, una de las formas indirectas del cuidado, equivaldría al 17,65 % del PIB. El valor de la producción de las restantes funciones, a falta de estudios más detallados, puede hallarse tentativamente haciéndolo proporcional solamente al tiempo invertido, sin tener en cuenta los materiales empleados y manteniendo constante el valor del tiempo en todas las funciones. Las funciones indirectas del cuidado recogidas bajo la rúbrica de «tiempo doméstico» por la Encuesta de Presupuesto de Tiempo de Eustat requieren 2 horas y cinco minutos diarios a la población mayor de 16 años, por lo que el valor de la producción de este conjunto de cuidados indirectos en los hogares sería el 75 % del PIB.

4. Las Administraciones públicas y el cuidado. Servicios de cuidado ofrecidos en Euskadi

En las aportaciones al cuidado por parte de las Administraciones públicas, son decisivas las de las entidades responsables directamente de la salud de la población (Sanidad) y las prestaciones económicas no salariales (Seguridad Social), las primeras por su carácter técnico y las segundas, porque hacen posible la subsistencia cotidiana de las y los dependientes. Una persona en situación de dependencia recibe frecuentemente ayuda simultánea de varios programas.

Además de estas importantes fuentes de ayuda, otros organismos de las Administraciones públicas ofrecen también recursos o servicios imprescindibles para el cuidado. En Euskadi, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales gestiona los servicios sociales, cuya oferta para el cuidado durante la dependencia es variada. Parte de los servicios consisten en trabajo directo de cuidado, y por tanto descansan en cuidadoras y cuidadores directos, pero otros servicios se dirigen a la mejora del entorno físico de la persona dependiente. Los tipos de actuación se subdividen en diferentes programas según se trate de ayuda a quien la necesita o a quien la presta (asistencia personal, cuidado familiar no profesional, de respiro temporal a los cuidadores y cuidadoras), de día o de noche, se preste en el propio domicilio o en locales de la Administración pública, de intervención psicosocial o de otro tipo, en alojamientos en régimen interno en centros especializados, adaptaciones en la vivienda o vehículo, ayudas para los desplazamientos, teleasistencia, provisión de productos duraderos o desechables.

5. La escasez de tiempo disponible para el cuidado

A juzgar por los datos de la Encuesta de Presupuestos de Tiempo de Eustat, no hay mucho tiempo disponible para aumentar el destinado al cuidado en Euskadi, especialmente entre la población de edades intermedias. ¿A qué actividades habría que restar tiempo para dedicarlo al cuidado? ¿Qué grupos tendrían que hacerlo? ¿Cuál es el grado de acumulación simultánea de actividades que puede soportar una persona sin que sufra de cansancio, estrés, pérdida de oportunidades?

La desigualdad de género en el tiempo disponible y el tiempo comprometido con los trabajos domésticos comienza muy pronto, cuando todavía son muy jóvenes y están estudiando. Los estudiantes varones dedican una hora diaria más al ocio activo y los deportes, tres cuartos de hora menos al trabajo y formación, y un cuarto de hora menos a los trabajos domésticos que las estudiantes. Las personas jubiladas tienen tiempo para el ocio, pero también se reparte de modo muy desigual entre mujeres y hombres; hay más de una hora de diferencia a favor de los hombres, y es dudoso que renuncien al ocio para dedicarlo al cuidado de los y las demás. Entre quienes se encuentran en paro, las diferencias son máximas, el desempleo significa cosas diferentes para hombres y mujeres; las mujeres dedican una media próxima a las cuatro horas al trabajo doméstico, cifra más alta que ningún otro grupo pro-

fesional excepto las amas de casa, e incluso superan a estas en la dedicación al cuidado de personas del propio hogar.

No será fácil la redistribución del cuidado dentro de los hogares, ya que se trata de situaciones muy arraigadas culturalmente.

TABLA 2

Tiempo medio social según sexo y relación con la actividad media diaria, Euskadi, 2018

	Ocupados			Parados			Jubilados			Estudiantes			Labores del hogar		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Necesidades fisiológicas	11:35	11:30	11:41	12:17	12:12	12:21	13:40	13:36	13:44	12:01	12:03	11:59	13:01	12:12	13:01
Trabajo y formación	5:08	5:36	4:38	0:51	1:04	0:41	0:05	0:06	0:04	4:54	4:34	5:18	0:02	0:00	0:02
Trabajos domésticos	1:41	1:11	2:14	3:05	2:08	3:50	2:31	1:52	3:15	0:34	0:27	0:42	3:52	4:12	3:52
Cuidado a personas del hogar	0:42	0:31	0:53	0:59	0:27	1:24	0:19	0:19	0:18	0:04	0:05	0:03	0:46	0:40	0:46
Ocio activo y deportes	1:13	1:21	1:04	1:57	2:48	1:18	2:00	2:24	1:32	2:22	2:52	1:47	1:31	2:09	1:31
Ocio pasivo	1:50	1:57	1:42	2:54	3:15	2:38	4:06	4:19	3:51	1:45	1:44	1:46	3:39	4:12	3:39
Trayectos	1:13	1:14	1:12	1:05	1:10	1:02	0:40	0:42	0:36	1:06	1:01	1:12	0:36	0:08	0:36

Fuente: Elaboración de M. A. Durán sobre datos de Eustat, Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT), 2018, publicados el 26 de junio de 2019.

6. Cuantificar no es deshumanizar. Los indicadores de dependencia

Medir no es deshumanizar; al contrario, la medición y la cuantificación son herramientas necesarias para conocer a fondo los problemas y buscar el modo de resolverlos. Todas las actividades de cuidado conllevan elementos afectivos y morales pero no por eso hay que renunciar a cuantificarlas, especialmente en los aspectos más fáciles de medir, tales como número de personas o cantidad de tiempo de dedicación que es necesario para cubrir una necesidad. Aunque pueda resultar chocante, el cuidado es un sector productivo cuyo análisis comparte muchos aspectos metodológicos con otros sectores tales como la educación, la sanidad, el ocio o el transporte.

Solo si el cuidado se mide podrán tomarse decisiones y diseñarse políticas que prevean con anticipación recursos tan importantes como el número de personas trabajadoras o puestos de trabajo en jornada completa equivalente que serán necesarias para trasladar servicios desde los hogares al mercado o a las Administraciones públicas y el voluntariado. O viceversa.

Por tratarse de una actividad muy heterogénea y en buena parte mental, dirigida a públicos igualmente heterogéneos, es difícil encontrar unidades de medida que puedan dar cuenta de los aspectos macro, tal como la demanda global o la oferta global de cuidados. Además, la mayoría del cuidado se realiza sin contraprestación económica directamente monetarizada, por lo que son de escasa ayuda los indicadores que requieren información sobre el precio de mercado de la actividad. Por este motivo se han generalizado los indicadores de cuidado basados en empleo del tiempo, al menos como primera aproximación. Los indicadores de tiempo se refinan extraordinariamente cuando se consignan las cualidades del tiempo y no solo su cantidad: por ejemplo, frecuencia, periodicidad, intensidad, predictibilidad, dificultad de la tarea, momento del día o semana y lugar en el que se realiza, el modo de asumirlo como función cuidadora principal o secundaria, etc.

Los índices de dependencia demográfica expresan la relación numérica entre dos grupos de población: la que se supone consumidora de cuidados y la que se supone productora de cuidados. Evidentemente, en cifras tan generales existen algunas personas que figuran como productoras cuando en realidad son principalmente consumidoras, y a la inversa; no obstante, los indicadores de dependencia demográfica permiten señalar los grandes rasgos de la distribución y sus tendencias y variaciones entre épocas o escenarios de predicción.

Para resolver el problema de la inexistencia de una unidad común de medida no basada directamente en el tiempo se ha creado un indicador más abstracto, algo así como un canon o metro que permite comparar situaciones muy diversas, especialmente útil para la comparación internacional o de proyecciones para épocas futuras. Esta unidad común de cuenta es la llamada «unidad de consumo de cuidado» o, más simplificada, «unidad de cuidado»: se define como «la cantidad media de tiempo de cuidado que consume cada persona de edad comprendida entre 15 y 64 años en una población determinada».

A efectos de comparación al nivel macro, la definición de la unidad de cuenta se acompaña por escalas de ponderación, aplicables a distintos colectivos que producen o consumen cuidado. La escala de ponderación más sencilla (*escala Durán*) solo tiene en cuenta la edad de los sujetos y para fijar los intervalos se ha acomodado a las proyecciones de población de Naciones Unidas. A partir de esta escala simple se han creado otras muchas escalas, que pueden verse con mayor detalle en otras publicaciones. Aquí, se asume que la *escala Durán* solo utiliza cinco intervalos de edad para realizar las estimaciones: *el grupo central de la población (de 15 a 64 años) consume una unidad de cuidados por persona, los grupos extremos consumen tres unidades de cuidado (80 años y más, 4 años o menos) y los grupos intermedios consumen dos unidades de cuidados (de 5 a 14 y de 65 a 79 años).*

Eustat dispone de proyecciones demográficas que permiten estimar el volumen de población y su distribución por grandes grupos de edad, sexo (la fuente sigue usando esta terminología en lugar de la más actual de género) y ubicación geográfica a corto y medio plazo. No existe una sola proyección, sino varios escenarios posibles entre los que hay que elegir el que se considere más probable. Con estos datos pueden construirse previsiones de distribución de la oferta y la demanda de cuidado. Cruzando las alternativas tanto de oferta como de demanda (por ejemplo, eligiendo un tipo de proveedor de cuidados según asuma o no el cuidado de grupos específicos de demandantes), pueden construirse modelos teóricos de cuidado para analizar con más detalle tanto los escenarios que se consideran más deseables (escenario óptimo) como los más rechazables (escenarios pésimos).

Eustat ha publicado la distribución de la población de la comunidad en tres grandes grupos de edad: menores de 20 años, mayores de 65 y de edad intermedia (20-64 años). No coincide plenamente con los intervalos utilizados en la *escala Durán*, por lo que en este estudio ha habido que ajustar los intervalos a los facilitados por Eustat, modificando consecuentemente los criterios de ponderación. En la tabla adjunta se muestra el volumen de población de Euskadi que pertenece a cada uno de estos tres grandes grupos de edad, diferenciándose por sexo.

Para aplicar la *escala Durán* a la población de Euskadi y comparar estos datos con otros estudios de demanda de cuidados habría que desagregarla por edades a partir de los datos del año de nacimiento, pero en esta tabla se ha preferido mantener la estructura original de los publicados por Eustat, adaptando la escala. Se ha ponderado como una unidad de cuidados el consumo/demanda del grupo de población de edad comprendida entre 20 y 64 años, ponderándose con 2,5 unidades de consumo de cuidado tanto a personas menores de 20 como a mayores de 65 años.

Es un punto de partida teórico que irá desarrollándose con nuevos supuestos. A partir de esos datos básicos, en la tabla adjunta se presentan indicadores de dependencia demográfica algo más complejos.

TABLA 3
Índices de dependencia en Euskadi, 2019

1. Distribución de la población

	Total	de 0 a 19 años	de 20 a 64 años	>=65 años
Total (en miles)	2.188	402	1.299	487
Hombres	1.061	207	648	207
Mujeres	1.126	195	651	280

2. Índices de dependencia simple

2.1. Dependencia infantil y juvenil [(Población 0-19) / (Población 20-64)]	0,31
2.2. Dependencia mayores [(Población >=65) / (Población 20-64)]	0,37
2.3. Dependencia infantil, juvenil y de mayores [(Población 0-19) + (Población >=65) / (Población 20-64)]	0,68
2.4. Dependencia de hombres respecto a mujeres [(Población hombres 20-64) / (Población mujeres 20-64)]	1,00
2.5. Dependencia de toda la población [(Total población) sobre mujeres (Población mujeres 20-64)]	3,36
2.6. Dependencia infantil y juvenil sobre mujeres [(Población 0-19) / (Población mujeres 20-64)]	0,62
2.7. Dependencia de mayores sobre mujeres [(Población >=65) / (Población mujeres 20-64)]	0,75

3. Índices de dependencia ponderados

3.1. Dependencia infantil y juvenil [(Población 0-19) / (Población 20-64)]	0,77
3.2. Dependencia de mayores [(Población >=65) / (Población 20-64)]	0,94
3.3. Dependencia infantil y juvenil (Población 0-19) sobre mujeres (Población mujeres 20-64)	1,54
3.4. Dependencia de mayores (Población >=65) sobre mujeres (Población mujeres 20-64)	1,87
3.5. Dependencia de toda la población (Población total) sobre mujeres (Población mujeres 20-64)	8,40

Fuente: Elaboración de M. A. Durán sobre datos de Eustat, «Elementos de Población». Actualización del 17 de octubre de 2019.

Como punto de partida se asume que cada persona de edad comprendida entre 20 y 64 años produce y consume una unidad de cuidado; además, produce servicios de cuidado en los hogares para el resto de la población, de modo que toda la demanda queda satisfecha. El índice general no ponderado de dependencia infantil y juvenil establece la proporción estadística entre la población infantil y juvenil y la población de edad intermedia. Para Euskadi, el índice es 0,31, que significa que si todas las personas adultas del grupo de edad intermedia cuidasen por igual y atendiesen toda la demanda de cuidados, cada persona en ese grupo de edad tendría que hacerse cargo del cuidado de 0,31 menores y jóvenes. O lo que es lo mismo, aproximadamente tres personas adultas de edad intermedia tendrían que hacerse cargo del cuidado de una persona en edad infantil o joven menor de veinte años (y les sobraría una pequeñísima capacidad de cuidado).

El índice de dependencia de mayores se obtiene dividiendo la población de edad avanzada entre la de edad intermedia, y a Euskadi le corresponde un índice de 0,37, algo mayor que el de dependencia infantil y juvenil. O lo que es lo mismo, a cada tres personas adultas de edad intermedia les corresponde el cuidado de una persona mayor de 65 años (y les faltaría algo de capacidad de producción).

El índice de dependencia general suma el índice de dependencia infantil y juvenil con el índice de dependencia de mayores, y a Euskadi le corresponde 0,68. O lo que es lo mismo, tres personas adultas de la edad central o potencialmente activa tienen que producir su propio cuidado y, además, el de dos personas (una en edad infantil o joven y otra mayor): solo queda una persona adulta exenta de tareas de cuidado.

TABLA 4

Población de 6 y más años, según grado de dependencia (1989-2014)

	1989	2014	2019
Tiene dificultades			
SI	9,2	8,0	6,3
NO	90,8	92,0	93,7
Grado de dificultad			
Dependiente totalmente de otra persona	6	12,2	14,7
Dependiente parcialmente de otra persona	74,7	73,6	78,1
Se arregla con dificultades	14,8	8,8	7,0
Se arregla bien	4,5	5,3	0,1

Fuente: Eustat, Encuesta de Condiciones de Vida, 1 de junio de 2015.

7. La irrupción de los avances tecnológicos en el cuidado

Como cualquier otra actividad humana, el cuidado puede apoyarse en los avances tecnológicos. El problema que plantea el uso de tecnología es su grado de compatibilidad con la calidad humana del cuidado. La tecnología en remoto abre paso a toda una generación de servicios a distancia, telemáticos, de los que los más populares son el control telefónico, control del domicilio o las salas de los centros institucionales por vídeo, los botones de pánico, silbatos de ayuda, pulseras identificativas, etc. Recientemente están empezando a usarse robots para tareas simples de vigilancia, pero también, de modo similar a las mascotas, para ofrecer compañía personalizada. Como señalan Domínguez y otros a propósito del cuidado en centros hospitalarios, la tecnología puede ser una gran ayuda, incluso para favorecer el contacto de viva voz con personas enfermas aisladas. Su implantación dependerá sobre todo de su eficacia económica, de su capacidad para ofrecer viejos y nuevos servicios a bajo precio en sustitución y/o complemento de quienes anteriormente los realizaban.

8. Cambios demográficos y nuevas demandas de cuidado, 2020-2030

Los índices de dependencia generalmente utilizados son demasiado simples, debido a dos factores. Por una parte, no tienen en cuenta la diferente intensidad de la demanda de cuidado de los grupos de edad infantil, juvenil y de mayores. Y por otra parte, asumen que toda la población de edad intermedia participa por igual en la producción de cuidados o satisfacción de la demanda de cuidados. Cuando se introducen ponderaciones, como la ya expuesta *escala Durán*, los índices de dependencia ofrecen resultados bastante diferentes. Si se pondera la demanda de los niños, niñas y jóvenes con el ya mencionado multiplicador de 2,5, cada persona de edad intermedia tendría que satisfacer una demanda infantil y juvenil equivalente a la de 0,77 personas adultas de edad intermedia. A eso se suma que también habría de satisfacer una demanda de personas mayores equivalente a la de 0,93 personas adultas de edad intermedia. En conjunto, cada persona de edad intermedia tendría que cuidarse a sí misma y, además, satisfacer una demanda de cuidados a la infancia, personas jóvenes y mayores equivalente a la de 1,71 adultos de edad intermedia.

El paso siguiente es introducir estimaciones en la población potencialmente cuidadora, ya que no todas las personas adultas de edad intermedia cuidan por igual. Un primer ajuste, como una primera aproximación teórica, puede consistir en reducir la población cuidadora de edad intermedia a las mujeres de ese grupo de edad, obviando que también los varones producen cuidados, y que no todas las mujeres de ese grupo de edad son de hecho cuidadoras.

Si menores y jóvenes recibiesen cuidados solamente de las mujeres de edad comprendida entre 20 y 64 años, cada mujer de este grupo de edad tendría que producir para dicho colectivo el cuidado

equivalente al consumido por 0,61 personas de edad intermedia, que se convierte en 1,54 cuando se pondera con la intensidad media de la demanda de menores y jóvenes.

Aplicando estos mismos criterios para la población mayor, cada mujer de edad intermedia tendría que producir 0,75 unidades de cuidado para personas mayores, que se transforman en 1,86 unidades de cuidado cuando el índice se pondera por la intensidad de la demanda de cuidado de las personas mayores.

TABLA 5

La demanda de cuidados en Euskadi, 2020-2030

Edad	A.- 2020				B.- 2030				C.- Evolución de la demanda entre 2020-2030 ‰ B sobre A
	A.1 Población (miles)	A.2 Distribución de la población %	A.3 Demanda en unidades de cuidado (miles)	A.4 Distribución de la demanda %	B.1 Población (miles)	B.2 Distribución de la población %	B.3 Demanda en unidades de cuidado (miles)	B.4 Distribución de la demanda %	
Total	2.179,5	100,00	3.232,3	100,00	2.184,9	100,00	3.340,1	100,00	1.033
De 0 a 4 años	92,8	4,26	278,4	8,61	82,2	3,76	246,6	7,38	886
de 5 a 14 años	210,5	9,66	421,0	13,02	184,7	8,45	369,4	11,05	877
de 15 a 64 años	1.379,3	63,28	1.397,3	42,67	1.313,8	60,13	1.313,8	39,33	1.088
de 65 a 79 años	337,1	15,47	674,2	20,86	402,3	18,41	804,6	24,09	1.193
de 80 y +	159,8	7,33	479,4	14,83	201,9	9,24	605,7	18,13	1.263

Fuente: Elaboración de M. A. Durán sobre datos de Eustat, «Proyecciones de Población», actualizado el 6 de marzo de 2020. En 2020 se prevén 36,3 mil inmigraciones y 30,9 mil migraciones (saldo migratorio de 5400 personas). Para 2030 se prevén 37,1 mil inmigraciones y 29,9 mil emigraciones (saldo migratorio de 7200 personas).

Sumando la demanda infantil y juvenil con la de las personas mayores, y suponiendo que solo fuera cubierta por las mujeres de edad intermedia, cada mujer tendría que producir 3,41 unidades de cuidado para niños y niñas, jóvenes y mayores. Esta cantidad no incluye la unidad de cuidado que tendría que producir para cuidarse a sí misma, que eleva la producción de cuidado a 4,41 unidades por mujer de edad intermedia, ni lo que habría de producir para satisfacer la demanda de los varones de su mismo grupo de edad si éstos no se cuidasen a sí mismos.

Son muchos los varones que cuidan de sí mismos y cuidan a otras personas, pero su aportación al cuidado propio y ajeno es menor en conjunto que la de las mujeres. Como supuesto teórico, y sin desconocer lo anteriormente dicho, si los varones de edad intermedia no utilizaran su capacidad de cuidarse y cuidar, y la hicieran recaer íntegramente en las mujeres de su mismo grupo de edad, esto supondría una carga de cuidado equivalente a 0,996 unidades de cuidado extra que tendría de producir cada mujer.

En resumen, si toda la carga de cuidado recayera exclusivamente sobre el grupo de mujeres de 20 a 64 años de edad, y se aplicase la ponderación por intensidad de la demanda según el grupo de edad que

hemos expuesto como adaptación de la *escala Durán*, cada mujer de edad intermedia de Euskadi tendría que producir 5,41 unidades de cuidado; una para sí misma y el resto para niños y niñas, jóvenes, mayores y personas adultas de edad intermedia que no ejerzan la capacidad de cuidar.

Estos indicadores solo son un avance de nuevos indicadores más complejos, que tienen en cuenta otros escenarios posibles de distribución; por ejemplo, el número potencial de personas cuidadoras puede aumentarse considerablemente si se traslada parte de la función de producción de cuidado a las jubiladas mayores de 65 años que gozan de buena salud. O a jóvenes mayores de quince, o de 18 años. Pero también puede restringirse considerablemente, y de manera bastante realista, si se excluye o reduce la capacidad potencial de producción de cuidado de la población de edad intermedia incorporada al mercado de trabajo, especialmente en el caso de las mujeres que tradicionalmente han sido cuidadoras dentro de los hogares.

9. **La conversión del trabajo actual de cuidado en Euskadi en empleos equivalentes a tiempo completo: 918 586 empleos invisibles y no remunerados**

A la estimación del tiempo de cuidados que necesita Euskadi y a su equivalencia en jornadas laborales puede llegarse por varios caminos y fuentes de datos. Según la Encuesta de Condiciones de Vida (Eustat, datos de 2019 publicados en 2020), entre la población mayor de seis años hay un 6,3 % que tienen dificultades para la vida cotidiana. La dependencia afecta más a las mujeres (7,0 %) que a los hombres (5,4 %), tanto en cifras relativas como absolutas (75,3 mil mujeres frente a 54,8 mil hombres). Sin duda se debe en parte a causas genéticas, pero se desconoce en qué medida coadyuvan a este resultado causas sociales, como las jornadas reales de trabajo más largas y la peor cobertura de la Seguridad Social.

El índice de dependencia por enfermedad retrocede continuamente desde hace treinta años, cuando era 9,2 %. Sería muy buena noticia si no fuera porque resulta difícil de interpretar, debido principalmente al envejecimiento de la población. ¿Hay que suponer que las medidas protectoras de todo tipo han logrado reducirlo en un tercio a pesar de que en estas tres décadas la proporción de personas mayores de 80 años, que son las más vulnerables, ha aumentado?, ¿o se trata de un cambio de definición de la dependencia, tanto metodológico como de percepción en la opinión pública? En cualquier caso, este índice equivale a 130 139 personas en Euskadi que tienen dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, no es una cifra desdeñable.

Si la proporción de personas dependientes se reduce según esta encuesta, en cambio su gravedad aumenta. A efectos de las políticas de cuidados, de los cuatro niveles de gravedad, los más relevantes son los de quienes dependen totalmente de otra persona (15 %) o dependen parcialmente, que son la gran mayoría (73,6 %). Traducido a números absolutos, significa 19 130 personas con dependencia

total y 101 638 con dependencia parcial. El tipo de servicios que necesitan son diferentes de quienes, aunque con dificultad, pueden atender a las necesidades cotidianas de su vida sin depender de otra persona (7,0 %) o pueden arreglarse bien sin necesidad de que otra persona les atienda (0,1 %). En estas dos últimas categorías, hay que suponer que la dependencia se suple con medicación o equipamientos tecnológicos, tales como sillas de ruedas u ortopedias.

No sabemos cuántas horas de ayuda reciben las personas dependientes de los dos niveles más graves, pero si se aplicasen a todos ellos los indicadores de horas diarias de cuidado recibidas que se obtuvieron en la gran Encuesta de Discapacidad del año 2008, (entre 5,7 y 9,6 horas diarias, dependiendo del sistema de cómputo utilizado, que arroja una media de 7,6 horas diarias), equivaldría a 917 837 horas diarias de recepción de cuidado (120 768 dependientes x 7,6 horas) o 6 424 857 horas semanales. Si cada una de estas fuese atendida por una sola persona cuidadora asalariada en jornada semanal de 37 horas, harían falta 173 644 trabajadores y trabajadoras para atender su necesidad de cuidado. Incluso si se redujese a la mitad esta cifra, harían falta más de 85 mil para cubrir la necesidad de atención en jornadas ajustadas a las normas laborales.

Según la encuesta de empleo del tiempo de 2019 de Eustat, el tiempo medio social dedicado diariamente por la población de 16 y más años al trabajo doméstico no remunerado es 125 minutos diarios (2 h 5 min), a los que se suman 36 minutos dedicados específicamente al cuidado de personas que conviven en el hogar.

También según Eustat, en 2020 residían en Euskadi 1 834 200 personas de dieciséis y más años («Proyecciones de población», actualizado el 6 de marzo de 2000), por lo que la producción diaria de trabajo doméstico es 229 275 000 minutos, o lo que es lo mismo, 26 748 750 horas semanales. Si se toma como referencia una jornada completa semanal de 37,5 horas, y no la de 35 horas que fue establecida en el año 2018 para el personal del funcionariado y posteriormente recurrida, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en Euskadi equivale a 713 300 empleos a tiempo completo. A eso hay que sumar el trabajo directo de cuidado a convivientes en el propio hogar, al que se dedican 7 707 000 horas semanales, que equivalen a 205 520 empleos a tiempo completo.

Una reducción de la carga del tiempo total de cuidado en los hogares requeriría, si se mantuviera la productividad, contratar a 91 858 profesionales a tiempo completo.

TABLA 6**La conversión del trabajo de cuidado en empleos a tiempo completo en Euskadi**

Tiempo medio social dedicado al cuidado directo (en minutos)	36
Tiempo medio social dedicado al cuidado indirecto (trabajo doméstico) (en minutos)	125
Tiempo medio social total dedicado al cuidado (directo + indirecto) (en minutos)	161
Tiempo medio social total dedicado al cuidado (directo + indirecto) (en horas y minutos)	2h 01
Población de 16 y más años	1.834.200
Producción diaria de cuidado directo, en horas	1.100
Producción diaria de cuidado indirecto, en horas	3.821
Producción diaria de cuidado total (directo + indirecto)	4.921
Producción semanal de cuidado directo, en horas	7.700
Producción semanal de cuidado indirecto, en horas	267.470
Producción semanal de cuidado total (directo + indirecto), en horas	344.470
Producción anual de cuidado directo, en horas	401.500
Producción anual de cuidado indirecto, en horas	1.394.665
Producción anual de cuidado total (directo + indirecto), en horas	1.796.165
Duración semanal de la jornada laboral en la Administración pública en Euskadi, en horas	37,5
Puesto de trabajo equivalentes a jornada completa, por cuidado directo	205.333
Puesto de trabajo equivalentes a jornada completa, por cuidado indirecto	713.253
Puesto de trabajo equivalentes a jornada completa por cuidado total (directo + indirecto)	918.586
Una reducción del 10 % de la carga de cuidado directo requeriría contratar (personas)	20.533
Una reducción del 10 % de la carga de cuidado indirecto requeriría contratar (personas)	71.325
Una reducción del 10 % de la carga cuidado total (directo + indirecto), requeriría contratar (personas)	91.858

Fuente: Elaboración de M. A. Durán sobre datos de Eustat, Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2018, datos publicados en 2019, y «Proyección de población», publicados el 6 de marzo de 2020.

10. La factura del cuidado a dependientes: cuantía y distribución

Según la legislación laboral, la jornada de trabajo no puede rebasar las cuarenta horas semanales en cómputo anual. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el sector servicios al que pertene-

cería el colectivo cuidador, el puesto de trabajo de jornada completa equivale a 37 horas semanales. Una persona dependiente a la que se reconoce que depende totalmente de otra persona, necesita algún tipo de atención durante 168 horas semanales. Para cubrir esas horas hacen falta 4,5 puestos de trabajo equivalentes a jornada completa, que en realidad sería algo mayor puesto que hay que tener presentes las ausencias eventuales al trabajo por vacaciones, enfermedades y otras circunstancias similares. Las alternativas para reducir una ratio tan alta, inasequible al presupuesto de la inmensa mayoría de los hogares, es dejar sin cubrir parte del tiempo de atención, o no computarlo como un verdadero tiempo de trabajo, lo que plantea problemas legales de interpretación y temor en la parte contratante ante la posibilidad de conflictos laborales o denuncias por parte de quienes realizan este tipo de trabajo de acompañamiento. También cabe la posibilidad de que una misma persona cuide simultáneamente a varias dependientes, pero esta alternativa, que es la habitual en las instituciones de internamiento, no es posible en los hogares.

No hay correspondencia exacta entre la definición de dependencia utilizada en las encuestas y la utilizada en la legislación laboral, esta última solo se aplica a trabajadores y trabajadoras dados de alta en la Seguridad Social. El nivel más alto de incapacidad laboral es la gran invalidez, por encima de la invalidez absoluta o total. En la fijación de las pensiones existe una amplia casuística según las circunstancias personales (años y bases de cotización, edad, situación marital, cónyuge a cargo o no, etc.) y la causa de su invalidez (enfermedad común, accidente de trabajo con negligencia de la entidad contratadora, etc.). En cualquier caso, el complemento que reciba a causa de su invalidez no puede ser inferior (según señala la propia Seguridad Social en su página web) al 45 % de la pensión recibida sin incluir el complemento.

El Instituto de Pensiones de la Fundación BBVA ilustra esta casuística con cifras del 28 de julio de 2020. En el caso de una persona trabajadora de 65 años de edad con invalidez absoluta o total, originada por enfermedad común, en unidad económica unipersonal (sin cónyuge a su cargo), la pensión mínima en 2020 es de 683,50 euros mensuales. Obviamente, con este complemento no puede pagarse a un perfil cuidador en jornada completa y mucho menos a varios. Si las pensiones complementarias no permiten pagar a cuidadores o cuidadoras a tiempo completo es porque todo el sistema de cuidados está asentado en la idea de que el cuidado es un servicio gratuito que debe proporcionar la familia y en concreto, aunque no se diga expresamente, las mujeres de dicha familia. Precisamente, las mujeres en las familias de quienes trabajan están peor cubiertas ante la invalidez o dependencia porque sus obligaciones familiares de cuidado les impiden incorporarse plenamente al mercado de trabajo y conseguir en igualdad de condiciones su afiliación a la Seguridad Social y, consecuentemente, a un sistema público de financiación del cuidado.

La crítica desde las direcciones de residencias es grave y sostenida por la dotación insuficiente de la dependencia y los penosos trámites burocráticos: *en España han muerto en los cinco primeros meses de 2020 cerca de 16 000 personas que estaban en la lista de espera de la dependencia. Tenían el derecho reconocido, pero no recibían ninguna prestación o servicio. Son 106 fallecimientos cada día. Ahora mismo hay cerca de 254 000 personas en lista de espera. Otras 150 000 aguardan a ser valoradas para saber si se les reconoce algún grado de dependencia.*

Según Ceaps (Círculo Empresarial de Atención a las Personas), en Euskadi hay 78 811 personas mayores de 65 años con dependencia reconocida (el 9,66 % de las mayores de 65 años). De ellas, 65 mil reciben alguna prestación y 13 mil están a la espera.

11. La frontera entre dos subsistemas económicos. ¿Por qué las personas dependientes prefieren la ayuda económica a la prestación de servicios?

El cuidado de dependientes se reparte entre el autocuidado, la familia, las Administraciones públicas, el mercado y el voluntariado; cada uno de estos tipos de cuidado se divide a su vez en otros subtipos. Desde una perspectiva macroeconómica, los programas de cuidados pueden clasificarse en dos grandes grupos: los que dependen mayoritariamente de la economía monetarizada y los que no. Todos ellos, excepto el de personas cuidadoras del entorno familiar no profesionalizadas, se realizan en el ámbito de la economía monetarizada, es decir, se rigen por precios de mercado. Sin embargo, la mayoría de dependientes optan por la ayuda familiar, esto es, por una fórmula mixta en la que la mayor parte del servicio de cuidado lo prestan familiares gratuitamente y reciben por ello una compensación económica, muy inferior a lo que correspondería a precios de mercado si la remuneración se asignase proporcionalmente a las horas de cuidado recibidas.

Que ésta sea en Euskadi y en toda España la fórmula utilizada con mayor frecuencia ilustra muy bien las tensiones entre el subsistema monetarizado de la economía y el no monetarizado, y lo difícil que resulta gestionar las tensiones entre uno y otro sistema. *Para la economía de orientación ideológica liberal, solo es verdadera economía el subsistema monetarizado, y solo a este sector se le reconoce la capacidad de producir riqueza.* Su punto de vista lo ejemplifica muy bien el Ceaps, que ha lamentado públicamente que esto sea una *gran asignatura pendiente* en Euskadi. Las ayudas económicas a quienes cuidan del entorno familiar son un *abuso* o mala interpretación de la ley de dependencia porque si bien mejoran la renta familiar y permiten a su vez contratar algo de ayuda doméstica remunerada en la economía sumergida, no generan «empleo, riqueza y retornos» (Deia, 22 de enero de 2020).

Que sea la fórmula más extendida no significa que sea la más deseada por personas dependientes y quienes las cuidan ni la más eficaz, pero sí es la más barata para la Administración pública, que por sus limitaciones presupuestarias no está en condiciones de asumir pagos mayores en concepto de cuidado. Si la Administración pública destinase una proporción mayor de su presupuesto a residencias o cuidados profesionalizados a domicilio, tendría que reducir el índice de cobertura, con el consiguiente coste político. Las familias aceptan preferentemente esta prestación porque no tienen opciones más convenientes; cuidar en casa y por familiares encaja bien con una tradición histórica y no rompe esta misma tradición en el sentido de que son sobre todo las mujeres de la propia familia quienes asumen el cuidado como una obligación moral y una responsabilidad afectiva respecto a sus familiares. Donde surgen las tensiones es en los hogares en que no hay personas cuidadoras que respondan al perfil tradicional, bien porque no existen o porque responden a un perfil ideológico y social más moderno. También surgen tensiones con los trabajadores y trabajadoras remunerados, porque los recursos monetarizados que se asignan al cuidado son siempre escasos y el colectivo que asume este cuidado tiene que ubicarse en el sector peor remunerado del mercado laboral. Respecto a los monetarizados, hay una constante tensión entre quienes aceptan ser considerados trabajadores y trabajadoras domésticos y quienes reclaman un estatuto más profesionalizado, que en definitiva quiere decir con mejores derechos de todo tipo, incluido el prestigio social y la remuneración. Son frecuentes las disputas por esta delimitación de competencias, en las que le subyace el tema de la productividad. Si las personas más cualificadas pue-

den reclamar mejores condiciones de trabajo y remuneración es porque asumen que su trabajo es más productivo, pero frecuentemente no hay evidencias empíricas de que así suceda, las únicas evidencias son de tipo administrativo, en el sentido de encuadrar a quien provee estos servicios en una u otra categoría profesional. Para los hogares, con frecuencia la productividad de un trabajador o trabajadora del servicio doméstico es superior a la de un así llamado cuidador o cuidadora profesional, porque asumen simultáneamente mayor número de funciones, tanto de cuidado como de limpieza y otras tareas cuyo beneficio se extiende al núcleo de convivencia en el hogar y no solamente a la persona dependiente. Es la misma situación que se plantea en los hogares en que residen personas enfermas o menores, donde el hogar no puede financiar el coste del tiempo recibido de profesionales con especialización. Por ello recurren preferentemente a trabajadores y trabajadoras cuya cualificación no ha sido reconocida en ningún tipo de acreditación y sus aspiraciones económicas son más bajas.

12. Una propuesta interactiva: los mejores y peores escenarios futuros del cuidado en Euskadi

A medio y largo plazo es altamente probable, casi inevitable, el envejecimiento de la población de Euskadi. Esto traerá consigo, si las demás variables se mantienen estables, un aumento de la demanda y consumo de cuidados y una disminución de quienes cuidan potencialmente. También es inevitable el aumento de la carga del cuidado por persona. Sin embargo, es evitable que recaiga sobre las mujeres de edad intermedia que actualmente asumen de modo principal la satisfacción de la demanda.

En la previsión de la demanda futura juegan dos elementos fundamentales: el volumen de cuidado requerido y su distribución por edades. En la tabla adjunta se presentan tres horizontes temporales (2020, 2030 y 2050) para que quien esté leyendo este artículo interactúe y se posicione individualmente, tanto en el plano de las expectativas como en el de las aspiraciones, sobre el modo de distribuir entre distintos agentes sociales la producción de cuidados. El punto de partida es simple y presupone que no va a haber variaciones en el volumen de la demanda, a sabiendas de que la realidad será más compleja. Solo se refiere a cambios posibles en el papel que desempeñen los hogares, las Administraciones públicas (Estado y otros entes territoriales), el mercado o instituciones con ánimo de lucro y profesionales por cuenta propia, y el voluntariado. Se trata de introducir un tema con un esquema muy simple, para que vaya desarrollándose en supuestos cada vez más complejos.

El primer gran productor de cuidados son los *hogares*, donde se produce el trabajo de cuidado no remunerado. En realidad, los hogares son una abstracción que sintetiza la actividad de las personas que lo componen. En esta primera aproximación no se establecen diferencias entre quienes habitan el hogar, algo que sí habrá de hacerse en elaboraciones posteriores más sofisticadas.

El segundo gran productor de servicios de cuidado son las *Administraciones públicas*, especialmente los servicios educativos, sanitarios y sociales. En elaboraciones más complejas se introducirían factores de diferenciación entre distintos tipos de Administraciones públicas.

El *mercado* es el tercer gran productor en cuanto al volumen de horas de cuidado producidas. El mercado del cuidado es heterogéneo. Contiene desde los servicios de lujo hasta los más básicos. Ofrece servicios en instalaciones propias, pero también juega un papel importante a través profesionales del cuidado y el empleo domésticos que atienden en el domicilio a las personas que reciben sus servicios.

El *voluntariado* es asimismo un agente heterogéneo, al que tanto pertenecen instituciones importantes, laicas y religiosas, como personas no inscritas en asociaciones que ejercen individualmente la producción y donación de cuidados.

El punto de partida de esta tabla es un escenario de distribución actual de la producción de cuidados en Euskadi en el año 2020. No expresa volumen ni calidad, solamente distribución entre agentes del número de horas dedicadas anualmente al cuidado. Asume que la mitad de las horas de cuidado consumidas las satisfacen los hogares (50 % de la demanda). Las Administraciones públicas satisfacen la cuarta parte de la demanda (25 %), y el mercado y el voluntariado se reparten a partes iguales la satisfacción del resto de la demanda (12,5 % cada uno).

Como el objetivo de esta tabla es inducir a la interacción de quién está leyendo, dicha persona puede cambiar la distribución entre los agentes para ajustarla mejor a sus percepciones.

TABLA 7

Escenarios posibles de distribución de la oferta de cuidados entre instituciones sociales en Euskadi, en situación de demanda estable, 2020-2030-2050

(Porcentaje sobre volumen de horas anuales dedicadas al cuidado).

Fecha	Instituciones	A	B	C
		Situación actual (hipótesis)	Aumento de la socialización	Reducción de la socialización
2020	Hogares	50,0		
	Administraciones públicas	25,0		
	Mercado	12,5		
	Voluntariado	12,5		
2030	Hogares		40,0	55,0
	Administraciones públicas		35,0	20,0
	Mercado		12,5	12,5
	Voluntariado		12,5	12,5
2050	Hogares		35,0	55,0
	Administraciones públicas		40,0	20,0
	Mercado		12,5	20,0
	Voluntariado		12,5	5,0

Fuente: Elaboración de M. A. Durán. No son estimaciones sino escenarios posibles, herramientas para el debate.

En el año 2030, la tabla ofrece tres escenarios posibles. En la primera columna, identificada como «mixta», se ofrece un escenario similar al de 2020, ligeramente modificado. En la segunda columna se han introducido algunos cambios, con la hipótesis de que aumentará la intervención de las Administraciones públicas para producir más servicios de cuidado. En la tercera columna, al contrario que en la anterior, se ha partido de la hipótesis de que las Administraciones públicas reducirán su participación. Para mantener cubierta toda la demanda, los otros agentes sociales han tenido que aumentar su participación.

Finalmente, se plantean tres escenarios posibles a largo plazo, para el año 2050. Esta tabla, muy sencilla, no tiene otro objetivo que propiciar un debate en el que entren en juego las expectativas y las aspiraciones de quien lee este texto.

La creatividad y las innovaciones no solo se producen en el ámbito de la técnica, también son necesarias y surgen en el ámbito de la organización social. Por ello, es previsible que en los escenarios a medio plazo vayan surgiendo soluciones innovadoras para el cuidado que aporten fórmulas mixtas entre hogares y mercado (algo similar a lo que intentan las redes de *cuidkers* o los *co-housers*, las cooperativas de servicios residenciales), o entre Administraciones públicas y voluntariado, o cualquier fórmula por ahora no explorada de combinación entre distintos agentes, recursos humanos y financieros.

Lo que se pide a quien se acerca a este artículo por vez primera es que elija los escenarios que considera óptimos y que identifique los escenarios que considera pésimos para la distribución del cuidado en las próximas décadas. Puede cambiar cada una de las cifras para ajustarla a sus expectativas sobre lo que va a ocurrir efectivamente, con la única precaución de que en cada escenario tiene que cubrirse toda la demanda. O dicho de otro modo, la suma de los índices ha de ser siempre igual al 100 %.

Si el lector o lectora cree que lo que va a suceder es similar a lo que desearía que sucediera, no se producirá ninguna incitación al paso a la acción. Pero si lo que el lector o lectora desearía que sucediera es muy distinto de lo que cree que va a suceder, la lectura y comentario a este trabajo servirá como un asidero y un estímulo en la búsqueda de instrumentos que logren la transformación deseada.

Referencias y fuentes

Abellán García, A.; Ayala García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2017). «Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos». Madrid, Informes Envejecimiento en Red nº 15, última versión: 27 de marzo de 2017.

Aguirre, Rosario (2005). «Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas», en *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, Arriagada, Irma (editora). División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago de Chile, pp. 291-301.

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales; declaración recogida en *El País* (6 de junio de 2020).

Ceaps, Círculo Empresarial de Atención a las Personas; declaración recogida en *Deia* (22 de enero de 2020).

Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPS), citando un informe elaborado por Gerokon sobre la atención a la dependencia en las diferentes comunidades autónomas (marzo de 2019).

Departamento de Trabajo y Justicia. Gobierno Vasco . Dirección de Servicios. Estadística de la Economía Social 2018 y Avance 2019.

Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Información página web: «Estructura y funciones del Departamento de Empleo y Políticas Sociales». 11ª Legislatura (2016-2020).

Domínguez-Alcón, Carmen (2019). «Robots y cuidados» en *Tecnologías y nuevas relaciones en el cuidado*, Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets Surribas, Montserrat; Cuxart Ainaud, Núria; Ramió Jofre, Anna (Coords). Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) Barcelona, págs. 187-213.

Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets Surribas Montserrat; Cuxart Ainaud, Núria; Ramió Jofre, Anna (Coords.) (2019). *Tecnologías y nuevas relaciones en el cuidado*. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) Barcelona.

Durán, María Ángeles (2020). «Urgencia vs. fiabilidad. El desafío de las fuentes en época de pandemia». Ponencia presentada en el *XXI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género*, Mexico (en prensa).

- «Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado» en Ferreira, M. (Coord.) (2019) *El trabajo de cuidados*. ONU MUJERES, México.
- *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia (2017).
- «La capacidad de los hogares para financiar el cuidado remunerado» en *I Jornada sobre la Dependencia. Carabanchel-Latina*. (2017). Enlace: <http://hdl.handle.net/10261/147903>
- «Los costes no sanitarios de la atención a los pacientes crónicos» en *Conferencia inaugural, IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico*, Oviedo (2017). Enlace: <http://hdl.handle.net/10261/147902>
- «The contribution of unpaid work to global well-being» en Glatzer, W., Camfield, L., Møller, V., Rojas, M. (Eds.) (2015) *Global Handbook of Quality of Life*, Springer, págs.: 381-411.
- «Mujeres y hombres ante la situación de dependencia». Seminario: *Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes: Hacia un sistema integral de cuidados*, 46 págs. (2014). Enlace: <http://hdl.handle.net/10261/101937>

Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer . «La igualdad en época de pandemia. El impacto de la covid-19 desde la perspectiva de género». Equipo de trabajo: EDE Fundazioa (julio de 2020).

Empresa Topnanny.es, anuncios en web [Consulta: 28 de agosto de 2020].

Encina Soriano, M^a Carme; Vilanova Zapata, David. «El valor de la palabra en la UCI: comunicador de voz Liberia» en Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets Surribas, Montserrat; Cuxart Ainaud, Núria; Ramió Jofre, Anna (Coords) (2019). *Tecnologías y nuevas relaciones en el cuidado*. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) Barcelona, págs. 137-147.

EUSTAT, PIB y su distribución (descarga el 6 de marzo de 2020):

- Encuesta de Condiciones de Vida (datos de 2019 publicados en 2020).
- Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 2018.
- Encuesta de Condiciones de Vida, 2015.
- Valoración del trabajo doméstico no de mercado y no remunerado (no incluido en el SEC) de la C. A. de Euskadi por territorio histórico, sexo y funciones (miles de euros) (Base 2010), de 29 de marzo de 2010.

García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada; Eguiguren, Ana P. «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria* (PDF, descarga el 20 de agosto de 2020).

García Sainz, Cristina (2020). «La organización social de los cuidados en la encrucijada. Hacia un modelo sostenible». Emakunde, en prensa.

Geriasistencia. Servicios sociosanitarios de atención domiciliar de personas dependientes: mayores, enfermos y discapacitados (información página web, bolsa de empleo).

Gómez, S. , Ferrer, J. , Ródenas Rigla, F. J. «La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención social». Tirant lo Blanch, 2006.

INE, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 2020:

- Contabilidad Nacional Trimestral de España, Trimestre 2/2020 Publicado el 23 de septiembre de 2020.
- Contabilidad Nacional Trimestral de España: principales agregados. Primer trimestre de 2020. Avance.
- Mujeres y hombres en España / Empleo (actualizado el 11 julio de 2019).
- Encuesta de Discapacidad, 2008.
- Encuesta de Población Activa, módulo del año 2018 sobre Conciliación entre la vida laboral y familiar.
- Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2015.

Instituto de Pensiones de la Fundación BBVA (2020). «Así quedan las pensiones mínimas durante 2020», descarga el julio de 2020.

Legarreta Iza, Matxalen (2020). «Distribución del tiempo de trabajo doméstico y de cuidados en la CAE: una mirada longitudinal (1993-2018)». Emakunde, en prensa.

Martín Palomo, María Teresa (2020). «Cuidados, vulnerabilidad e interdependencias. Retos para una nueva época». Emakunde, en prensa.

Medium.com. *Navidades-en-silencio*. <<https://medium.com/@carmen.alemany/navidades-en-silencio-25b2c89a104a>> [Consulta: 22 de diciembre de 2019].

Oxfam Intermón y Laboratorio de Derecho Social del Instituto Universitario de Estudios de Género de la Universidad Carlos III de Madrid, citados por Érika Montañés en ABC, *Informe sobre las empleadas del hogar*. <https://www.abc.es/sociedad/abci-kellys-empleadas-limpieza-hoteles-asocian-para-denunciar-precariedad-201610121923_noticia.html> [Actualizado el 24 de octubre de 2018].

Pedrero Nieto, Mercedes (2020). «La política sobre cuidados en América Latina. El sector olvidado: la población entre 6 y 17 años». Emakunde, en prensa.

Rico, M. N. y Segovia, O. (eds.) (2017) «¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad». Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

Sancho, Mayte; Barrio, Elena del. (2020) «Impacto de los cuidados de larga duración en la salud y el bienestar de las personas cuidadoras». Emakunde, en prensa.

UNWomen (2020). «The impact of covid-19 on women's and men's lives and livelihoods in Europe and Central Asia: Preliminary Results from a Rapid Gender Assessment».

CSIC. *Envejecimiento en red*.

Diarioabierto.es. «Cuidkers aspira a ser la comunidad de referencia de las familias». <<https://www.diarioabierto.es/494338/cuidkers-aspira-a-ser-la-comunidad-de-referencia-de-las-familias>> [Consulta: 7 de abril de 2020].

Huellasbysareb.es. «Cohousing para personas mayores: alternativas a residencias». <<https://www.diarioabierto.es/494338/cuidkers-aspira-a-ser-la-comunidad-de-referencia-de-las-familias>>

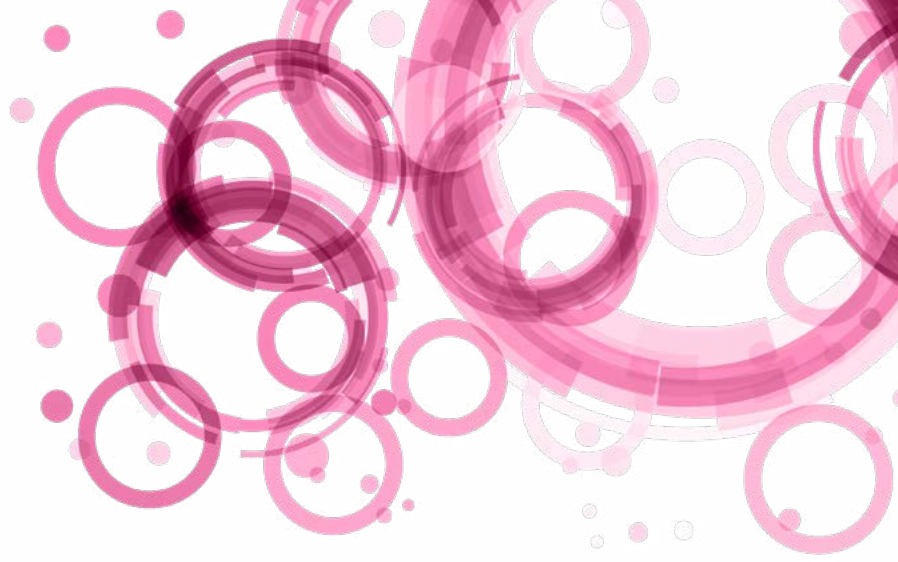


Conflictos de intereses en la organización social de los cuidados

CRISTINA GARCÍA SAINZ

Índice

1. Introducción	41
2. Dimensiones del cuidado. Estado de la cuestión y retos	42
2.1. El ámbito familiar y las culturas del cuidado	43
2.1.1. Culturas del cuidado en conflicto. Retos y propuestas	45
a) Cuidado familiar vs. cuidado social	46
b) Externalización vs. sostenibilidad social	47
c) Tiempo para cuida vs. tiempo para sí	47
2.2. El ámbito del mercado doméstico. Externalización del cuidado	49
2.2.1. Empleo de hogar vs. profesionalización de los cuidados. Retos y propuestas	50
a) Formación para la profesionalización de los cuidados	50
b) Conflictos de intereses entre las partes	51
c) Los tiempos del cuidado profesional	52
2.3. El ámbito de las políticas públicas y la responsabilidad social del cuidado	52
2.3.1. Servicios y prestaciones. Retos y propuestas	53
a) Servicios vs. prestaciones económicas	53
b) Desfamiliarización vs. servicios domiciliarios	54
2.3.2. Políticas públicas. Medidas y orientaciones	54
a) Universalidad del sistema y mejora de la gestión	55
b) Pluralidad de opciones y flexibilidad de los servicios	55
c) Participación	56
d) Coordinación de los servicios	56
3. Conclusiones	56
Referencias y fuentes	59



1. Introducción

Tal y como viene mostrando la literatura especializada y reflejan los recientes informes de organismos internacionales, como el *Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del Desarrollo Humano*, de Naciones Unidas (NN. UU., 2015) y *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente* de la Organización Internacional del Trabajo (2018), el trabajo de cuidados ocupa un lugar central en el desarrollo y el bienestar de las sociedades. De igual manera, la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el Objetivo 5, contempla el reconocimiento y valoración del trabajo doméstico, no remunerado, como un elemento fundamental para lograr la igualdad de género.

Los estudios sobre estados de bienestar con perspectiva de género han destacado la importancia del trabajo de cuidados, remunerado y no remunerado, como uno de los pilares que, junto con la educación, la sanidad y las pensiones, posibilita el desarrollo individual y garantiza la calidad de vida de la que disfruta la población en cualquier país. Una sociedad que no atiende convenientemente las carencias de atención y cuidado de las personas que lo necesitan se expone a riesgos sociales que hacen disminuir su calidad de vida.

Los regímenes de cuidados de los países del sur de Europa comparten una misma tradición familista, basada en el trabajo no remunerado de las mujeres, lo que refleja el peso de la socialización diferenciada según roles por género y la pervivencia de la división sexual del trabajo. Además, en las últimas dos décadas, estos países han seguido pautas similares en cuanto a la externalización del trabajo de cuidados y doméstico mediante la contratación de inmigrantes en régimen interno, lo que se conoce como modelo doméstico «con inmigrante en casa» (Bettio, Simonazzi y Villa, 2006); un fenómeno que ha venido acompañado de un importante incremento de las migraciones femeninas, procedentes principalmente de países de América Latina, que han poblado de cuidadoras las ciudades y pueblos del territorio vasco así como de otras comunidades autónomas (CC. AA.).

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) en 2006 supuso un salto importante para que el cuidado se considerase un asunto social y de competencia pública. Sin embargo, su desarrollo ha quedado por debajo de los resultados esperados, por razones económicas por un lado y por razones de equidad de género por

otro; desde este punto de vista, el vínculo entre trabajo de cuidados y responsabilidad femenina no solo no se ha visto cuestionado, sino que se ha reforzado en los tres ámbitos principales de prestación de cuidados: el cuidado familiar no remunerado, el empleo de hogar y el cuidado subvencionado o institucionalizado.

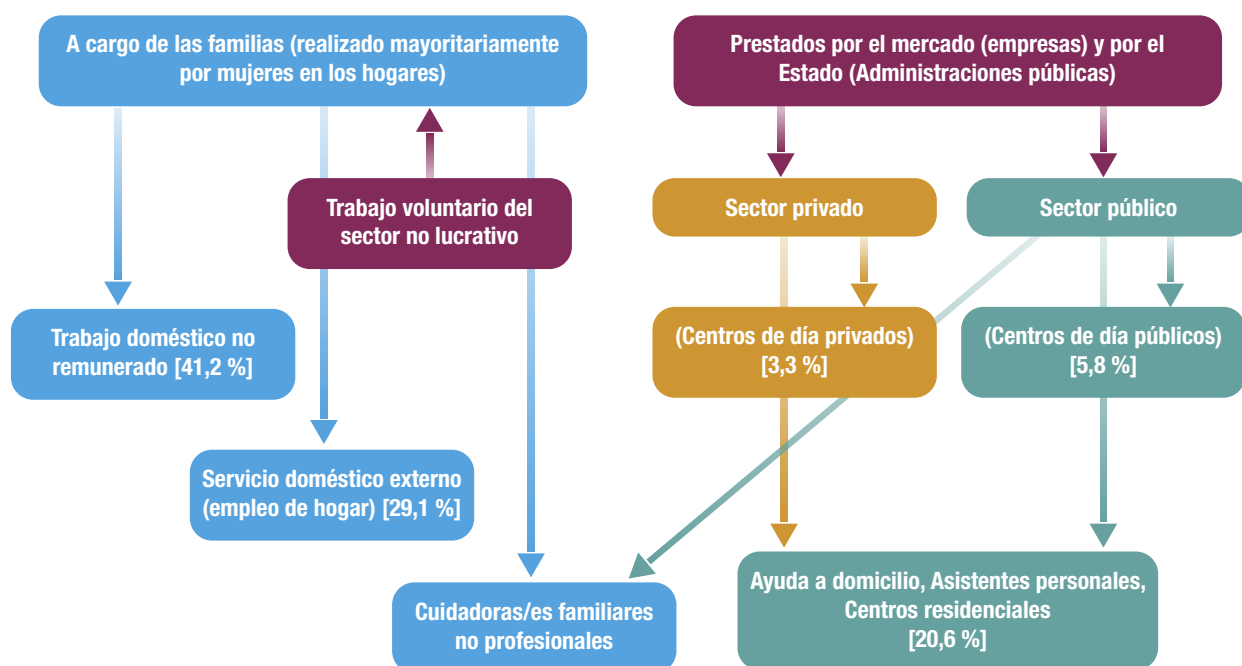
El objetivo de este texto es aportar información, análisis y reflexión para orientar políticas públicas destinadas a atender las necesidades de cuidado en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euzkadi (CAE); su finalidad es contribuir al diseño de un sistema de cuidados integral y sostenible. Para ello se exploran algunas medidas adoptadas a raíz de la ley de dependencia, analizando los aciertos y desaciertos conocidos tras su implantación, y se estudian las reivindicaciones de las cuidadoras¹ familiares, no remuneradas y subvencionadas, así como las de las cuidadoras profesionales y las de las ocupadas del sector doméstico. Se pondrá especial énfasis en los dilemas y conflictos que derivan de la relación entre culturas, prácticas y metas en la organización del cuidado, como por ejemplo, entre los deseos de las personas cuidadas y los derechos de las cuidadoras, así como por el componente afectivo que prestan las mujeres a sus familiares frente al objetivo de socializar, desfamiliarizar y profesionalizar los cuidados. La encrucijada de los cuidados se focaliza en la dificultad de articular sus múltiples dimensiones para adoptar medidas que configuren un modelo igualitario y sostenible.

2. Dimensiones del cuidado. Estado de la cuestión y retos

La literatura especializada en esta materia establece la necesidad de considerar los cuidados desde sus distintas perspectivas (Thomas, 2011; Durán, 2018). La mirada necesariamente ha de ser holística, pero también integral, lo que implica no desatender a ninguna de las partes que intervienen en el proceso de dar y recibir cuidado.

¹ En la elaboración de este texto se utiliza un lenguaje inclusivo (hasta donde resulta posible). Por ello, por ejemplo, el término «cuidadoras» (en femenino) se entiende que se refiere a «personas cuidadoras» cuyo sujeto se omite, con el añadido de que, en el contexto del cuidado, como es sabido, la mayor parte de las personas a las que se hace referencia son mujeres.

FIGURA 1.
Organización social de los cuidados



Fuente: elaboración propia.

Notas: El trabajo doméstico no remunerado se refiere al que se realiza en exclusiva, sin apoyo externo. La categoría de Cuidadoras/es no profesionales se considera aquí de manera diferenciada por ser cuidado subvencionado y distinguirse tanto del cuidado no remunerado como del remunerado. Las flechas indican los vínculos con los agentes del cuidado: familias, sector privado y sector público. Las cifras entre corchetes representan el porcentaje que asume cada sector en la provisión de cuidados en la CAE (tomadas de Nogueira y Zalacain, Emakunde, 2015).

A efectos de análisis se plantean en este texto los planos, a menudo superpuestos, del cuidado de larga duración según los principales ámbitos de prestación (Figura 1); es decir, el trabajo en los hogares, desempeñado por trabajadoras no remuneradas; la responsabilidad del mercado, concretado en la provisión de mano de obra asalariada a los hogares y los centros, y el ámbito de las Administraciones públicas, a través de la provisión de servicios y prestaciones, así como en tanto que responsables de desarrollar un sistema público de cuidados.

2.1. El ámbito familiar y las culturas del cuidado

Con culturas del cuidado nos referimos, de acuerdo con Letablier (2007), a las representaciones colectivas sobre la responsabilidad de proveer cuidado, centrado en este caso en las personas mayores dependientes; se construyen de acuerdo con valores sociales y normas institucionales que regulan las relaciones de pareja y familiares. En el caso de la CAE, al igual que en la mayor parte de los países, los datos confirman que la atención a las personas dependientes se proporciona principalmente en los hogares a cargo de familiares no remuneradas (recuadro superior izquierdo de la Figura 1). Entre quienes reciben algún tipo de atención, el 41,2 % manifiesta ser cuidada por familiares o amigos/as en

casa. En segundo lugar, el cuidado recae en personas contratadas particularmente (29,1 % de los casos) y, en tercer lugar, en centros y personas contratadas con apoyo de las Administraciones públicas. En menor medida la responsabilidad principal del cuidado es asumida por los centros de día, siendo los públicos los que más población dependiente acogen (un 5,8 % del total de personas atendidas, frente a un 3,3 % en los privados) (Nogueira y Zalacain, 2015: 130). Como puede observarse, las principales opciones se reducen a tres: la atención familiar en los hogares, donde son atendidas cuatro de cada diez dependientes; el recurso a cuidadoras remuneradas a cargo de la familia, al que acuden tres de cada diez dependientes; y la asistencia proporcionada por las Administraciones públicas, que cubre a dos de cada diez personas que precisan ayuda para las necesidades cotidianas².

En la CAE, el perfil de la persona atendida en casa es el de una mujer (tres de cada cuatro dependientes son mujeres), viuda y mayor, pues casi dos de cada tres han sobrevivido a sus esposos y superan los 80 años; a estos rasgos se suma el hecho de que cuatro de cada diez viven solas (Nogueira y Zalacain, 2015: 69). La mayoría de las personas mayores (87,3 %) prefiere vivir en su casa, aunque sea sin compañía (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imserso, 2010). Al deseo de vivir en la propia casa se une el de ser atendida por la familia; es el deseo mayoritario del conjunto de la población, pues el 41 % aspira a, en caso de dependencia, ser cuidada «solamente por personas de la familia» (Durán, 2018: 369) y preferiblemente por la hija (Imserso, 2005). Tal predilección se confirma en las encuestas de opinión, donde más de la mitad de las personas entrevistadas (53,7 %) considera que en el caso de que las personas mayores dependientes necesiten ayuda, ésta debe ser proporcionada, en primer lugar, por la familia (Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, 2014). En la práctica, la *opción por la familia* significa que son mayoritariamente las mujeres quienes asumen el cuidado, tal y como muestran los estudios especializados, los informes sobre dependencia y las encuestas de usos del tiempo. El escenario que resulta de estas preferencias y opiniones es el de una cultura del cuidado en femenino: las dependientes se sienten mejor en un espacio doméstico, siendo atendidas por mujeres de su familia, o en su defecto por otras que las sustituyan, y buena parte de la opinión pública legitima estas opciones con independencia de las asimetrías y desigualdades de género, etnia y clase que las sustentan.

El ideal de cuidados, tal y como se refleja en las preferencias y prácticas de buena parte de la sociedad, enmascara efectos perversos, fisuras que perjudican especialmente a las cuidadoras y hacen cuestionable el modelo como propuesta de futuro. De hecho, la preferencia por el cuidado familiar no es unánime. La *Encuesta de Mayores* (Imserso, 2010) recoge que la inclinación por un tipo u otro de cuidado depende de la formación adquirida, de manera que en niveles educativos más elevados la predilección por los cuidados profesionales es mayor. En dicha encuesta se señala un descenso en la opción por el cuidado familiar, excepto en el medio rural, tanto en mujeres como en hombres, y la tendencia se confirma en relación con la edad; a menor edad la opción por el cuidado familiar es más baja, alcanzando una diferencia de once puntos porcentuales entre quienes tienen entre 65 y 69 años

² Una distribución que sigue, en líneas generales, la misma tendencia que muestran los datos para el conjunto del Estado español, donde más de dos terceras partes del cuidado recibido proviene de personas del entorno familiar o del denominado cuidado informal; en menor medida (en torno a un 13-15 %) se realiza por empleadas domésticas; una proporción similar del suministro de cuidados lo proporcionan los varones de la familia, y algo menos del 10 % lo aportan los servicios profesionales subvencionados por el Estado (o las Administraciones públicas) mediante ayuda a domicilio, centros de día o residencias (Roger García, 2009; San José, 2012).

y quienes superan los 80 años. Los datos referidos a la CAE confirman la misma tendencia, pues la participación de población que cuida a otras y otros miembros del hogar presenta un descenso en los últimos años, tanto en mujeres como en hombres, y en todos los grupos de edad, excepto en el de 45 a 64 años (Gobierno Vasco, 2019)³.

Desde el punto de vista de las proveedoras de cuidado, las demandas de cambio en relación con el patrón convencional de cuidados son cada vez mayores. El desigual reparto del trabajo del hogar es la causa principal de la brecha de tiempo propio (Díaz *et al.*, 2016) y de la carencia de tiempo libre. En la CAE, según los datos publicados por Emakunde (Royo Prieto, 2012), la población considera que compartir los quehaceres domésticos constituye una aspiración y una exigencia para una buena relación de pareja. En relación con el cuidado, cuando se ha preguntado sobre el cuidado infantil, el 86 % de las personas consultadas afirma que tanto la madre como el padre tienen igual capacidad para hacerse cargo del cuidado. Una posición cuya lógica parece extensible al cuidado de mayores. A pesar de las opiniones de voluntad igualitaria, la práctica cotidiana dista del equilibrio, tanto en la participación como en el reparto del tiempo dedicado al trabajo no remunerado; las brechas de género del cuidado siguen mostrando una distancia significativa⁴.

En los últimos años se aprecia una mayor sensibilidad social hacia las desigualdades de género; un cambio que viene activado por la continua labor del movimiento feminista, plasmado especialmente desde 2018, en el movimiento *Me Too* y en las manifestaciones masivas del 8 de marzo celebradas por todo el mundo. Además de denunciar el acoso y la violencia de género, los ejes de la protesta en las ciudades vascas se han centrado en demandar «*otro modelo social y productivo*» que entrañe la eliminación de la brecha salarial y el reparto equitativo del trabajo de cuidados, entre otras desigualdades. Contando con los datos sobre las asimetrías derivadas del desigual reparto del trabajo doméstico y de cuidados, desde las asociaciones de mujeres y feministas se reivindica la corresponsabilidad y la distribución del cuidado como una condición *sine qua non* para la igualdad de género (San José, 2012; Briñón *et al.*, 2020).

2.1.1. *Culturas del cuidado en conflicto. Retos y propuestas*

Frente a una sociedad cambiante, como se aprecia por ejemplo en el ámbito demográfico, por la disminución del tamaño de los hogares y el envejecimiento poblacional; en el cultural, por la mayor participación de las mujeres en la vida pública; y en el socioeconómico, por la creciente incorporación femenina al mundo laboral, la distribución del trabajo doméstico en los hogares y el sistema familista de provisión de cuidados permanecen prácticamente inalterados y evolucionan a ritmo retarda-

³ A pesar de esta tendencia, es posible que tras el paso de la pandemia por la covid-19 las preferencias por el cuidado familiar se intensifiquen, dado que las personas alojadas en residencias se encuentran entre los colectivos con las cifras de mortalidad más alta causada por el virus.

⁴ La Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT) realizada por el Instituto Vasco de Estadística (Eustat) refleja que, en 2018, las mujeres dedicaron al trabajo doméstico y de cuidados una media diaria de 3 horas y 20 minutos, mientras que los varones emplearon 1 hora y 44 minutos, por lo que la brecha de género mantiene una diferencia de algo más de una hora y media diaria. (Ver artículo de M. Legarreta en este mismo volumen).

do. Frente a los cambios sociales, la asimetría de género en la dedicación al trabajo no remunerado evidencia la «*revolución estancada*» en la que se halla la corresponsabilidad en tareas domésticas. Por otra parte, el desajuste entre oferta y demanda de cuidados ha puesto de manifiesto que la sociedad se enfrenta a una «*crisis de los cuidados*», dado que las prácticas y culturas de provisión de cuidado no se corresponden con las demandas y expectativas de quienes cuidan. En este sentido, los retos, con carácter general, se centran en articular el derecho de las personas a ser cuidadas con el principio de igualdad de género.

- a) Cuidado familiar vs. cuidado social (*social care*). El modelo familiarista del cuidado, que mantiene implícita la naturalización del vínculo entre cuidado, mujer, casa y familia, tropieza en ciertos aspectos con la consideración del cuidado como un asunto social. El ideal de cuidado familiarista es causa y consecuencia de la diferenciación de roles por género: el protagonismo de las mujeres en esta tarea no incentiva por sí mismo la participación de los varones en el cuidado, lo que, en consecuencia, no ayuda a cerrar la brecha entre mujeres y hombres y tampoco propicia la intervención institucional, dado que las familias resuelven «su» problema con estrategias y recursos privados. Por el contrario, el enfoque del cuidado social, o *social care*, enfatiza la responsabilidad pública en esta materia, poniendo a disposición de la población prestaciones y servicios que cubran las demandas familiares de cuidado. En este sentido, el objetivo de desfamiliarizar se orienta a que las cuidadoras, con independencia de su contexto familiar, accedan al empleo, y a la vida social y política, con iguales oportunidades que otros grupos sociales, mientras se deriva buena parte de la responsabilidad de cuidar hacia los poderes públicos. Para que la organización social del cuidado sea sostenible en igualdad la responsabilidad de cuidar debe formar parte de las competencias de los poderes públicos e ir más allá del trabajo no remunerado de las mujeres, porque entre otras razones, como indican las estadísticas laborales, y ha señalado la OIT (2018), las responsabilidades familiares son el principal obstáculo para que ellas accedan al mercado laboral.

Por lo tanto, un primer reto en el ámbito de las políticas públicas es conjugar la cultura familiarista, que expresan sobre todo las personas mayores en el ideal de cuidado «en casa y con la familia»⁵, con la socialización y la profesionalización de este trabajo. En la medida en que el cuidado de personas mayores se considera un asunto familiar, y se mantiene en la práctica como un trabajo de las mujeres de la familia (o de otras remuneradas), se confina al ámbito de lo doméstico, pierde entidad social, permanece oculto para la sociedad y, con ello, puede permanecer más fácilmente ignorado y desatendido por los poderes públicos.

Un segundo reto surge de la constatación de que en la CAE (como en el conjunto del Estado español) las brechas de cuidado por género se encuentran entre las más elevadas del contexto europeo (Legarreta Iza y García-Díez, 2015). De ahí que la corresponsabilidad sobre los cuidados familiares sea el primer paso para repartir los tiempos de dedicación a este trabajo de ma-

⁵ Puede verse más en detalle la argumentación y el soporte del modelo ideal de cuidados «en casa y en familia» en Moreno-Colom *et al.*, 2016.

nera equilibrada. Como señalan Himmelweit y Land (2011), entre otros, para lograr la igualdad de género, es preciso incorporar a los hombres a esta actividad. El reparto de los tiempos del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres es una condición para la igualdad de género y un elemento esencial para contar con un modelo sostenible de cuidados.

- b) Externalización vs. sostenibilidad social. En los países mediterráneos la crisis de los cuidados ha disparado, entre las clases medias, el recurso a contratar mano de obra remunerada para atender las necesidades de cuidado de personas mayores y dependientes en los hogares. Este modelo «con inmigrante en casa» se apoya en estructuras económicas y sociales que cuestionan su sostenibilidad desde la perspectiva de la igualdad de etnia y de clase, además de reproducir la generización del cuidado. Cuando se pregunta a la población sobre cuál sería su opción preferente en caso de encontrarse en una situación dependiente la respuesta más frecuente (36,1 %) es la de vivir con una cuidadora remunerada (CIS, 2014). Es decir, tras la opción de la familia o en ausencia de ella se prefiere contratar a otra mujer, lo que significa que se mantiene la responsabilidad y la práctica del cuidado como un asunto femenino. Además, el recurso a la contratación externa para desempeñar el trabajo de cuidados y del hogar tiene el efecto de aliviar, en parte, la carga de trabajo de las mujeres pero, sobre todo, descarga o exime a muchos varones de su cuota de responsabilidad en el trabajo reproductivo. La composición del empleo del hogar en los países mediterráneos no solo evidencia las desigualdades globales entre países con distintos niveles de renta y la etnofragmentación del mercado de trabajo, sino que reproduce también la asignación de los cuidados a las mujeres, sea de manera gratuita o remunerada.

Los principales retos del modelo mediterráneo «con inmigrante en casa» se centran en abordar sus desigualdades de origen, para lo cual es preciso adoptar una mirada interseccional que atienda a los siguientes ámbitos: i) como desigualdad económica, que se manifiesta tanto en el impacto negativo de las cadenas globales de cuidados, como en la disparidad económica que se expresa en el desigual poder adquisitivo de contratantes y contratadas (brecha salarial); ii) como desigualdad de género, que lleva consigo, por un lado, la asimetría en la dedicación entre mujeres y hombres y, por otro, la desigualdad intragénero, que deriva de la confluencia en un mismo espacio de empleadoras y empleadas (en femenino); iii) como desigualdad de etnia y procedencia, lo que significa, en las condiciones actuales, potenciar un mercado laboral étnicamente estructurado⁶. Reducir las desigualdades en las que se asienta la externalización es el objetivo que posibilitará avanzar hacia un modelo integral y socialmente inclusivo.

- c) Tiempo para cuidar vs. tiempo para sí. La cultura familiarista del cuidado «en casa y con la familia» supone para las cuidadoras una elevada dedicación de tiempo; de hecho, los países mediterráneos son los que más tiempo dedican al cuidado informal (Instituto Europeo de la

⁶ La sostenibilidad de este modelo, que presupone que los flujos migratorios van a continuar de forma ininterrumpida como se han venido dando en las últimas dos décadas, es un hecho incierto, más aún tras la pandemia global de la covid-19 que ha puesto en cuestión la viabilidad y eficacia de los mercados globales tanto de trabajadoras/es como de mercancías.

Igualdad de Género, EIGE, 2019). En la CAE, la dedicación media de las mujeres al cuidado de personas adultas es de dos horas y cinco minutos diarios (Eustat, 2019). Sin embargo, el tiempo destinado a cuidar, medido mediante las encuestas de uso del tiempo, no capta la realidad cotidiana de quienes asumen la responsabilidad de personas dependientes, porque computan de forma separada las tareas domésticas y las de cuidado directo, mientras que en la práctica ambos trabajos son difícilmente separables. La información proporcionada por otras fuentes, como la Estadística de Demanda de Servicios Sociales (EDSS) que contiene la Encuesta de Necesidades Sociales (ENS) del Gobierno Vasco (2019)⁷, recoge que, en el caso de las personas dependientes, la dedicación al cuidado es ligeramente superior a las cincuenta horas semanales como media. Si se exceptúa el régimen de internamiento, la atención más intensiva en tiempo es la que ofrecen las cuidadoras contratadas, con algo más de 59 horas semanales, seguido de la aportada por personas de la familia, con casi 48 horas, y de la proporcionada por trabajadoras en centros públicos o concertados, con algo más de 37 horas por semana (Nogueira y Zalacain, 2015: 133). Con todo, las jornadas son más elevadas aún entre las cuidadoras contratadas en régimen interno⁸, así como entre las cuidadoras no profesionales que viven con una persona con dependencia grave. Los datos de la EDSS-ENS de 2018 muestran el incremento de la carga de trabajo de las cuidadoras que atienden a otros miembros del hogar, lo cual se resume en características como las siguientes: tienen dos o más horas diarias de atención, renuncian a oportunidades educativas o laborales, renuncian a vida social y sufren tensiones importantes en su vida familiar (Gobierno Vasco, 2019). La dedicación intensiva de las cuidadoras, remuneradas o no, entra en conflicto con el derecho al tiempo propio como principio de ciudadanía. Además del derecho al tiempo libre, ligado al ejercicio del trabajo, la calidad de este tiempo requiere desligarlo de otras responsabilidades, como la de vigilancia o supervisión, de manera que sea un tiempo para sí⁹, un tiempo de crecimiento, para la formación o para la recreación.

El reto en relación con los tiempos del cuidado doméstico se dirige a la necesaria articulación de las dimensiones temporales que lo caracterizan con otros tiempos sociales. En primer lugar, los tiempos del cuidado no están libres de exigencias y rigideces pero, sobre todo, son tiempos elásticos y tiempos lentos, como los del acompañamiento, la vigilancia o la escucha; y, en segundo lugar, el tiempo de las cuidadoras se experimenta como tiempo entregado con generosidad a otras personas, mientras se vive como escaso para sí mismas. La cantidad de tiempo disponible constituye un indicador de bienestar; además de ser una condición para la autonomía individual es también una condición para la igualdad (Wajcman, 2017).

⁷ La Estadística de Demanda de Servicios Sociales, Encuesta de Necesidades Sociales se lleva a cabo por el Órgano Estadístico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco; en adelante EDSS-ENS.

⁸ La jornada semanal de las empleadas de hogar internas alcanza las 131,40 horas por semana, según datos de Martín y Rogero (2012), citado en Nogueira y Zalacain (2015: 57).

⁹ Murillo (1996) diferencia entre los espacios doméstico y privado, de manera que mientras el primero se caracteriza por la dedicación de un tiempo y un trabajo para los miembros del hogar, el segundo es para sí mismo/a, para disposición o recreación personal.

2.2. El ámbito del mercado doméstico. Externalización del cuidado

La contratación de empleadas de hogar es, después de la atención proporcionada por la familia (cuidado informal), la estrategia más empleada en la CAE para cuidar a las personas dependientes (recuadro inferior izquierdo de la Figura 1). De hecho, entre quienes reciben algún tipo de ayuda, el recurso a personas contratadas por parte de las familias representa prácticamente el 30 % de la atención recibida. Por otra parte, quienes desempeñan el trabajo son, en su mayoría, mujeres de origen extranjero procedentes de países latinoamericanos (Nogueira y Zalacain, 2015)¹⁰.

El acceso al empleo doméstico y de cuidados apenas exige requisitos de cualificación. *A priori* se presupone que cualquier mujer puede hacerlo. Más que la formación o la preparación específica se valoran las habilidades, la disponibilidad y otras condiciones personales de la candidata, que no tienen equivalencia en el empleo formal, como por ejemplo, que sea una persona voluntariosa, alegre, que dé conversación, sin hijos ni cargas familiares, etc. Los estereotipos asociados al género femenino se expresan con claridad en las exigencias para el desempeño del empleo de cuidados.

El trabajo doméstico y el de cuidados resultan inseparables en la práctica: las cuidadoras contratadas como empleadas de hogar que atienden a personas mayores asumen, en un 85 % de los casos, la realización de tareas domésticas (Imsero, 2005; Nogueira y Zalacain, 2015). Los casos en los que las empleadas de hogar realizan únicamente trabajo doméstico se reducen prácticamente a las contrataciones de externas a jornada parcial o por horas. Por el contrario, la crisis de los cuidados ha disparado la contratación de inmigrantes para atender a personas dependientes en los hogares que realizan todo tipo de tareas domésticas y de cuidados.

Las condiciones de trabajo precarias así como la limitación en los derechos laborales del colectivo son las características más destacadas del trabajo de las cuidadoras remuneradas en los hogares; los salarios se encuentran entre los más bajos de todos los grupos ocupacionales y, en muchos casos, no alcanzan el salario mínimo interprofesional; entre las internas (durante la semana) las jornadas superan con frecuencia lo establecido por la ley y su situación de vulnerabilidad se acrecienta cuando pierden el empleo a causa del fallecimiento, o por entrada en una residencia, de la persona cuidada, sin poder contar, en ningún caso, con el derecho a prestación por desempleo (ATH-ELE, 2020). Buena parte del empleo se lleva a cabo de manera irregular, sin contrato por deseo del empresario/a; una circunstancia que constatan las trabajadoras como problema (Nogueira y Zalacain, 2015: 149). A esta situación se une el hecho de que una parte de las empleadas se encuentra en situación administrativa irregular, sin permiso de trabajo y sin permiso de residencia; un bucle que constriñe la relación laboral. En cualquiera de los casos no se formaliza el contrato y, en consecuencia, no hay cotización a la Seguridad Social ni posibilidad de acceso a las prestaciones sociales y económicas derivadas del mismo. La ATH-ELE estima que el número de trabajadoras no comunitarias en situación administrativa irregular alcanza el 30 %. Este colectivo conforma el grueso de las empleadas internas que viven en

¹⁰ Este origen se confirma también por la Asociación de Trabajadoras del Hogar de Vizcaya (ATH-ELE) en base al asesoramiento que realizaron durante el año 2019 a trabajadoras del sector en Bilbao.

las casas en las que trabajan, siendo las que presentan las situaciones más precarias por esta razón. La Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi (2010) recoge que un 44,6 % de las inmigrantes no nacionalizadas del sector doméstico desempeña su trabajo sin contrato (Nogueira y Zalacain, 2015: 144).

2.2.1. *Empleo de hogar vs. profesionalización de los cuidados. Retos y propuestas*

Al igual que en el caso de las cuidadoras o trabajadoras domésticas no remuneradas, en el empleo de hogar se mantiene la asignación del cuidado a las mujeres. Con carácter general, se delega y se externaliza el trabajo que las mujeres de la familia no pueden, o prefieren no hacer, lo cual reproduce el estereotipo de género en relación con los cuidados, naturaliza esta relación y refuerza la división sexual del trabajo. Con todo, el servicio doméstico es un sector de ocupación dinámico. Así lo considera el Servicio Vasco de Empleo (Lanbide), que lo anuncia en su web como de muy alta empleabilidad. Según este organismo, en la CAE, en 2019, se registraron un total de 17 218 contratos en el sector de actividades de los hogares, de los cuales el 93 % fueron dirigidos a mujeres; de estos la mitad (el 52,4 %) fueron temporales y la mayor parte de ellos (el 64,8 %) de jornada a tiempo parcial¹¹.

Las condiciones de trabajo del sector necesitan mejoras sustanciales si se aspira a transformarlo en una alternativa sostenible. Las metas a cubrir a medio plazo deberán orientarse a: mejorar los salarios para disminuir la brecha salarial entre mujeres y hombres y entre ocupaciones, de manera que adquiera competencia con otros sectores; facilitar el acceso a la formación y generar opciones de promoción hacia este u otros sectores profesionales; asegurar el cumplimiento de las normas laborales con respecto a las condiciones de trabajo y prestar apoyo y protección a las cuidadoras con independencia del vínculo laboral y la situación administrativa en la que se hallen¹².

Para cumplir con los objetivos de sostenibilidad en base a criterios de igualdad de género y de cumplimiento de derechos laborales, este sector se enfrenta a retos como los siguientes:

- a) Formación para la profesionalización de los cuidados. Uno de los objetivos para mejorar las condiciones del sector doméstico, cuya normativa afecta a las empleadas de hogar que cuidan a personas mayores, reside en dotarlo de los requisitos de acceso y desempeño que marca la ley. Para ese fin una de las competencias básicas es la formación, de manera que pueda acreditarse la preparación con un título o certificado de profesionalidad. Sin embargo, en este punto conviene preguntarse si este requisito debe afectar solo a las cuidadoras o también debe extenderse a todas las trabajadoras del servicio doméstico, dado que

¹¹ Lanbide, Contratos firmados durante 2019 (Acumulado anual). La duración media de los contratos firmados en el sector es inferior a un año.

¹² En el plano normativo, si bien no es competencia autonómica, las asociaciones de trabajadoras reclaman la equiparación en derechos con otros colectivos profesionales, lo que implica reforzar la cobertura económica y social en situaciones de enfermedad, pensiones de jubilación y, especialmente seguro de desempleo. La convalidación del Convenio 189 de la OIT se considera un paso para avanzar en esta dirección.

con mucha frecuencia las empleadas realizan ambos trabajos. En el caso de las cuidadoras institucionalizadas, subcontratadas o subvencionadas por las Administraciones públicas la formación está regulada por ley en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), pero no está asegurada cuando la relación laboral se produce fuera de ese vínculo. En este sentido es preciso tener en cuenta que la ruta formativa estaría cerrada en la práctica para las actuales trabajadoras del hogar, especialmente las internas, que por razón de jornadas excesivas, carencia de recursos, exigencia de disponibilidad y falta de autonomía sobre el tiempo propio, no están en condiciones de acudir a centros de enseñanza en los horarios lectivos habituales.

Un primer reto vinculado al requisito de capacitación para la profesionalización es asegurar la formación a todas las cuidadoras con independencia de su jornada laboral y su régimen contractual; la finalidad será evitar la segregación que deriva de las condiciones de origen, étnicas o situaciones de irregularidad. Un segundo reto consiste en dilucidar si la formación debe facilitarse solo a cuidadoras o también a empleadas del hogar en cualquiera de sus modalidades (internas y externa, sea a tiempo completo o a tiempo parcial). En este sentido, Tobío *et al.* (2010) y Torns *et al.* (2014) señalan la necesidad de delimitar el empleo de los cuidados, estableciendo perfiles profesionales para cada uno de los subsectores de actividad¹³.

- b) Conflictos de intereses entre las partes. En el trabajo doméstico y de cuidados se localizan relaciones tanto entre empleadoras y empleadas como entre demandantes de cuidado y cuidadoras, sin que ambas sean excluyentes entre sí. Por una parte, la relación laboral en el servicio doméstico delimita dos posiciones consideradas antagónicas de acuerdo con el tradicional análisis de clase social. Los términos del contrato, la determinación del salario, la unilateralidad de las condiciones de trabajo, lo confirman. El contexto laboral visibiliza la específica desigualdad intragénero de esta relación laboral: las empleadoras, mayoritariamente mujeres, contratan a cuidadoras cuyas condiciones laborales son precarias; en este caso, la desigualdad de clase deja en segundo plano la homogeneidad del sujeto político mujer. Sin embargo, es menos evidente que la relación entre empleadoras dependientes y cuidadoras pueda seguir el mismo patrón. En este caso, el vínculo adopta matices que reflejan, en ocasiones, una relación más próxima y cercana que la estrictamente laboral, siendo relaciones de apoyo mutuo entre personas que se reconocen como sujetos vulnerables: inmigrantes en situación precaria y dependientes necesitadas de cuidado y con pocos recursos. Aquí la complicidad entre las partes prevalece sobre la relación antagónica de clase. En este contexto el conflicto de intereses se plantea en relación con hacer compatible el reconocimiento de los derechos de las empleadas de hogar (especialmente la mejora de salario), con la demanda (poco solvente) de personas mayores, con bajos ingresos que precisan ser cuidadas y desean ser atendidas en su casa. Una mejora de las condiciones laborales de las cuidadoras puede

¹³ Al igual que el desarrollo de la ley de dependencia española recoge la necesidad de incluir la formación para profesionalizar los cuidados, la Ley del Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay contempla también la formación y capacitación de las personas cuidadoras (Art. 9 E). El debate generado al respecto en la región latinoamericana pone el acento en la segmentación laboral del sector doméstico al distinguir entre una categoría de trabajadoras cualificadas ocupadas de cuidar y otra categoría de no cualificadas dedicadas en exclusiva al trabajo doméstico o cuidado indirecto.

excluir del acceso al cuidado remunerado a buena parte de demandantes con algún nivel de dependencia y no solventes (Razavi, 2007). Se trata de un conflicto no resuelto por el SAAD que requiere adentrarse en la demanda desatendida a causa del bajo poder adquisitivo de este grupo de población.

- c) Los tiempos del cuidado profesional. Si al abordar el modelo familiarista de cuidados se trataba el derecho a la autonomía sobre el tiempo propio, al referirnos al cuidado remunerado la mención a lo temporal presenta dos dimensiones discordantes que requieren ser abordadas desde políticas coordinadas de tiempo. Si en el ámbito profesional y remunerado del trabajo de cuidados, como en el caso de la ayuda a domicilio, se busca reducir el tiempo para que el trabajo sea productivo, en el caso del empleo doméstico se tratará de limitar las jornadas de trabajo para ajustarlas al criterio de «trabajo digno», como aconsejan los organismos competentes (OIT) y establecen las normas laborales. Sin embargo, el tiempo destinado a cuidar requiere una alta dedicación, un tiempo pausado y sin prisas, que no es compatible con la productividad. La reducción del tiempo destinado a esta actividad significa, con carácter general, un deterioro de la calidad del cuidado.

2.3. El ámbito de las políticas públicas y la responsabilidad social del cuidado

Los poderes públicos, concretados en el caso de la CAE en sus Administraciones autonómica, foral y local, asumen dos tipos de compromiso en relación con los asuntos de los cuidados a las personas dependientes; por un lado, se encargan del diseño e implementación de las políticas públicas en el marco de los estados de bienestar; y por otro, ponen a disposición de la ciudadanía los servicios y prestaciones que lo conviertan en efectivo. De acuerdo con el primero de los compromisos, la Administración autonómica cuenta con competencias normativas, tanto en materia de igualdad como en servicios sociales, para orientar el desarrollo del sistema de cuidados. En el ámbito internacional, el Objetivo 5 de los ODS plantea como meta «reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país». A escala estatal, la ley de dependencia, o LAPAD, estructura el sistema de protección social para las personas más vulnerables que requieren ser atendidas en sus necesidades diarias; y, a nivel de la CAE, estas normativas se desarrollan tanto a través de la ley de igualdad (Ley 4/2005)¹⁴ como por la Ley de Servicios Sociales, cuya aplicación se concreta en el Sistema Vasco de Servicios Sociales¹⁵. A continuación se

¹⁴ La Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres establece en su art. 3. 6. que «los poderes públicos vascos deben promover la eliminación de los roles sociales y estereotipos en función del sexo sobre los que se asienta la desigualdad entre mujeres y hombres y según los cuales se asigna a las mujeres la responsabilidad del ámbito de lo doméstico y a los hombres la del ámbito público, con una muy desigual valoración y reconocimiento económico y social».

¹⁵ Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) y Ley de Servicios Sociales (Ley 12/2008, de 5 de diciembre), respectivamente.

contemplan, en primer lugar, los debates en torno a las prestaciones y, en segundo lugar, las referidas a las políticas públicas en un sentido más amplio.

2.3.1. *Servicios y prestaciones. Retos y propuestas*

El desarrollo de la LAPAD está teniendo un ritmo lento y diferenciado por comunidades autónomas. El *XX dictamen del Observatorio estatal de la Dependencia* (2020) de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, recoge, para la CAE, una posición muy favorable en indicadores como el gasto público por población potencialmente dependiente, donde ocupa el segundo lugar entre las CC. AA., y en la gestión de los plazos de tramitación, donde se encuentra, entre las cuatro regiones con mejor puntuación, con plazos inferiores a la media normativa establecida de 180 días. Sin embargo, la posición es menos notoria en la ampliación del número de atenciones y en la reducción de las listas de espera, donde la CAE se encuentra entre las comunidades que «parecen haber llegado a un punto que no pueden absorber la lista de espera a base de incrementar la atención al ritmo necesario». El progreso respecto al incremento de personas atendidas cada año se sitúa por debajo de la media del conjunto de las CC. AA. Como recuerda esta asociación, el hecho de contar con más gasto público no garantiza, por sí solo, una mejor ejecución. La CAE ocupa el quinto puesto en prestaciones económicas sobre casos atendidos (PECEF), pero el volumen de empleos directos generados, vinculados al SAAD, aunque ha crecido en los últimos años, no es de los más destacados, ya que ocupa el décimo lugar en la relación de CC. AA.

- a) Servicios vs. prestaciones económicas. Por un lado, el sistema público cuenta con un catálogo de prestaciones y servicios destinados a atender las necesidades de la población dependiente: de atención primaria, como teleasistencia y ayuda a domicilio, y de atención secundaria, como centros de día y residencias, principalmente. El acceso está en función de la situación de dependencia y del cumplimiento de ciertos requisitos económicos que determinan el grado de copago entre la Administración correspondiente y las personas beneficiarias. Por otro lado, las Administraciones actúan como intermediarias para la provisión de cuidados en el hogar por parte de familiares que conviven con la persona dependiente, subvencionando su coste y abonando la cotización a la Seguridad Social de estas cuidadoras no profesionales. El predominio de prestaciones económicas sobre la provisión de servicios contradice el art. 18 de la propia LAPAD cuando señala la excepcionalidad de las primeras. Sin embargo, la situación es contradictoria, porque, por ejemplo, la ampliación de la cobertura de la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP), como se ha hecho en Gipuzkoa, supone en la práctica un apoyo económico que reduce el coste del acceso a recursos externos de cuidado entre un sector de población que de otra forma carecería del mismo. Con todo, conviene tener en cuenta que, mientras desde la dimensión social del cuidado se apuesta por el desarrollo y expansión de los servicios, desde el enfoque familiarista se defiende en mayor medida la prestación económica que apuntala el cuidado en casa. Como política pública, la opción por la provisión de servicios resulta más indicada que las prestaciones monetarias como mecanismo para impulsar el crecimiento del empleo en el sector.

- b) Desfamiliarización vs. servicios domiciliarios. Si bien una de las metas del sistema de cuidados se dirige a la desfamiliarización para afianzar el cuidado social, la realidad actual es que la población desea ser atendida en su casa y que la buena parte del cuidado, con y sin apoyo institucional, se desempeña en los hogares. En este sentido conviene precisar que desfamiliarizar supone, en primer lugar, desligar el trabajo de cuidados del estereotipo de género que lo encarna en las mujeres; es decir, debilitar la norma de género que naturaliza ese vínculo sin que ello signifique desatender las demandas y necesidades de las cuidadoras que trabajan en los hogares. Todas ellas comparten aspiraciones comunes, como la necesidad de que su trabajo se dignifique y se reconozca, pero sus demandas concretas varían según sean trabajadoras domésticas no remuneradas, cuidadoras subvencionadas por las Administraciones, subcontratadas para ayuda en domicilio o empleadas de hogar (internas, externas, a tiempo completo o a tiempo parcial). Por ejemplo, las cuidadoras no remuneradas, no profesionales y contratadas, que permanecen más tiempo en los hogares, reivindican apoyo psicológico y prevención de la salud para paliar el sentimiento de aislamiento (especialmente entre quienes viven en el mismo domicilio en el que trabajan), medidas de conciliación (para no tener que renunciar a la propia familia), facilitar el acceso a formación, establecer servicios de refuerzo en fines de semana (para aliviar la carga de trabajo) y ayuda para realizar gestiones administrativas, entre otras (Mier *et al.*, 2007; Briñón García *et al.*, 2020).

Respecto al grupo de cuidadoras, que desempeñan su trabajo bajo el marco institucional de los servicios sociales, como trabajadoras a domicilio, empleadas de centros de día y de residencias, sus demandas se orientan más a la mejora de sus condiciones laborales y a otros aspectos concretos como la coordinación de los servicios domiciliarios (para aminorar el tiempo en desplazamientos), la racionalización de los tiempos de trabajo en centros de día y residenciales para prestar un mejor servicio, opciones de formación, desarrollo profesional y oportunidades para promocionar y para acceder a empleos cualificados en el sector o en otros sectores afines.

2.3.2. *Políticas públicas. Medidas y orientaciones*

La aprobación, desarrollo y aplicación de la normativa, con sus limitaciones y puntos mejorables, supone afianzar un proceso de cambio en el que la responsabilidad del cuidado se desplaza desde la familia al ámbito público, sin que ello suponga una dejación de compromiso por parte de las mujeres ni por parte de la familia. En esta línea, cuidar y proveer cuidados no solo es una cuestión familiar, sino que forma parte y adquiere relevancia como objeto de las políticas públicas (Martín Palomo, 2016) y se convierte en un asunto de índole social (*social care*). Las Administraciones públicas protagonizan el proceso de situar la responsabilidad del cuidado en la agenda pública.

Por otro lado, la opinión pública demanda, cada vez más, el compromiso de los poderes públicos en esta materia. Según el CIS (2012), el 46,0 % de la población considera que son las CC. AA. y los ayuntamientos quienes deben prestar ayuda a las personas mayores (cifra muy próxima a la del 46,4 % que considera que es la familia quien debe hacerlo). Por otra parte, en el caso de la CAE los datos del Gobierno Vasco muestran una creciente utilización de los recursos públicos por parte de la población

dependiente, un hecho que puede vincularse con un mayor conocimiento y un mayor despliegue de servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

El diseño y aplicación de medidas de desarrollo de un sistema integral de cuidados requiere de la colaboración de todos los niveles administrativos, a escala estatal, autonómica, foral y local, pero también ha de contar con la participación de las partes que intervienen en el proceso de dar y recibir cuidados, además de las asociaciones y organismos que los representan. La labor de articulación de las partes es compleja, teniendo en cuenta que a menudo se hallan posiciones antagónicas en relación con medidas a adoptar y, también, situaciones latentes de precariedad y vulnerabilidad de grupos que apenas tienen voz ni visibilidad pública.

Las políticas públicas tienen como objetivo la mejora de la calidad de vida de la población. En relación con la provisión de cuidados, la etapa actual de desarrollo del sistema de dependencia apunta a que las Administraciones públicas se dirijan a superar los obstáculos y errores detectados en el tiempo transcurrido desde su puesta en marcha de acuerdo con los objetivos previstos. Los cuidados son un bien público y como tal debe ser gestionado, eficazmente, por los poderes públicos. Desde esta premisa se plantean las siguientes metas:

- a) Universalidad del sistema y mejora de la gestión. Un requisito para garantizar la accesibilidad a toda la población que precisa de ayuda pública, y la solicita, es que el sistema funcione con agilidad. Además de aligerar las listas de espera para realizar las evaluaciones, el reto es, en este caso, reducir al mínimo los plazos de tramitación de manera que quienes tienen derecho a recibir prestaciones las obtengan en el menor plazo posible, eliminando la situación de «limbo» que media entre reconocimiento del derecho y la obtención de la ayuda¹⁶. Por otro lado, el principio de equidad del sistema se evalúa por la capacidad de proporcionar servicio a los sectores con menos recursos, porque, como ocurre en este caso, quienes más necesitan son quienes menos pueden asumir los costes de su cuidado. Los precios elevados de algunos servicios gestionados por los ayuntamientos, como la ayuda a domicilio, suponen, para algunas personas mayores con bajo nivel de dependencia, un coste tan elevado que les disuade de solicitarlos (a pesar del copago)¹⁷. Para resolver los desajustes de esta índole resulta indicado recoger el sentir de la población beneficiaria (así como la visión de las cuidadoras) incorporando la participación de las usuarias y sus familiares en la puesta en marcha de los servicios a los que acceden.
- b) Pluralidad de opciones y flexibilidad de los servicios. Como sistema público, el desarrollo del modelo de cuidados será más eficaz si es capaz de mostrar una oferta plural y flexible de servicios (de apoyo, de atención directa, de provisión alimenticia a domicilio, habitacionales, etc.) que posibilite la elección entre varias opciones y escenarios (Himmelweit y Land, 2011; Torns, 2012). Transitar de un modelo individualizado o privado en el entorno familiar

¹⁶ Cerca de un 12 % de las personas beneficiarias en la CAE se encontraban en esta situación al finalizar el año 2019 (Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2020).

¹⁷ En este sentido hay que tener en cuenta que los niveles de insatisfacción entre personas atendidas en servicios públicos y concertados ha crecido en la CAE entre 2014 y 2018 (Gobierno Vasco, 2019).

a un sistema de responsabilidad pública, con prioridad en los servicios comunitarios, supone un desplazamiento de la centralidad de la familia como proveedora única de cuidados, así como un cuestionamiento de las normas de género, que la apuntalan, en favor del fortaleciendo de la dimensión social del cuidado.

- c) Participación. El protagonismo creciente del sector público en la provisión de cuidado no significa dejación de responsabilidad por parte de las familias. Cuando se señala que en la CAE las familias se hacen cargo de algo más del 40 % de las personas dependientes, la lectura no es que el otro sesenta por ciento es asumido en exclusiva por las Administraciones públicas y el mercado, sino que estos agentes sociales, bien mediante trabajo remunerado, servicios o prestaciones, se corresponsabilizan del cuidado; la participación de la familia no desaparece, sino que es complementaria. En todos los casos, el desarrollo del modelo de cuidados integral ha de contar con los agentes participantes y no puede prescindir de la aportación de las personas interesadas, las cuales conforman un amplio abanico que se extiende, desde las beneficiarias hasta las trabajadoras no remuneradas de los hogares, las cuidadoras no profesionales, las cuidadoras a domicilio, las ayudantes personales, las contratadas como empleadas de hogar, así como las trabajadoras profesionales de los centros de día y residenciales. La articulación y coordinación de los distintos puntos de vista requiere también de la aportación de las asociaciones que trabajan por los derechos de las cuidadoras, las familias de las personas cuidadas y las y los responsables de centros y residencias.
- d) Coordinación de los servicios. Una de las preocupaciones de las personas mayores en situación de dependencia que viven solas es cómo tener asegurada la ayuda ante distintas contingencias, como por ejemplo, en caso de enfermedad sobrevenida cuando se produce el alta en los servicios hospitalarios. De ahí que una de las demandas más acuciantes sea la necesaria coordinación de los servicios sociales y sanitarios. Entre las cuidadoras, la coordinación que precisan es entre los servicios sociales y las y los participantes en tareas de cuidado, tanto familiares como del ámbito comunitario, para distribuir los esfuerzos y mejorar la eficacia en la provisión del mismo.

3. Conclusiones

Un rasgo característico de los modelos de bienestar europeos es la incorporación del cuidado a la agenda pública. Este planteamiento es más firme en los países nórdicos, donde la apuesta por el empleo (de hombres y de mujeres) exige que las personas ocupadas dispongan de tiempo para cuidar (García Sainz, 2019). En el sur europeo, además de las familias, el sector voluntario, organizado o no, tiene también un peso importante en la cobertura de las necesidades de cuidado, especialmente desde el apoyo en el entorno vecinal más cercano. Con todo, en estos países la demanda de cuidado sigue recayendo principalmente sobre las familias; lo cual, dado el peso de la desigual distribución del trabajo en los hogares, significa que recae mayoritariamente sobre las mujeres. Se trata de una norma no escrita de asignación de género que los poderes públicos deben contrarrestar y revertir impulsan-

do, en primer lugar, la corresponsabilidad de los miembros del hogar en las tareas domésticas y de cuidados y, en segundo lugar, potenciando la labor del sector público para desfamiliarizar el cuidado y fortalecer su dimensión social.

El cuidado es un bien público, además de un recurso para la calidad de vida de la población. En momentos de crisis, sanitaria o económica, la participación del Estado, de los poderes y Administraciones públicas, se hace aún más imprescindible. La reciente crisis sanitaria ha puesto en el centro la importancia de los cuidados en el entorno familiar y comunitario y, al igual que en las situaciones de crisis económica, se produce un trasvase de competencias y actividades desde las instituciones públicas (atención de mayores en residencias y centros de día, además de la atención de escolares) hacia los hogares, lo cual incrementa la carga de trabajo no remunerado, especialmente de los sectores que cuentan con menos recursos. El riesgo de refamilización crece en estos procesos; por eso es preciso contar con un sistema de cuidados sólido, que sea un soporte fijo y duradero para las personas y los colectivos que más lo necesitan, que garantice una red de recursos disponible con independencia de la coyuntura política o económica y, especialmente ante situaciones de crisis.

El tiempo de los cuidados tiene su propia dinámica. Mientras el hecho de curar requiere agilidad y prontitud y la realización de trabajo doméstico precisa apremio y eficacia, el tiempo para el cuidado tiene otros ritmos; es elástico, según las necesidades materiales y los afectos, y es lento, requiere diálogo y acompañamiento, cantidad y calidad. Además, la prestación de cuidados encierra otras dimensiones temporales que deben ser atendidas desde políticas sociales de tiempo que emanen de las Administraciones públicas. Para las cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia grave, las cuidadoras no profesionales y algunas empleadas domésticas internas el tiempo libre apenas existe como tal. En muchos casos estos colectivos carecen de tiempo propio para realizar otras actividades fuera del trabajo o para disfrutar del ocio; con frecuencia «su» tiempo se halla mediatizado por los requerimientos ajenos. No disponen de autonomía sobre su tiempo, por eso el derecho al tiempo propio se convierte en una reivindicación que apela a un ejercicio práctico de ciudadanía. Por otro lado, los horarios de trabajo de las cuidadoras en los hogares son más elevados que en cualquier otra ocupación; incluso el tiempo destinado a dormir puede verse comprometido por el trabajo. Estas pautas temporales cursan ajenas a los tiempos de la ciudad y del entorno, a los estándares de la vida cultural, a los requerimientos de los centros formativos y a los ritmos de las relaciones sociales. Todo ello aconseja diseñar y poner en práctica políticas de tiempo en el ámbito local para articular los tiempos sociales que rodean la provisión y la recepción de cuidados.

La mejora de las condiciones de trabajo de las cuidadoras remuneradas o subvencionadas por las Administraciones públicas es una reivindicación largamente defendida desde las asociaciones y movimientos sociales implicados en la defensa de los derechos de estas trabajadoras. A pesar del cambio que en el terreno legislativo supuso la creación del Sistema Especial para Empleados de Hogar y su inserción en el Régimen General de la Seguridad Social, en ámbito estatal, así como el Convenio sobre Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos de la OIT (que aún no ha sido ratificado por España), ambos aprobados en 2011, el trabajo en el sector apenas ha experimentado mejoras sustanciales. Los retos que se plantean en este sentido son varios; por un lado, el reconocimiento de los derechos laborales, como el derecho a desempleo, y la mejora de los salarios, y por otro, la profesionalización del trabajo, que comprendería opciones de formación y apertura a nuevas oportunidades profesionales. La consecución de ambas metas plantea contradicciones entre sí, en tanto que se trata de hacer compatible la mejora

de las condiciones laborales y la profesionalización del trabajo de las cuidadoras con los recursos de las personas dependientes, mayoritariamente mujeres que viven solas, viudas, cuyos ingresos no les permiten soportar el coste salarial de una empleada doméstica. La ayuda del Estado, o de las Administraciones públicas, es esencial para demandantes pobres que necesitan ser cuidadas. Los poderes públicos deberán resolver el conflicto de intereses derivado del reconocimiento del trabajo de las cuidadoras frente a la situación de las demandantes con escaso poder adquisitivo que aspiran a ser atendidas por ellos.

Las ayudas públicas no cubren la situación de personas mayores con bajo nivel de dependencia que precisan cuidado; una contingencia que con frecuencia se resuelve desde las familias externalizando los cuidados. La intervención pública en relación con el trabajo contratado por las familias deberá clarificar la distinción entre empleo doméstico, centrado únicamente en tareas materiales de la casa, como la compra, la limpieza o el cuidado de la ropa, y el trabajo de cuidadoras contratadas como empleadas de hogar pero cuya labor principal se centra en la atención de personas mayores que no se valen por sí mismas. El empleo de hogar, cuya principal función es el cuidado, y el servicio doméstico, contratado por mujeres y hombres ocupados que no tienen tiempo o no desean realizar estas tareas, se encuentran bajo el mismo paraguas legislativo, pero a la hora de tomar medidas de apoyo desde las Administraciones públicas, como transferencias económicas u otras prestaciones, será preciso distinguir entre ellos para proporcionar una cobertura diferenciada. Mientras la función cuidadora merece un tratamiento público, el servicio doméstico estricto tiene una utilidad privada, si bien quienes trabajan en este merecen en todos los casos la protección de los poderes públicos.

La externalización de los cuidados bajo el modelo «con inmigrante en casa» adoptado principalmente en los países mediterráneos presenta déficits de equidad que lo hacen insostenible. En primer lugar, la metáfora de las cadenas globales de cuidado sirve para mostrar que esta estrategia se asienta en la llegada de inmigrantes procedentes de países latinoamericanos con bajos niveles de renta, quienes dejan a sus familias sin soporte afectivo y sin los cuidados que necesitan, para ofrecerlos, de forma remunerada, a otras personas de otros países. En segundo lugar, se apoya en proyecciones demográficas que presuponen un flujo continuo de inmigrantes procedentes de países pobres que aspiran a colocarse en empleos (irregulares) en el país de destino; tanto el supuesto demográfico como el contexto laboral en los que se inserta son inapropiados como modelos de futuro: el primero es cuestionable como alternativa e imprevisible, por estar mediatizado por acontecimientos nacionales y globales, y el segundo resulta insostenible por acentuar un mercado laboral etnosegregado y discriminatorio. En tercer lugar, los bajos salarios de estas trabajadoras apuntalan las brechas salariales pero, sobre todo, muestran las disparidades de ingresos, propias de las sociedades económicamente más desiguales. En cuarto lugar, la contratación de inmigrantes asalariadas pone de manifiesto desigualdades estructurales de género y clase, como la relación que se establece entre contratantes y contratadas, así como la evidencia de la llamada «revolución estancada» debido a la ausencia de corresponsabilidad del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres. Ambas refuerzan el estereotipo que atribuye el cuidado al género femenino.

La existencia de un sistema de cuidados de calidad se constata por el grado de satisfacción de quienes lo reciben pero también por la motivación y la satisfacción que experimentan y transmiten quienes cuidan en relación con su trabajo. Entre los aspectos que intervienen positivamente en esta situación se encuentran, además del salario digno, el hecho de tener acceso a formación y a posibilidades de promoción, los tiempos de trabajo y otras condiciones laborales, las cuales pueden contribuir a que el sector sea un espacio laboral atractivo para más personas, entre ellas, los varones. La mejora de las

condiciones de empleo de las cuidadoras impulsa la igualdad de género al reducir la brecha salarial y aminorar la segregación ocupacional.

La intervención de los poderes públicos es condición *sine qua non* para desarrollar un sistema integral y sostenible de cuidados. La participación de las Administraciones públicas en la organización social de los cuidados es imprescindible para mejorar las condiciones de vida de la población dependiente y caminar hacia un modelo de alcance universal. Junto con la provisión de servicios, el gasto destinado al cuidado de larga duración es un buen indicador del compromiso social de las Administraciones públicas. En este sentido, una reducción presupuestaria en esta área repercute sobre las oportunidades de acceso al sistema de la población necesitada y traslada la carga de trabajo y los costes a las familias. En relación con las transferencias económicas destinadas a cuidadoras, si bien constituyen un recurso necesario para facilitar el acceso a los servicios o subvencionar el trabajo no remunerado, requiere del control de los poderes públicos para asegurar su correcto uso. Frente a las transferencias económicas destinadas a subvencionar a las cuidadoras no profesionales, la provisión de servicios tiene un efecto positivo sobre la generación de empleo en este sector ocupacional.

La prestación de cuidados contribuye al bienestar social. Su funcionamiento implica costes que deben ser repartidos, costes de oportunidad que apelan a la distribución del cuidado entre mujeres y hombres así como a la aportación ponderada entre familias, agentes sociales y contribuyentes. La coordinación y articulación de intereses, en ocasiones enfrentados, requiere diálogo, contar y debatir con todas las partes para afianzar un sistema de cuidados que garantice la igualdad y la cohesión social como escudos para afrontar posibles riesgos sociales. Las políticas públicas y las medidas que las desarrollan son las encargadas de proporcionar la coherencia y los medios que el sistema necesita, lo que significa ofrecer los recursos básicos y fundamentales para atender la demanda; garantizar la oferta de población cuidadora, en condiciones de trabajo dignas y satisfactorias; y asegurar que los lugares y los tiempos en los que el cuidado se desenvuelve se articulen conforme a un sistema integral, igualitario y sostenible.

Referencias y fuentes

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Observatorio Estatal de la Dependencia (2020), *XX Dictamen del Observatorio*, febrero. Disponible en:

<https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/INFO%20GLOBAL%20XX%20DICTAMEN%203-3-20_compressed.pdf>

Asociación de Trabajadoras del Hogar de Vizcaya (ATH-ELE) (2020), *Estadísticas 2019*. Disponible en:

<<https://drive.google.com/file/d/186LnL6s9Hh7VtbXiUNtlpLYpHmPvtPWq/view>>

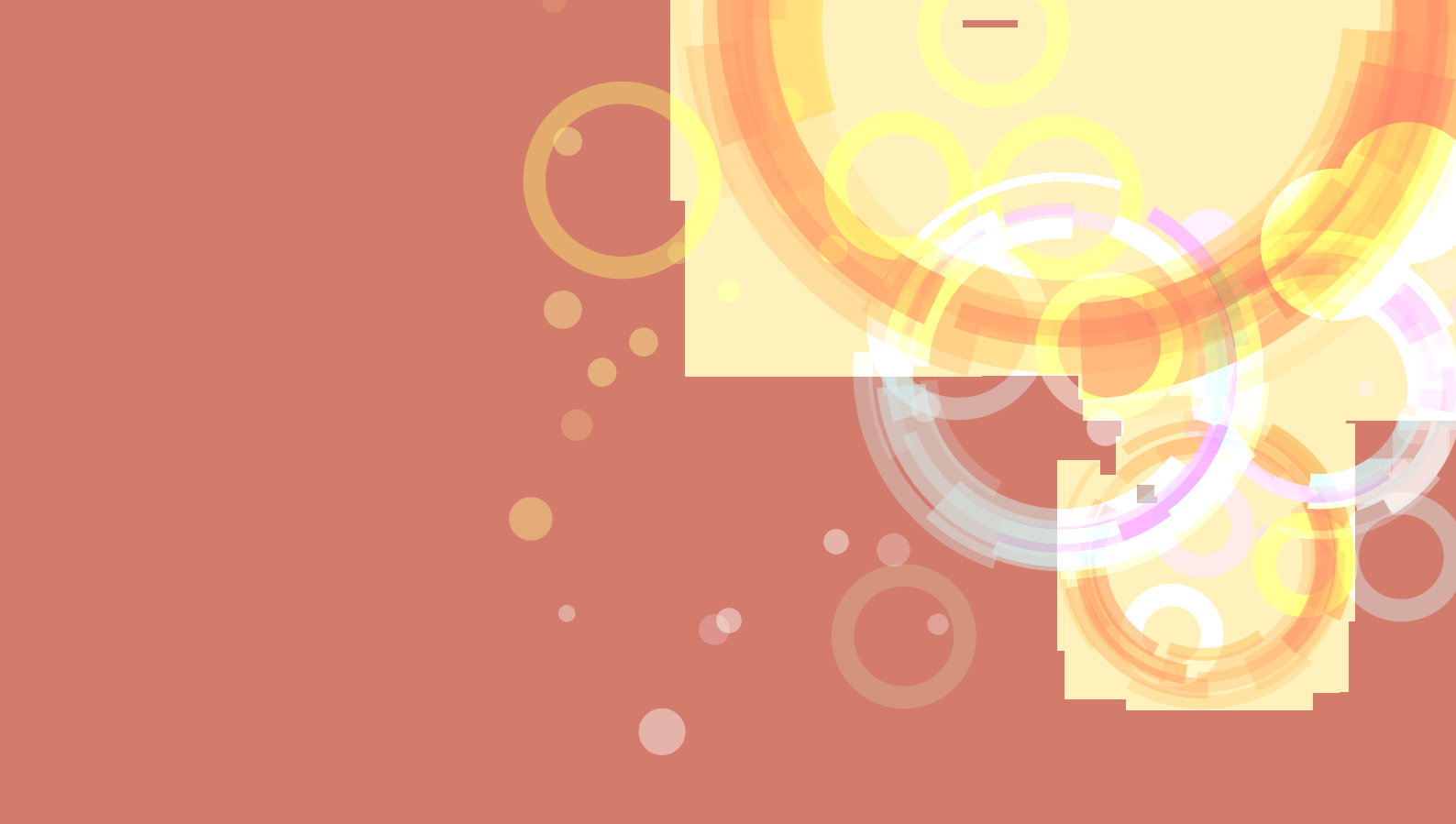
Bettio, F., Simonazzi, A., Villa, O. (2006), «Change in care regimens and female migration: the «care drain» in the Mediterranean», *Journal of European Social Policy*, 16, pp. 271-295.

Briñón García, A., Rodríguez Losada, M., De la Cámara González, C. (2020), ¿Quién me cuidará cuando sea mayor?, XXIX Taller de Política Feminista 2019, *Fórum de Política Feminista*, Madrid.

- CIS (2012), *Familia y género* (International Social Survey Programme), Estudio nº 2942.
- CIS (2014), *Cuidados a dependientes*, Estudio nº 3009.
- Díaz, C., Jabbaz, M., Aguado, E., González, L. (2016), «Las brechas de género: brechas de cuidados, brecha salarial y brecha de tiempo propio», en Díaz Martínez, C. y Simó-Noguera, C. X. (coord.), *Brecha salarial y brecha de cuidados*, Tirant humanidades, Valencia, pp. 19-38.
- Durán, M. A. (2018), *La riqueza invisible del cuidado*, Universidad de Valencia.
- EIGE (2019), *Indicators included in the domain of time, by EU Member State*. <<https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/time/family>>
- Eustat (2019), Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2018. <https://www.Eustat.eus/bancopx/spanish/id_2374/indiceRR.html>
- García Sainz, C. (2019), «El trabajo de cuidados y doméstico en la senda del desarrollo sostenible», en Alfaro Amieiro, M., Arias Careaga, S., Gamba Romero, A. (eds), *Agenda 2030. Claves para la transformación sostenible*, Catarata, Madrid, pp. 61-82.
- Gobierno Vasco (2019), Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. *Estadística de Demanda de Servicios Sociales. Encuesta de Necesidades Sociales 2018*. Módulo General. <https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/informe_ens_2018/es_def/data/Informe%20final%20ENS%202018_es.pdf>
- Himmelweit, S., Land, H. (2011), «Reducing gender inequalities to create a sustainable care system», *Kurswechsel*, 4, pp. 49-63.
- IMSERSO (2005), *Cuidados a personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*, IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO (2010), *Encuesta Mayores 2010*, IMSERSO, Madrid.
- LANBIDE (2020), Servicio de Análisis, Estudios y Estadísticas del Gabinete Técnico. Contratos firmados durante 2019, Acumulado anual. Disponible en: <http://apps.lanbide.euskadi.net/apps/TP_MENU_PROFESION?LG=C&ML=&IDEM=91001018>
- Legarreta Iza, M.; García-Díez, S. (2015), «El contexto internacional: La C. A. de Euskadi y su entorno», en Legarreta Iza, M. (coord.). *Dos décadas de cambio social en la C. A. de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993-2013*, Eustat, Vitoria-Gasteiz.
- Letablier, M. T. (2007), «El trabajo de ‘cuidados’ y su conceptualización en Europa», en Prieto, C. (edit.): *Trabajo, género y tiempo social*, Hacer editorial y Editorial Complutense, Madrid.
- Martín Palomo, M. T. (2016), *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid.
- Mier Villarías, I., Romeo Pérez, Z., Canto Combarro, A., Mier Villarías, R. (2007), «Interpelando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo», *Zerbitzuan*, 42, pp. 29-38.

- Moreno-Colom, S., Recio Cáceres, C., Borràs Català, V., Torns Martín, T. (2016), «Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras», *Papeles del CEIM*, vol. 2016/1, nº 145.
- Murillo, S. (1996), *El mito de la vida privada*, Siglo XXI, Madrid.
- NN.UU. (2015), *Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del Desarrollo Humano*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Nogueira Domínguez, J., Zalacain Hernández, J. (2015), *La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidados en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, Emakunde, Vitoria-Gasteiz. Disponible en:
https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca.2014.2.mujeres.inmigrantes.trabajadoras.servicios.domesticos.pdf
- OIT (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Resumen ejecutivo, OIT, Ginebra. Disponible en:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
- Razavi, S. (2007), *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, United Nations Research Institute for Social Development, Ginebra.
- Rogero García, J. (2009), «Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia», *Revista Española de Salud Pública*, 83, pp. 393-405.
- Royo Prieto, R. (dir) (2012), *Corresponsabilidad, valores y género*, Emakunde, Informe núm. 30, Vitoria-Gasteiz. Disponible en:
http://www.emakunde.euskadi.eus/u72-20010/es/contenidos/informacion/pub_informes/es_emakunde/adjuntos/Valores_es.pdf
- San José, B. (2012), «No solo queremos cuidar ni queremos hacerlo solas», *Apuntes ciudadanos*, 1, pp. 157-173.
- Thomas, C. (2011), «Deconstruyendo los conceptos de cuidados», en Carrasco, C.; Borderías, C. y Torns, T. (eds), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Catarata, Madrid.
- Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., Martín Palomo, M. T. (2010), *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Fundación La Caixa, Barcelona.
- Torns, T., Borràs, V., Moreno, S., Recio, C. (2012), «El trabajo de cuidados: un camino para repensar el bienestar», *Papeles de Relaciones ecosociales y cambio social*, 119, pp. 93-101.
- Torns, T. (dir). (2014), *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*, UAB, Barcelona.
- Wajcman, J. (2017), *Esclavos del tiempo. Vidas aceleradas en la era del capitalismo digital*, Paidós, Barcelona.



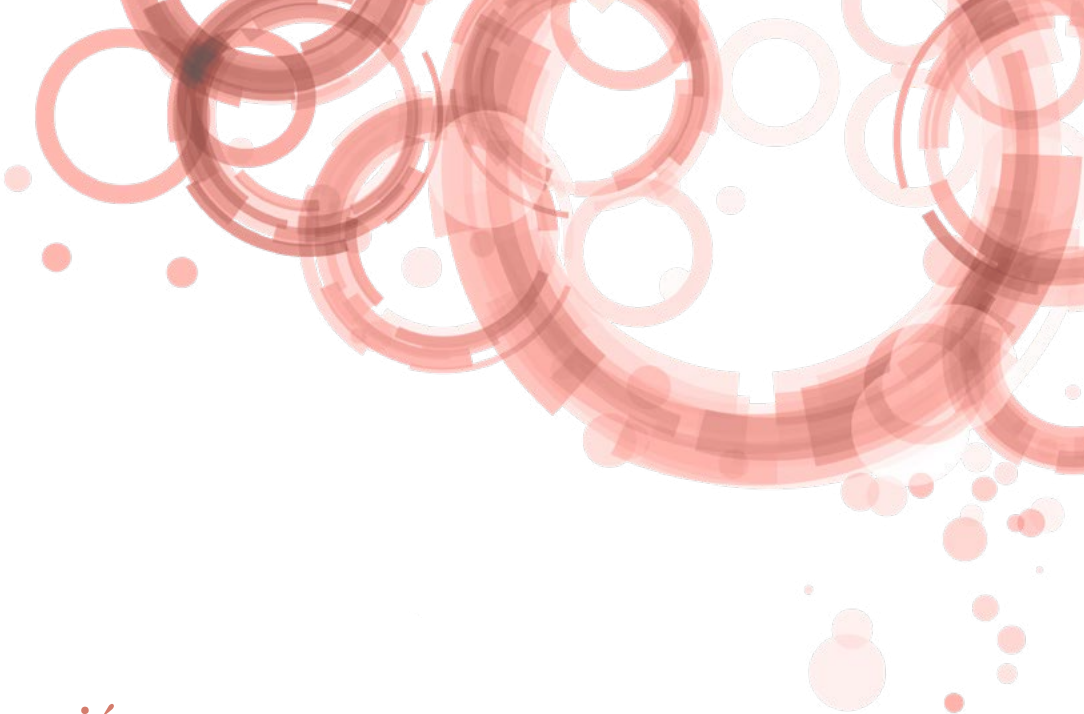


Impacto de los cuidados a personas en situación de dependencia en la salud y el bienestar de las personas cuidadoras

MAYTE SANCHO Y ELENA DEL BARRIO

Índice

1. Introducción	65
2. Cuidados, salud y bienestar	66
3. Impacto del cuidado sobre la salud y el bienestar de las personas que lo realizan en Euskadi	67
4. Propuestas y recomendaciones para la acción	71
4.1. ¿Me doy permiso para pensar en mi situación?	72
4.2. ¿Cuidaré en solitario? Ejercer derechos, identificar apoyos, pedir ayuda	73
4.2.1. Ejercer derechos	73
4.2.2. Derechos de las personas cuidadoras	73
4.2.3. Informarme e identificar apoyos	74
4.2.4. Pedir ayuda en el ámbito familiar	74
4.2.5. Compartir los cuidados con profesionales	76
4.3. Cuidarme y sentirme bien	76
4.3.1. La salud física	76
a) Alimentación	72
b) Dormir	72
c) Ejercicio físico	73
4.3.2. La salud mental	77
4.4. Saber decir no	78
4.5. La culpa	78
5. A modo de conclusión	79
Referencias y fuentes	80
ANEXO 1. Guías de apoyo y orientación a personas cuidadoras	81
ANEXO 2. Recursos	83



1. Introducción

La responsabilidad sobre los cuidados en el entorno familiar y en ocasiones, más allá de este, ha sido una de las tareas adscritas históricamente a las mujeres. Actividad invisible, no remunerada, que se desarrolla en el ámbito doméstico, en la intimidad y concebida como función natural, sin reconocimiento social ni laboral, asociada a los sentimientos y los afectos, mientras que lo racional y lo público quedaría vinculado a los hombres (Comas, 2015).

Pero paulatinamente las sociedades se transforman, las familias se reducen en tamaño y crecen en número de generaciones que conviven en el mismo período de tiempo (familias verticales, Abellan, Puga, Sancho, 2006), habitan en espacios pequeños aunque en diferentes hogares (intimidad a distancia Walker, 1996), dedican la mayor parte del día a alimentar el sistema productivo, con horarios interminables y tiempos de desplazamiento a los centros de trabajo excesivos. En este contexto, las mujeres, sostenedoras de la vida doméstica y familiar, se incorporan progresivamente a la vida laboral, acercándose día a día a la deseada igualdad con los hombres en su participación en el mundo del trabajo, por lo que buena parte del día están fuera del hogar. Es a partir de estas circunstancias cuando los cuidados empiezan a salir del ámbito de la intimidad para convertirse en asunto social, de responsabilidad compartida, que debe ser asumida, al menos en parte, por los poderes públicos. En consecuencia, los cuidados empiezan a situarse en el centro del debate de las políticas públicas, reclamando generación de conocimiento sobre este asunto multidimensional, crucial en la vida de las personas y en el sostenimiento de la sociedad que vivimos.

La conocida como revolución de la longevidad esta presidida por un aumento incesante de la esperanza de vida, pero también un incremento de la necesidad de cuidados en la última etapa de la vida que evoluciona a situaciones de gran complejidad y que se dilatan en el tiempo de manera no prevista. No todos los cuidados son iguales ni tienen la misma representación social (Saitua y Sarasola, 1993:27). Es distinto, emocional y vitalmente, el cuidado de la infancia y de la adolescencia o el cuidado de una persona anciana, que «nos enfrenta a la finitud de la vida, a la decrepitud y a la muerte. Como diferente es cuidar a una persona anciana sana que se vale por sí misma o a otra que depende absolutamente de los demás, contar con recursos materiales y/o humanos o carecer de ambos» (*ibidem*).

La responsabilidad del cuidado constituye un ámbito ampliamente discutido en el marco del envejecimiento de la población, con profundas implicaciones tanto para las políticas sociales como para la vida cotidiana de las personas. Autoras como M. Daly y J. Lewis (en Martín Palomo, 2009) señalan que los cuidados presentan la especificidad de encontrarse en un territorio transfronterizo entre la familia, el Estado, el mercado y la sociedad civil; con distintas modalidades de relación social, sea esta voluntaria, remunerada o familiar; y, además, atraviesan la escisión entre lo profesional y lo no profesional, así como las separaciones o relaciones entre público, privado y doméstico. Pero al menos, hasta ahora, «el conjunto de las familias constituye un sector de prestación de servicios de salud que supera con creces el volumen de trabajo a todas las restantes instituciones sanitarias» (Durán, 2018).

Asimismo, en los últimos años se constata el avance de un enfoque más amplio de carácter poblacional en torno a los cuidados, que toma fuerza progresivamente desde los planteamientos comunitarios que reclaman territorios y ciudades de los cuidados (Madrid Salud, 2016) como elemento troncal en la sostenibilidad de la vida y la construcción de sociedades equilibradas, humanizadas, igualitarias. En definitiva, estos planteamientos, sin abandonar en ningún momento la demanda de un sistema de protección social responsable que dé respuesta a las necesidades de apoyos de las personas que necesitan ayuda, amplían la responsabilidad y socialización de las múltiples tareas que actualmente genera el cuidado en todos los ámbitos implicados, con especial atención a los entornos cercanos en los que reaparecen con cierta fuerza los movimientos comunitarios colaborativos y de ayuda mutua (Solís, Buján y Paredes Chauca, 2018). De alguna forma, estos posicionamientos dan solidez a la investigación y también a la tendencia social que promueve el efecto positivo del cuidado en las personas que lo realizan: responsabilidad, reciprocidad, transmisión de valores, afecto, crecimiento personal, sentido de la vida, etc. (Agulló, 2002; Pessoa de Oliveira y Lima Caldana, 2012). El concepto de interdependencia en los cuidados (Prieto, 2016, Martín Palomo, 2016) como asunto intrínseco a la relación que preside la cotidianeidad de personas que cuidan y reciben cuidados complementa este tipo de análisis.

2. Cuidados, salud y bienestar

La mayor parte de las investigaciones sobre el impacto del cuidado en la salud de las personas cuidadoras destacan el deterioro de la salud física y mental que produce, siendo más evidente el efecto negativo en la faceta emocional y psicológica. Las consecuencias del cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras son fundamentalmente depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés. La clase social, el apoyo social funcional y la edad son variables asociadas a un peor estado de salud mental cuando estos apoyos van dirigidos a personas mayores en situación de dependencia, aunque la intensidad de cuidados traducida en horas parece que se identifica como el indicador de mayor peso (Vlachantoni, Robards, Falkingham y Evandrou, 2016). En los casos de cuidados a menores la situación es bastante diferente.

En definitiva, el efecto del número de horas de cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras está mediado por el tipo de persona que necesita ayuda y por el sexo de la persona cuidadora. Tam-

bién por aspectos como la existencia o no de apoyo social como elemento protector que se ve muy reducido cuando la intensidad en tiempo de cuidado es importante.

La investigación sobre el impacto del cuidado en la salud de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres, es muy amplia en la actualidad. Las repercusiones de carácter psicológico se manifiestan de diferentes maneras (Zarit y Edwards, 2008). Aunque el efecto identificado con mayor frecuencia es el conocido como *burnout* o sobrecarga de la persona cuidadora que genera reacciones adversas en su vida desde una perspectiva multidimensional (Casado y Sacco, 2012; Gratão *et al.*, 2012): aislamiento social, peor salud mental, emocional y física (Pinquart y Sorensen, 2003; Nardi *et al.*, 2012, Pickard, 2015). El impacto entre hombres y mujeres es desigual (García Calvente *et al.*, 2011; Larrañaga *et al.*, 2008). Asimismo, en la *generación sándwich* el conflicto de roles y las dificultades en el desarrollo de la actividad laboral aflora con frecuencia en este ámbito de estudio (Hoffman y Rodrigues, 2010; Salgueiro y López, 2010; Imsero, 2011).

Todo ello sin olvidar que los determinantes sociales y estructurales modulan intensamente las consecuencias del cuidado: situación económica, nivel socioeducativo, redes de apoyo familiar y social... En definitiva, la desigualdad una vez más aparece como factor que determina el impacto del cuidado en el bienestar de las personas (Durán, 1999 y 2018).

3. Impacto del cuidado sobre la salud y el bienestar de las personas que lo realizan en Euskadi

Según los datos de la Encuesta de Necesidades Sociales de 2018 (ENS 2018, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2019) se contabilizaban en Euskadi 109 677 personas en situación de dependencia especial, es decir, personas que necesitan cuidados. Esta cifra supone que el 5,1 % de la población tiene problemas de dependencia puntual o continuada de terceras personas para el desarrollo de al menos alguna actividad de la vida diaria (incluida la necesidad de apoyo especial en la escuela y/o el trabajo). Estos datos son similares a los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud del País Vasco para ese mismo año (ESCAVP 2018) (Martín, 2019) con un 5,0 % de personas que necesitan el cuidado de otra para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Siguiendo con los resultados de la ENS 2018, la cifra de población con necesidad de cuidados es diferente según sexo. En hombres el dato es del 3,8 %, mientras que en las mujeres asciende al 6,3 % de los casos. La cohorte de edad con mayor porcentaje de población en esta situación es la de 75 y más años, con un 30,5 % de personas en esa situación de necesidad de cuidados.

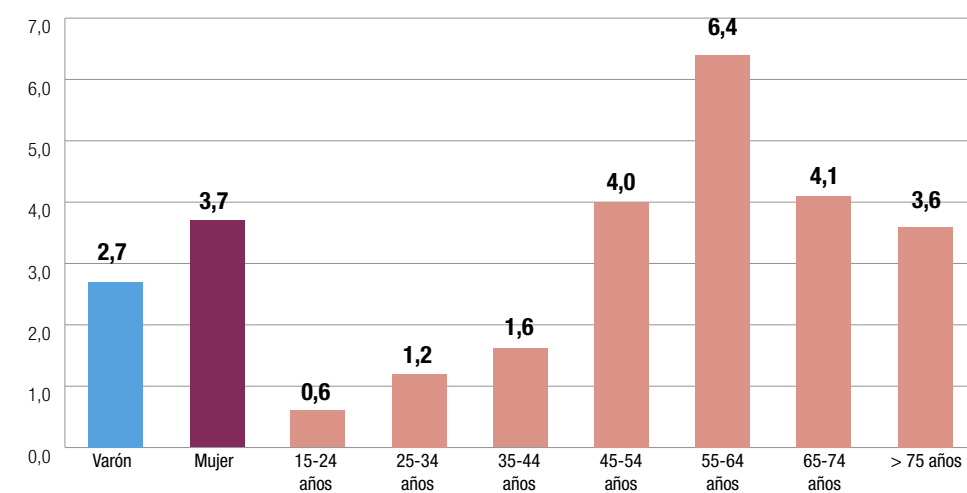
Las cifras de la ESCAVP 2018 muestran, además, que en la mayoría de las situaciones la persona que presta cuidados es un/a familiar con quien convive, sobre todo cuando el cuidado prestado es hacia los hombres. Los datos reflejan que un 73,2 % de hombres es cuidado por un familiar de su propio hogar, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje desciende al 57,3 %. Las disparidades

en las cifras entre hombres y mujeres se observan principalmente con el avance de la edad. De tal manera que los hombres de 75 y más años son cuidados por algún familiar con quien convive en el 66,1 % de los casos, mientras que la cifra de las mujeres en la misma situación se reduce al 49,0 %. Una de las principales causas de esta situación es la mayor supervivencia de ellas; las mujeres cuidan de sus esposos cuando tienen necesidades de apoyo y atención, pero se encuentran en situación de viudez cuando ellas necesitan estos cuidados. Es en este escenario cuando otros familiares, con quienes no conviven, cobran mayor protagonismo (46,2 %), normalmente las hijas.

En el caso de población que presta cuidados, se contabilizan en Euskadi a 60 414 personas que realizan estas tareas (ENS 2018). Es decir, un 3,3 % de la población de 15 y más años. Una vez más, predominan las mujeres (3,7 %) frente a los hombres (2,7 %). En las cohortes de edad destaca el grupo entre 55 a 64 años donde se encuentran 20 294 personas cuidadoras, con una incidencia del 6,4 %. El 88,8 % de estas personas no presenta problemas acuciantes de precariedad, aunque en la evolución de estos últimos años cabe destacar el aumento de la proporción de personas cuidadoras de otra nacionalidad y pertenecientes a hogares en situación de privación, desempleo o inactividad. Este perfil está muy relacionado con la personas cuidadoras empleadas de hogar (Tabla 1).

GRÁFICO 1.

Población cuidadora de 15 o más años por sexo y edad, 2018



Fuente: EDSS-ENS, 2018. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE. Elaboración propia.

En esta encuesta se analizan, además, algunos de los impactos del cuidado en la vida de las personas que asumen estas tareas. De esta forma se observa que el 22,6 % de las personas que cuidan han tenido que realizar algún tipo de renuncia educativa o laboral. En el ámbito laboral en concreto, un 14,0 % de personas declara haber renunciado a su trabajo y un 8,4 % ha decidido trabajar menos tiempo. Se identifican porcentajes más elevados cuando se pregunta por las renunciaciones en la vida social, en las que un 68,2 % de personas cuidadoras declara haber tenido alguna renuncia en esta faceta de su vida.

(un 24,4 % con una renuncia completa y un 43,8 % que ha tenido menor tiempo disponible para estos asuntos). Asimismo, un 57,6 % declara tener tensiones en la vida familiar (18,5 % tensiones importantes; 39,1 % tensiones pequeñas).

Según los datos de la Encuesta de Salud correspondientes al año 2013 (Mosquera, Martín y Larrañaga, 2018) en el análisis del impacto del cuidado sobre la salud y el bienestar destaca el resultado del impacto en el estado de salud subjetivo, de tal forma que las personas cuidadoras declaran un peor estado de salud percibido que las que no realizan estas tareas. Además, obtienen peores resultados las personas que cuidan dentro del hogar, frente a las que cuidan fuera, y las mujeres, frente a los hombres, con lo que las mujeres cuidadoras tienen un 30 % más de probabilidad de declarar mala salud que las que no cuidan. La intensidad del cuidado es otra variable que incide en el estado de salud percibido, siendo las personas que cuidan con mayor intensidad aquellas que perciben un peor estado de salud. Esta situación se agrava en las mujeres que cuidan en el hogar con alta intensidad siendo más propensas a percibir una salud en malas condiciones.

Otros resultados destacados del informe de Mosquera *et al.* (2018) sobre el impacto de los cuidados en la salud hacen referencia a la salud mental de las personas que cuidan. Según este estudio, un tercio de las personas cuidadoras en el hogar presentan síntomas de depresión y/o ansiedad, cifras más elevadas en comparación con la población no cuidadora. Entre las mujeres la probabilidad de presencia de estos síntomas se eleva casi el 50 % si realizan tareas de cuidado en el hogar en relación a las que no cuidan. Ellas, además, tienen estilos de vida más sedentarios cuando se dedican a los cuidados, presentando un 30 % más de probabilidad de realizar muy poco o ningún ejercicio físico.

En el caso de los hombres, un dato a destacar es que aquellos que son cuidadores en su hogar de una persona dependiente tienen menos apoyo social que aquellos que no realizan estas tareas de cuidado. Lo que podría reflejar que los hombres que cuidan de sus esposas detentan una red de apoyo debilitada, pudiendo ser tanto causa como consecuencia de este cuidado. En este sentido, los hombres que cuidan a diario tienen doble probabilidad de tener una red de apoyo social baja, frente a los que no cuidan. Entre las mujeres, sin embargo, cuidar no parece incidir en la red de apoyo de la que disponen. Otro factor explicativo del menor apoyo social entre hombres cuidadores reside en la existencia de sentimientos de ambivalencia o culpa en relación a la petición de ayuda, que podrían derivarse de experiencias previas negativas o de la escasa información de la que disponen en cuanto a los recursos y servicios disponibles (Greenwood y Smith, 2015, en Mosquera *et al.*, 2018).

Asimismo, es imprescindible destacar algunos resultados del proyecto CUIDAR-SE (estudio de seguimiento de la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres cuidadores en Andalucía y País Vasco), fruto de la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. En este estudio se han obtenido resultados importantes en relación a las consecuencias atribuibles al cuidado como son el cansancio, el consumo de medicamentos o la sobrecarga, sobre todo en las mujeres (Mosquera, Larrañaga, Del Río, Calderón, Machón y García-Calvente, 2019).

Algunos estudios identifican que los efectos más acusados entre las mujeres podrían relacionarse con la asignación de distintos roles en el cuidado y con el modo de afrontarlos. En este sentido, el estudio cualitativo realizado por Larrañaga *et al.*, (2009) relata cómo la actividad de cuidar en las mujeres es una extensión de su rol de ama de casa y forma parte de su función de madre, hija o esposa. Este cuidado se naturaliza en las mujeres desde la persistencia de los roles de género. Las consecuencias del

cuidado en la salud de las cuidadoras se manifiestan en forma de desgaste físico y cansancio que se traduce en estados anímicos asociados a la tristeza, la depresión y la desesperanza, además de una carencia de tiempo propio (Larrañaga *et al.*, 2009). Cuidar es un factor que influye directamente en la salud y sus desigualdades (Mosquera, 2017). En repetidas ocasiones se alude a que cuidar a otras personas supone dejar de cuidarse a sí mismo/a, y uno de los efectos más descritos es la sobrecarga (Mosquera, 2017).

No podemos finalizar esta breve revisión sin señalar la faceta relacionada con los beneficios y satisfacción que también generan los cuidados en las personas que los asumen. En los estudios en los que se pregunta a las personas cuidadoras de igual manera entre los beneficios y problemas que les supone cuidar, se identifica una elevada proporción de respuestas que aluden a los beneficios emocionales, como pueden ser el sentimiento de utilidad, reciprocidad y satisfacción que declara un 84,1 %, frente al 40,5 % que manifiesta malestares y problemas que le afectan en su estado de ánimo (Del Barrio y Sancho, 2016). En coherencia con otros estudios ya citados, los problemas, una vez más, superan a los beneficios en la esfera del tiempo libre, ya que el 50,9 % declaran que el cuidado les genera dificultades en el espacio destinado al ocio, al reducirse su tiempo de disfrute, mientras que el 33,6 % manifiestan que cuidar les ofrece beneficios en este sentido, ya que pueden realizar actividades de ocio con la persona a la que cuidan, compartir aficiones, etc. (Del Barrio y Sancho, 2016).

En definitiva, el impacto del cuidado en la salud de las personas cuidadoras tiene una importante faceta negativa para las mujeres en Euskadi, en coherencia con los resultados de otros territorios de ámbito nacional e internacional. Cuando han de asumir estas tareas, añadidas a todos los roles tradicionalmente asignados, las mujeres dejan de cuidarse a sí mismas, con lo que se exponen a riesgos importantes en su itinerario vital. Pobreza, educación, vivienda, y otros determinantes de la desigualdad entre las personas aparecen como factores importantes en la mayor incidencia de estas consecuencias.

Pero cuidar no puede limitarse al estudio de la acción de una persona; los cuidados son un ecosistema cuyos equilibrios se sostienen sobre las relaciones mantenidas entre todas las partes la persona cuidadora y la persona que recibe esos cuidados. Diversos autores reclaman evidenciar una relación de interdependencia (Prieto, 2016; Martín-Palomo, 2016) ya que en las relaciones de cuidado «siempre hay al menos una persona dependiente y dos sin plena autonomía» (Prieto, 2016). En este sentido, el cuidado afecta a todo un entorno, y estructura la experiencia cotidiana de ambas partes. Siguiendo a Prieto (2016), una de las consecuencias de este cuidado es la pérdida de libertad que afecta tanto a la persona cuidadora como a la receptora de estos cuidados. Ambas personas se encuentran en una situación de limitación para la realización de un proyecto de vida, lo que supone frustración y un peor estado de ánimo. Este autor analiza también cómo esta situación se estructura como experiencia totalizadora compartida en la que ambas personas pueden sufrir el efecto de la despersonalización, donde tanto persona cuidadora como cuidada pierden su identidad en pos del rol que les superpone la relación del cuidado. En este sentido, no resulta posible llevar a cabo intervenciones eficientes sin tener en cuenta la incidencia que estas tendrán sobre cada una de las personas que forman parte de la ecuación (Prieto, 2016). Por lo que cualquier intervención en este sentido debe estar diseñada teniendo en cuenta la relación de interdependencia intrínseca en los cuidados.

4. **Propuestas y recomendaciones para la acción**

«El éxito en el cuidado depende del grado en que sus cuidadores y cuidadoras cuiden de sí mismos y mismas, y concedan tiempo y atención suficientes a sus necesidades personales» (Guía para el cuidado familiar. Gobierno Vasco, 2018).

Una vez analizada la situación de contexto, compartimos un conjunto de propuestas, a modo de recomendaciones, que pueden promover el bienestar de las personas que cuidan, circunscribiéndonos al ámbito de la salud, aunque teniendo en cuenta la perspectiva holística de esta dimensión en la vida de las personas. Siguiendo la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1947, la salud se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1947). Aunque este concepto de la salud ha sido calificado como demasiado ambicioso, se ha aceptado universalmente precisamente porque trasciende los límites de la salud individual y parcializada y se acerca a la mirada poblacional, como es el amplio grupo constituido por las personas que cuidan de otras.

En las siguientes páginas se abordan algunos aspectos relevantes que la evidencia científica destaca como importantes para la salud de las personas cuidadoras. Muchos otros, que no se incluyen aquí, aparecen estudiados y con propuestas para la acción en un conjunto de materiales didácticos en formato guías, audiovisuales o folletos que, algunos de ellos, se recogen en el Anexo 1. Asuntos como la formación, la organización de los cuidados, las posibles modificaciones en la casa para poder cuidar mejor, el papel del entorno cercano y, sobre todo, las propuestas mucho más específicas para evitar malestares, frustraciones y cargas excesivas se pueden encontrar en estas y otras guías de orientación.

En cuanto a los recursos disponibles procedentes sobre todo desde las Administraciones públicas y la iniciativa social con o sin fin de lucro, se recogen aquellos que están vigentes en Euskadi actualmente, en el Anexo 2.

Antes de entrar en los aspectos que pueden proteger nuestra salud frente a las consecuencias que generan los cuidados intensos, es importante reiterar una vez más la importancia de las facetas positivas que entraña el cuidado para las personas y que ha sido puesto de manifiesto en la revisión realizada. Cuidar a una persona con la que nos une una relación de afecto puede ser vivido como una oportunidad única para conocer, expresar y compartir momentos a veces difíciles y otros de gran intensidad emocional. La aplicación del principio de reciprocidad en su vertiente más cercana es una fuente de bienestar para las personas, al igual que el sentimiento de «deber cumplido» que tanta tranquilidad nos reporta cuando la relación de cuidado finaliza. Muchos cuidadores y cuidadoras manifiestan haber «crecido» como persona a través de las situaciones asociadas al cuidado, ayudándoles a identificar facetas personales que no afloran si estas situaciones no se producen.

Esa valoración en positivo del cuidado, que además es la esencia de nuestra existencia como seres sociales y garantiza la sostenibilidad de la vida, es compatible necesariamente con la presencia de otros cuidados y apoyos profesionales, además de los procedentes de los ámbitos comunitarios, vecinales, de amistad o voluntarios. Entre otras cosas, porque en ocasiones el modelo tradicional de reciprocidad familiar genera un escenario conflictivo, cargado de expectativas irrealizables, no siempre

directamente expresadas, ante unas condiciones materiales escasas que suscitan el aislamiento y el malestar de quienes se involucran en ellas.

En el mundo del cuidado ya sabemos que nadie sobra y que siempre necesitamos más tiempo y más manos para colaborar. Sirva esto como premisa para afrontar un conjunto de ideas, comentarios e información de recursos para poder cuidar bien y sentirnos mejor.

4.1. ¿Me doy permiso para pensar en mi situación?

La enorme potencia cultural, moral y religiosa del entorno social que vivimos nos impide, de manera implícita, pensar en nuestra capacidad de decisión sobre la obligación de cuidar. Curiosamente, se utiliza este término de manera categórica, holística, englobando situaciones muy diferentes bajo el mismo concepto. Pero, como hemos señalado en la primera parte, no es lo mismo el cuidado de niños y niñas que va asociado directamente a la temporalidad, el crecimiento y el proyecto de vida, que el de personas mayores en situación de dependencia muy grave, especialmente aquellas que padecen una demencia que les acerca a la desconexión con el entorno, al final de vida. Partiendo de la dignidad del cuidado a cualquiera de ellas y del reconocimiento del principio de reciprocidad, este segundo escenario complejiza muchísimo la situación de la persona cuidadora: en tiempo de dedicación, en implicación emocional y estado de ánimo, en esfuerzo físico, disposición de habilidades y competencias para cuidar, etc. Todo ello, dando por supuesto que la relación mantenida con la persona que cuidamos ha sido positiva y con un saldo afectivo importante en nuestras vidas. Pero esto no siempre ha sido así. La complejidad de las relaciones en el entorno familiar, muy especialmente para generaciones de mujeres que han tenido que construir su proyecto de vida en contra de los deseos de su familia, sometidas a imposiciones continuas que comprometían su libertad, sin duda tiene consecuencias. Por todo ello:

- ♦ Pensar libremente en el papel que me gustaría desempeñar ante una situación de cuidados a la dependencia debería ser un derecho.
- ♦ Compartir esta reflexión con mi entorno cercano sería una obligación conmigo misma/o. En mi calidad de hija/o o pareja, si hay más personas que en principio estarían implicadas en esta tarea, compartir con ellas inquietudes, ideas y decisiones es una buena manera de enfocar los cuidados que quizás vamos a realizar durante años.
- ♦ Elegir si deseo o no cuidar clarifica, al menos, mi rol en esta situación. Debería ser un derecho, pero la realidad cotidiana se impone sin pensar en muchas ocasiones los efectos perversos que genera para las personas que cuidan y para las que reciben cuidados. Es en estas situaciones cuando la relación de interdependencia que atraviesa el cuidado aparece con fuerza.

4.2. ¿Cuidaré en solitario? Ejercer derechos, identificar apoyos, pedir ayuda

La complejidad en tiempo e intensidad que actualmente conllevan las tareas de cuidado que requiere una persona en situación de dependencia sobrepasa en mucho la posibilidad y capacidad de asunción de este papel desde una sola persona.

4.2.1. Ejercer derechos

Actualmente, la existencia de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) aporta una importante novedad: el establecimiento por primera vez, en el ámbito de los servicios sociales, de un «derecho subjetivo de ciudadanía», otorgándole la categoría de derecho y no de ayuda de carácter graciable y caritativo. Esto contribuye, por tanto, a que la tarea del cuidado deje de ser un asunto estrictamente doméstico o familiar, es decir, femenino. La dependencia por fin pasa a ser una responsabilidad que la sociedad debe afrontar equitativamente y en la que tienen que implicarse todas las Administraciones públicas (Holgado, 2019). A pesar de que la aplicación de esta Ley está siendo muy deficiente, no olvidemos esto: es un *derecho* de las personas. Las cuidadoras no deberían sentirse culpables por «no llegar a todo». Los poderes públicos tienen responsabilidad en el cuidado de las personas en situación de dependencia para garantizar, de un lado, que reciban una atención suficiente y de calidad que promueva su autonomía, y de otro, que las personas del entorno familiar en quienes recae gran parte de su atención no pierdan tampoco unas mínimas condiciones de calidad de vida en el desempeño de esta responsabilidad.

- ♦ En Euskadi hay un despliegue de recursos sociales y sanitarios que contemplan servicios dirigidos a las personas cuidadoras y que se recogen en el Anexo 2.

4.2.2. Derechos de las personas cuidadoras

En ámbitos internacionales, nacionales, territoriales y locales existen bastantes posicionamientos en relación a los derechos de las personas cuidadoras. Por su pertinencia, compartimos los difundidos por el Gobierno Vasco (2008) en el documento *Cuidando en Casa. Guía para el cuidado familiar*:

- ♦ El derecho a dedicar tiempo y actividades a nosotros y nosotras mismas sin sentimientos de culpa.
- ♦ El derecho a experimentar sentimientos negativos por ver o estar perdiendo a la persona enferma.
- ♦ El derecho a resolver de forma autónoma aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre aquello que no comprendamos.

- ♦ El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a nuestras necesidades y a las de nuestros seres queridos. El derecho a que nos traten con respeto aquellos a quienes solicitamos consejo y ayuda.
- ♦ El derecho a cometer errores y ser disculpados y disculpadas por ello.
- ♦ El derecho a que se nos reconozca como integrantes valiosas y fundamentales de nuestra familia, incluso cuando nuestros puntos de vista sean distintos.
- ♦ El derecho a querernos a nosotros y nosotras mismas y a admitir que hacemos lo que es humanamente posible.
- ♦ El derecho a aprender y a disponer del tiempo necesario para ello.
- ♦ El derecho a admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.
- ♦ El derecho a decir «no» ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- ♦ El derecho a continuar con nuestra vida.

4.2.3. *Informarme e identificar apoyos*

Se han realizado varios estudios comparativos en Europa sobre el uso de recursos por parte de las personas cuidadoras y su relación con las posibilidades de acceso a la información sobre los mismos. En casi todos los países estudiados se observan carencias en la transmisión de la información y en los planes de comunicación de los diferentes organismos responsables (Willemse, Anthierens, Farnan-Portet, Schmitz, Macq, Bastiaens..., y Remmen, 2016). La falta de coordinación dificulta mucho la comprensión de sus derechos a las cuidadoras y resta eficacia al esfuerzo que realizan las instituciones por difundirlos y llegar donde son necesarios. Es urgente aunar esfuerzos para mejorar la eterna asignatura pendiente de que la información llegue a las personas que más lo necesitan y siempre se quedan excluidas por desconocimiento de su existencia.

Por otra parte, la diversidad de situaciones de las personas cuidadoras y cuidadas exige un enfoque personalizado para que las acciones de apoyo realmente den respuesta a las necesidades de ambas. La evidencia demuestra que el contacto personal entre cuidadoras y profesionales, a ser posible en el domicilio y coordinado desde la figura profesional de la gestora del caso, genera bienestar y percepción de atención personalizada, además de una respuesta ajustada a la situación que se está viviendo en el domicilio. *Ponerse en el lugar* de la otra persona (Prieto, 2016) es la mejor vía para garantizar un apoyo eficaz a quienes cuidan.

4.2.4. *Pedir ayuda en el ámbito familiar*

Los roles asignados en la relación de cuidado en el ámbito familiar, además de «señalar» históricamente a las mujeres, ostentan reglas implícitas que solo tímidamente se empiezan a revisar: cuidan mujeres, si hay solteras en la familia, ellas primero; los hombres ayudan en el mundo de lo relaciona-

do con las actividades instrumentales y extradomésticas (bancos, gestiones...) y, sobre todo, existe una presión muy fuerte sobre las hijas, que parte de la supuesta «naturalidad casi genética», de su sacrificio y renuncia para que asuman el cuidado de sus familiares mayores.

Pero las sociedades evolucionan y las condiciones en las que se produce el cuidado también. Ha llegado el momento de distribuir las tareas cotidianas y de ir revisando los roles de cada integrante de la familia para que todos y todas podamos vivir mejor. Por otra parte, pedir ayuda es un indicador de buen cuidado, de madurez. Nunca una señal de debilidad.

Por lo tanto, si eres una persona cuidadora:

1. Valora cuántas personas de tu entorno podrían participar en las tareas de cuidado.
2. Si no hay una razón clara, no excluyas a las más jóvenes, que suelen quedar al margen del reparto de tareas. Además de la importancia de su colaboración para la persona que recibe cuidados, para ellas y ellos es una oportunidad de dar valor al cuidado, a la reciprocidad y al afecto, especialmente si la persona cuidada es su abuelo o abuela. El día es largo y la necesidad de acompañamiento que no requiere destrezas especiales es casi continua.
3. Elige la mejor forma de plantear la necesidad de colaboración y el reparto de las tareas que conlleva. Puede ser individualmente o en reunión familiar. En todo caso, evita el reproche y el enfado. Y si has identificado antes los momentos y las tareas que necesitas distribuir, mucho mejor.
4. No olvides que cuidar significa afrontar situaciones cambiantes, a veces muy complejas, por lo que transmitir la idea de participación en este proceso «en construcción continua» es más realista y evita sorpresas en su evolución.
5. Una vez expresadas con claridad las necesidades, es buena idea tener en cuenta las habilidades, preferencias y también limitaciones de las personas con las que has de compartir las tareas de cuidado. Se trata de que, en la medida de lo posible, todas las personas implicadas se encuentren a gusto en esa tarea.
6. Las preferencias de la persona que recibe atenciones son esenciales. En ocasiones habrá que trabajar con ella las limitaciones en cuanto a la elección de quien le cuida, que suele estar focalizada en la cuidadora principal. Es un proceso de acomodación complejo, pero necesario. Una vez más, la relación de interdependencia debe de garantizar el equilibrio y la justicia en la asignación de tareas.
7. Comparte la preocupación que suele generar la frecuente imposibilidad de armonizar al 100 % los momentos de necesidad y los de atención y apoyo. Algunos están rutinizados, como suele suceder con la higiene y las comidas, pero siempre surgen situaciones impredecibles a las que a veces no se puede responder en el momento preciso en el que surge la necesidad.
8. Valora y reconoce las tareas que realizan los y las demás. Ya sabes que tendemos a «examinar» con ojo crítico lo que hacen otras personas de forma diferente a la nuestra. Aprende a delegar desde la confianza. Olvida el «control» sobre lo que hacen las demás.
9. Utiliza el tiempo liberado para tu cuidado y bienestar.

4.2.5. *Compartir los cuidados con profesionales*

En la actualidad, el modelo de cuidados en el domicilio más frecuente es aquel en el que, además de la familia, participan servicios sociales y, sobre todo, el sector de empleo de hogar y cuidados, que en Gipuzkoa está un poco más estructurado a través de la generalización del perfil profesional de asistente personal contemplado en la ley pero reservado a las personas con diversidad funcional. La experiencia guipuzcoana se valora muy positivamente.

No es fácil compartir cuidados con una persona empleada para este fin y mucho menos delegar desde la confianza. Pero no solo es posible, sino imprescindible en la mayoría de los casos. Necesitamos hacer un esfuerzo de comunicación para que las personas que asumen el cuidado estén en sintonía, distribuyan tareas y, sobre todo, transmitan mensajes coherentes a la persona que cuidan. Es ella la que más necesita percibir coherencia, estabilidad y solidez en los cuidados que recibe.

Si desde los servicios sociales, existe la figura de gestora/coordinadora del caso, este perfil profesional puede asumir el papel de acompañamiento, coordinación y orientación tanto en los cuidados concretos como en las diferencias que pueden surgir en la relación de todas las personas implicadas en el caso.

4.3. **Cuidarme y sentirme bien**

En la tarea de cuidar es frecuente que descuidemos actividades y sobre todo hábitos que son básicos para recuperarnos del cansancio y de las tensiones del día a día. Las personas cuidadoras que mejor se sienten son las que mantienen unos hábitos de vida saludables, que fomentan su salud física, psicológica y sus relaciones con el entorno. Y que comparten las tareas de cuidado, claro.

4.3.1. *La salud física*

Los problemas de salud relacionados con la actividad de cuidado suelen aflorar con señales de alarma como: cansancio, falta de energía, dolor de cabeza, palpitaciones, problemas de sueño, cambios de apetito, mareos... La aparición simultánea de dos o más situaciones como estas nos invitan a consultar a nuestra médica de atención primaria de salud para buscar soluciones en la medida de lo posible.

Comentamos algunas de ellas en las que desde ahora podemos intentar intervenir:

- a) Alimentación. Abandonar el hábito de comer en las horas establecidas o dejar de cocinar para «picar algo» puede ocasionarte problemas de sobrepeso y carencias en tu estado nutricional. Disfruta de la cocina si te gusta y del tiempo de comer para desconectar y relajarte. ¡Cuídate!
- b) Dormir. Es sobradamente conocido que el descanso es fundamental para la salud de las personas. Si no puedes dormir porque la persona que cuidas tiene problemas de conducta en la noche, consulta a su médico/a. Actualmente hay soluciones eficaces para eso.

Si tú tienes problemas para conciliar el sueño, es fácil que el estrés de esta situación esté haciendo acto de presencia. Consulta también a tu médico/a. Y mantén siempre los hábitos de un sueño saludable: utilizar la cama para dormir, levantarte si no lo consigues, tomar una infusión relajante, no cenar fuerte, respetar horarios y rutinas del sueño, mantener una temperatura adecuada en la habitación, etc.

- c) Ejercicio físico. Cuando estamos cuidando a una persona en situación de dependencia, tenemos que intentar mantenernos en buena forma física y prevenir lesiones, especialmente de espalda.

El ejercicio físico, para el que nos cuesta mucho sacar tiempo, es una fuente de bienestar indispensable en estas situaciones. Además de prevenir lesiones, favorece el descanso y ayuda a controlar el estrés.

Ya sabes que no hace falta ir al gimnasio para mantener una vida saludable. Andar al aire libre es siempre una fuente de bienestar y cierta liberación. Si puedes complementar esta actividad con una tabla sencilla de ejercicios, te sentirás mejor y afrontarás los cuidados con más energía.

4.3.2. *La salud mental*

Si las consecuencias del cuidado en la salud física son importantes, no lo son menos en los aspectos emocionales y afectivos de las personas cuidadoras. La relación de interdependencia que se construye en el proceso de cuidado tiene efectos inevitables en sus protagonistas, pero quizás de manera más acusada en la persona cuidadora. Acompañar un proceso de deterioro, que en la mayoría de los casos no se recupera y que se produce en una persona con la que nos unen fuertes lazos afectivos, va a desencadenar un proceso emocional cargado de ansiedad que puede dar lugar a situaciones de depresión que requieren atención de especialistas.

Quizás lo primero que necesitamos es *entender la enfermedad* de la persona que cuidamos y sus consecuencias en su conducta: sus cambios de estado de ánimo, sus problemas de conducta (frecuentes en personas con demencia), sus actitudes a veces exigentes y otras ausentes, desvinculadas... Para ello, el médico/a o enfermero/a te pueden ayudar y explicar. También las asociaciones de afectados de determinadas enfermedades: alzhéimer, ictus, párkinson... Y muchos materiales didácticos que ayudan y orientan.

Mantener una relación fluida con los profesionales sanitarios es una medida necesaria para entender situaciones que desconocemos, pero también para poder informar de las mismas a quienes pueden intervenir y mejorar estas situaciones.

Canalizar este proceso de alteración emocional, saber identificar malestares, ansiedades y cambios de humor es un buen camino para la acción.

También existen señales de alarma para nuestra situación emocional: cambios de humor, sentimientos de tristeza, irritabilidad, problemas de memoria y concentración, sentimientos de culpa, falta de interés y tendencia al aislamiento.

Si observas dos o más señales de este tipo, es mejor consultar al médico/a, que sin duda te va a ayudar. En todo caso, lo que es evidente es que estas señales nos avisan de que algo hay que cambiar en nuestra situación. No podemos aplazar más la introducción de un giro en nuestra vida cotidiana que equilibre mejor nuestra actividad de cuidado con el mantenimiento de nuestra vida personal y social y la preservación de nuestra autonomía, libertad y dignidad.

Por ejemplo:

- ♦ No renunciar a las cosas que son importantes y significativas para ti. No pensemos en las *grandes cosas*, que quizás estén limitadas en este momento. Pero sí en las pequeñas: tomarme un café en casa o en el café de abajo en solitario, ver o hablar con mi mejor amigo/a, dar un paseo, salir el viernes con mi cuadrilla.
- ♦ Comunicarme con las personas que quiero y expresar mis sentimientos, también los negativos, las penas y, por qué no, la irritación que me genera esta situación. Así será más fácil evitar la rabia, que es mala compañera. Compartir emociones y pensamientos generará un alivio importante.
- ♦ Imponernos como obligación desconectar cada día del cuidado y dedicar un tiempo a nuestros intereses y actividades lúdicas. No perder nuestro mundo, que tanto apoyo nos puede ofrecer.
- ♦ También practicar técnicas de relajación es una buena ayuda para controlar la situación y hasta mantener el humor, tan necesario siempre.
- ♦ Aprender a poner límites en nuestra tarea de cuidado:
 - Porque a veces no es necesaria tanta protección y debo fomentar la autonomía de la persona que cuido.
 - Porque otra persona puede hacerlo.

4.4. **Saber decir no**

Pero conseguir limitar el tiempo y la intensidad de cuidado, además de la necesidad de disponer de recursos, exige *saber decir no* sin sentirnos mal por ello. No es nada fácil, pero puedes consultar las guías disponibles o pedir ayuda en las asociaciones y quizás en los servicios sociales y sanitarios. *Saber decir no* adecuadamente, más allá de la relación de cuidado es una competencia indispensable en la vida, de manera muy especial para las mujeres.

4.5. **La culpa**

¿Y qué hacemos con la culpa que tanto nos acompaña? Sabemos que el sentimiento de culpa aparece con excesiva frecuencia, especialmente entre las mujeres a lo largo de nuestra vida. Cuando estamos

en un proceso de cuidado, la experiencia nos dice que, en ocasiones, a mayor implicación y también percepción de carga y cansancio, mayor sentimiento de culpa: porque no llegamos, porque nos gustaría asumir más de lo que podemos, o porque hemos perdido «los nervios» en alguna ocasión y no hemos tratado como nos gustaría a la persona que cuidamos. También porque en la complejidad de las relaciones familiares ante el cuidado suele aparecer alguien que acude de vez en cuando y asume un papel de inspector/a sobre lo que hacemos y cómo lo realizamos. Esta conducta es frecuente entre hermanos/as y familiares que tienen una presencia puntual y no suelen asumir responsabilidad permanente en el cuidado. Es decir, «pasan lista» y generan frustración, rabia a la cuidadora principal.

Es necesario mantener nuestra capacidad de análisis y autoevaluación. Si hay razón objetiva para sentirnos culpables, es el momento de disculparnos: con quien ha recibido una conducta inadecuada por nuestra parte y con nosotros/as mismos/as, reconociendo que *nadie es perfecto* y no sucumbiendo ante la frustración, la tristeza o la autoexigencia.

Procuremos aplicarnos la máxima objetividad en este análisis y pensar si el sentimiento de culpa es verdaderamente un sentimiento objetivo, porque la mayor parte de las veces no lo es. En muchas ocasiones nos sentimos culpables sin tener razones suficientes para ello. Y sobre todo, cuando constatamos que en realidad estamos asumiendo más de lo que podemos, ha llegado el momento de pedir ayuda, como ya hemos comentado. Y olvidemos esto de «debería de haber...». Miremos al futuro aprovechando estas situaciones para reorganizar nuestro papel en el itinerario del cuidado.

5. A modo de conclusión

En este trabajo hemos intentado presentar algunas ideas prácticas respaldadas por el conocimiento académico sobre el cuidado y su impacto en la salud de las personas cuidadoras. Siempre desde el marco que define los cuidados como una relación de interdependencia con todo lo que ello implica en la vida de las personas afectadas. Muy especialmente en el ámbito emocional. Todo ello con el afán de contribuir a que todos los sectores implicados asuman su correspondiente responsabilidad en la construcción de una sociedad de los cuidados más amable con toda su ciudadanía. Sin olvidar que estamos ante decisiones políticas que construyen unas u otras sociedades. En palabras de la profesora Durán:

Las comunidades pueden asumir como objetivo la redistribución equitativa de la carga del cuidado; o, por el contrario, hacerla recaer con intensidad sobre los grupos sociales más vulnerables y con menos capacidad de ofrecer resistencia para liberar otros grupos sociales de este cometido.

No es una decisión técnica sino política. Que predomine una u otra forma de satisfacer la necesidad de cuidado dependen de los valores y la capacidad organizativa de cada uno de los agentes sociales y económicos que estructuran la sociedad española y cada una de sus comunidades autónomas (Durán, 2018).

Referencias y fuentes

- Abellán, A., Puga, D., Sancho, M. (2006). «Mayores y familia en la sociedad actual». Informe España 2006, nº 13. Fundación Encuentro.
- Agulló Tomás, M. S. (2002). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia ya la vejez*. Instituto de la Mujer.
- Casado, B., & Sacco, P. (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(3), 331-336.
- Comas, D. (2015). «Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar». *Revista de Antropología Social*, vol. 24, 2015, pp. 375-404. Universidad Complutense. Madrid.
- Del Barrio, E. y Sancho, M. (2016). Resultados encuesta sobre expectativas y preferencias en el cuidado. Obra Social «la Caixa».
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2019). Encuesta de Necesidades Sociales 2018. Módulo General. Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- Durán, M. Á. (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV.
- Durán, M. Á. (2018). *La riqueza invisible del cuidado* (Vol. 30). Universitat de València.
- Holgado, M. H. (2019). «Dependencia y derecho a los cuidados desde una perspectiva de género». *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 9(1), 46-68.
- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. D. S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). «Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos». *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(2), 304-312.
- Larrañaga, I., Valderrama, M. J., Martín, U., Begiristain, J. M., Bacigalupe, A., & Arregi, B. (2009). *Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias*. Facultad Nacional de Salud Pública, 27(1).
- Martín, U. (2019): Encuesta de Salud del País Vasco. Datos relevantes 2018. ESCAV18. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria.
- Mosquera, I. (2017). *El cuidado informal de mayores: impactos en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras* (Doctoral dissertation, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Mosquera, I., Larrañaga, I., Del Río, M., Calderón C., Machón, M., y García-Calvente, M. (2019). «Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE». *Rev Esp Salud Pública*, 93(28), e13.

- Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I. (2018): El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- Palomo, M. T. M. (2009). «El «care», un debate abierto: de las políticas de tiempos al «social care». Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia», (4), 325-355.
- Palomo, M. T. M. (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Pessoa de Oliveira, A. P., & Lima Caldana, R. H. (2012). Repercussions of care in the life of family caregivers of elderlies with Alzheimer's disease. *Saúde E Sociedade*, 21(3), 675-685.
- Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing & Society*, 35(1), 96-123.
- Prieto, D. (2016): *Los cuidados en las relaciones de dependencia*. Matia Instituto Gerontológico. Donostia-San Sebastián. Véase: <<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/los-cuidados-en-las-relaciones-de-dependencia>>
- Saitua, A., & Sarasola, M. (1993). «La insumisión. El cuidado como elección». *Geu Emakumeok*, 17, 27-29.
- Solís, C. V., Buján, R. M., & Paredes Chauca, M. (Eds.). (2018). *Cuidado, comunidad y común: Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Traficante de sueños.
- Vlachantoni, A., Robards, J., Falkingham, J., & Evandrou, M. (2016). Trajectories of informal care and health. *SSM-population health*, 2, 495-501.
- Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., ... & Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC health services research*, 16(1), 270.
- Walker, A (1996). «Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores». *Reis*: No. 73, pp. 17-42.
- Zarit, S. H., & Edwards, A. B. (2008). Family caregiving: Research and clinical intervention.

ANEXO 1. Guías de apoyo y orientación a personas cuidadoras

Existen multitud de herramientas de orientación y consejo en formatos diferentes: guías, materiales audiovisuales, folletos, infografías. Compartimos solo algunas de ellas, sin dejar de reconocer la calidad y valor que tienen otras no recogidas aquí.

- Barbier, M.; Moreno, S. y Sanz, S. (2011). *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*. Servicios Sociales Integrados. Bizkaia.
- Conselleria de Serveis Socials i Cooperació Direcció General de Dependència (2017). *Guía para familiares que cuidan a personas con Dependencia*. Disponible en: <<http://www.caib.es/govern/rest/arxiu/2937102>>
- Cruz Roja Española (2014). *La dimensión emocional de los cuidados Guía básica para la gestión de los pensamientos erróneos*. Disponible en: <www.SerCuidadora.org>
- EULEN-CEAFA (2019). *Guía Alzheimer. Comunicación y Conducta. Familiares*. Disponible en: <<https://cuidadores.unir.net/images/pdf/Gua-Alzheimer-2019-de-comunicacin-y-conducta-para-familiares-EULEN-y-CEAFA.pdf>>
- Fundación Reina Sofía (2011). *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer*. Disponible en: <<https://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimerfinal.pdf>>
- Fundación Salud y Comunidad (2019). *Guía Cuidar al que cuida*. Disponible en: <www.fsync.org/cuidarnet>
- Gobierno de Cantabria (2008). *Cuidar y cuidarte, es más fácil... Si sabes cómo*. Guía para cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.
- Gobierno Vasco (2008). *Cuidando en casa. Guía para el cuidado familiar*. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Guia%20C%20Cuidado%20familiar.pdf>
- Gobierno Vasco (2019). *Guía de autocuidado y cuidados básicos para personas cuidadoras*. Programa de Teleasistencia como Apoyo a la Persona Cuidadora (PTAC). Betion. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/sociosanitario//contenidos/documentacion/doc_sosa_betion_guiaautocuidad/es_def/index.shtml>
- López J, Crespo, M. (2008). *Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar Cómo mantener su bienestar*. IMSERSO.
- Rodríguez, P. R.; Veiga, P. D.; Rodríguez, T. M., & García-Mendoza, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien: guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud y Bienestar social (2013). *Guías de autoayuda. Aprender a relajarse*. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/23_guia_relajarse.pdf>
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2013). *Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes*.

ANEXO 2. Recursos

Se recoge a continuación solo la información básica de normativa, programas públicos y algunas asociaciones de familiares en el ámbito de la vejez, conscientes de la existencia de muchas más entidades y normativa que pueden ser útiles:

Asociación alavesa de familiares y amigos y personas con Alzheimer u otras *demencias*. <http://www.afaraba.org/>

Asociación de familiares amigos y personas con Alzheimer u otras demencias de Gipuzkoa. <http://afagi.eus/es/>

Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer Bizkaia. <https://www.afa-bizkaia.com>

Asociación de familias cuidadoras y personas dependientes. ASCUDEAN. <http://www.ascudean.es/acerca-de-ascudean/>

Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 192/2018, de 26 de diciembre, por el que se regula el estatuto de las personas cuidadoras y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/634955-d-foral-192-2018-de-26-dic-bizkaia-estatuto-de-las-personas-cuidadoras-y.html

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.euskadi.eus/ley-dependencia/web01-a2gizar/es/>

Programa Sendian. Apoyo a personas cuidadoras. Diputación Foral de Guipúzcoa. <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/servicios/programas-y-servicios>

Programa ZainduzAraba de la Diputación Foral de Álava. https://web.araba.eus/es/inicio/detalle-tramites/-/asset_publisher/VprrmVMlpj6w/content/beneficios-para-las-personas-cuidadoras

Programas de apoyo a la persona cuidadora. Diputación Foral de Bizkaia https://www.bizkaia.eus/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=11121&idioma=CA&dpto_biz=3&codpath_biz=3%7C7728%7C7734%7C11117%7C11121

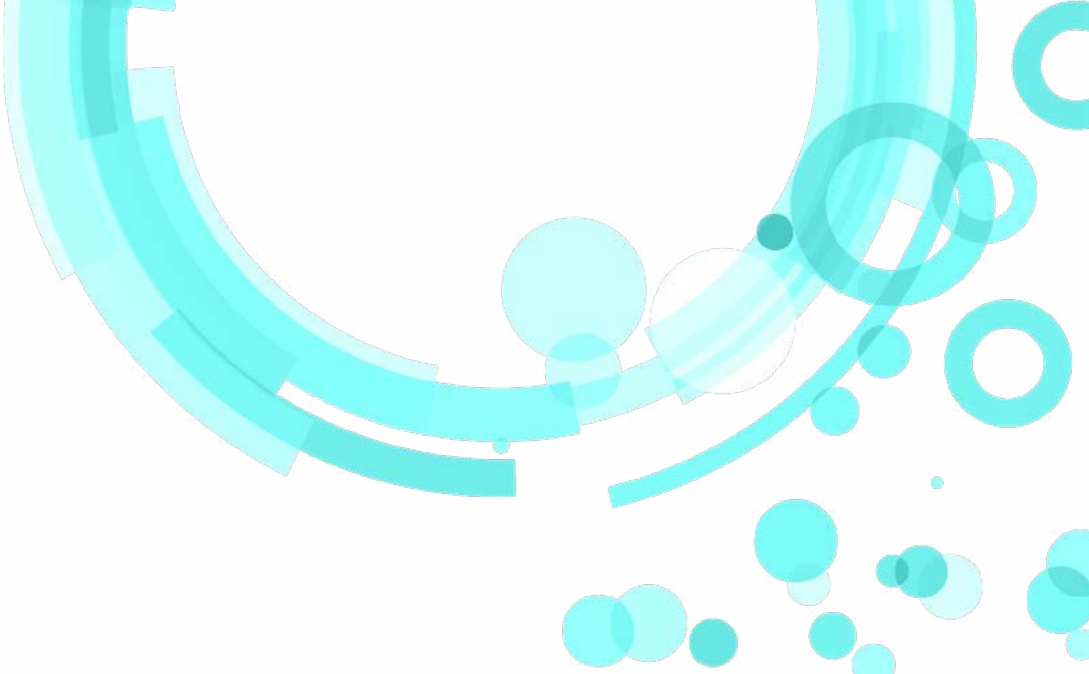
Servicios sociales y dependencia. Gobierno vasco. https://www.euskadi.eus/servicios-sociales-dependencia-riesgo-de-dependencia/web01-a2gizar/es/#id_2



The background of the cover is a solid teal color. In the upper left corner, there is a faint, stylized graphic of interlocking gears or concentric circles in a slightly darker shade of teal. The main title is centered in the lower half of the page, written in a white, serif font. The title is split into three lines: 'Distribución del tiempo', 'de trabajo doméstico y de', and 'cuidados en la CAE:'. Below this, the subtitle 'una mirada longitudinal (1993-2018)' is also centered and written in the same white, serif font.

Distribución del tiempo de trabajo doméstico y de cuidados en la CAE: una mirada longitudinal (1993-2018)

MATXALEN LEGARRETA IZA



1. Introducción

El presente texto tiene como objetivo analizar el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados en la comunidad autónoma de Euskadi (cae), desde una mirada longitudinal. La pregunta principal que se pretende responder es la siguiente: ¿cómo ha evolucionado la implicación por género en el trabajo doméstico y el cuidado en el contexto vasco? Unido a ello, se procura identificar los avances y los límites que presentan los datos en relación a una distribución equitativa, de cara a ofrecer algunas recomendaciones para el diseño de políticas públicas y acciones encaminadas a lograr una mayor corresponsabilidad.

Con tal finalidad, se estudian los datos producidos por la encuesta de presupuestos de tiempo llevada a cabo por el Eustat (instituto vasco de estadística), de forma quinquenal, entre 1993 y 2018¹. Eustat es pionera en este campo a nivel internacional, pues no son numerosos los organismos que desarrollan este tipo de estadísticas desde hace más de 25 años y con tal periodicidad. Cabe recordar que el ine (instituto nacional de estadística) elabora su primera encuesta de empleo del tiempo a nivel estatal en 2002-03 y la segunda, en 2009-10 pero que, hoy por hoy, no se ha hecho pública todavía la fecha de una tercera edición. Además, desde 2003, Eustat forma parte del proceso de armonización metodológica que lidera Eurostat (oficina europea de estadística), por lo que sus datos son comparables con los de otros países europeos (Eustat, 2006a).

Para llevar a cabo el análisis se toma en consideración principalmente el tiempo medio social de las actividades, aunque en ocasiones se hará referencia también a la tasa de participación y al tiempo medio por participante. Concretamente, la tasa de participación es el porcentaje de personas que realiza cada actividad y el tiempo medio por participante el tiempo que emplea en una actividad concreta la población que efectivamente la lleva a cabo. El tiempo medio social, por su parte, es el

¹ La encuesta se realiza a una muestra de alrededor de 5000 personas de 16 y más años entre 1993-1998 y de 10 y más años entre 2003-2018 (Eustat, 2006a). Los datos a los que se hace referencia en el texto corresponden, en todos los casos, a población de 16 y más años.

promedio de tiempo que dedica el conjunto de la población a una actividad concreta, independientemente de que la realice o no. Constituye una medida abstracta que no describe la vida cotidiana a nivel individual, pero que resulta un indicador apropiado del uso del tiempo a nivel agregado porque permite realizar comparaciones entre diferentes actividades y grupos de población. Por esta razón es la que se ha utilizado mayormente en el análisis de los datos.

El texto se divide en cuatro grandes apartados. El primero estudia la distribución general del tiempo diario y sus desigualdades por género. El segundo centra la atención en el reparto de la carga global de trabajo a nivel social y entre mujeres y hombres. El tercero profundiza en el tiempo destinado al trabajo doméstico y al cuidado. El cuarto y último, ofrece algunas reflexiones metodológicas sobre las encuestas de presupuestos de tiempo, al tiempo que aporta recomendaciones para el diseño de políticas públicas y acciones para avanzar hacia la igualdad entre mujeres y hombres.

2. Estructuración del día y desigualdades de género en las actividades principales

Antes de entrar de lleno con el análisis del tiempo destinado al trabajo doméstico y los cuidados, conviene estudiarlos en un contexto más general, tanto en relación a la estructuración del día, como a la carga global de trabajo. En este sentido, los datos sobre la distribución del tiempo diario muestran que, a lo largo de los 25 años estudiados, se mantiene el reparto general del tiempo, común en todas las sociedades occidentales contemporáneas: la mitad del día es tiempo destinado a las necesidades fisiológicas, un cuarto es tiempo de trabajo (tanto remunerado como no remunerado), casi otro cuarto es tiempo de ocio y vida social y, alrededor de una hora, de movilidad y trayectos (gráfico 1).

Esta estructuración persiste prácticamente constante y universal en nuestro contexto occidental, principalmente, por la centralidad de la jornada laboral como eje vertebrador de la ordenación de la vida cotidiana de una parte importante de la población. Cabe señalar, sin embargo, que no se trata de un día promedio que pueda identificarse con la experiencia cotidiana, encarnada y concreta de ninguna persona en particular. No es más que una ficción estadística (Legarreta y Sagastizabal, 2018): el tiempo medio destinado a cada actividad tomando en cuenta todas las actividades, todos los días de la semana y todas las personas encuestadas. De este modo, si bien no refleja el día a día de la ciudadana media vasca o el ciudadano medio vasco, sirve para ofrecer una panorámica general sobre el peso relativo que tiene en términos temporales cada actividad cotidiana y resulta útil, sobre todo, para relativizar la preeminencia del tiempo productivo-mercantil a nivel social.

Como se acaba de mencionar, en la panorámica general no se aprecian grandes transformaciones durante el cuarto de siglo estudiado, no obstante, es posible observar algunos cambios. En relación al ámbito que nos concierne, se observa una tendencia contrapuesta respecto a la evolución del tiempo destinado al trabajo doméstico y del empleado en el cuidado: el primero descende, mientras el segundo aumenta. El tiempo empleado en el trabajo doméstico decrece en cuarenta minutos de 1993

a 2018: de 2 horas y 40 minutos a 2 horas. Los descensos más importantes se observan entre 1993 a 1998 y entre 2013 a 2018, pues entre 1998 y 2013 se mantiene en torno a las 2 horas y 24 minutos. El bajón general del tiempo destinado al trabajo doméstico puede ser motivado por diferentes razones: externalización de una parte de las tareas, cambio de hábitos (dejar de planchar, cocinar platos menos elaborados), acceso a nuevas tecnologías (robots aspiradora o de cocina) o descenso de los umbrales de limpieza, entre otros.

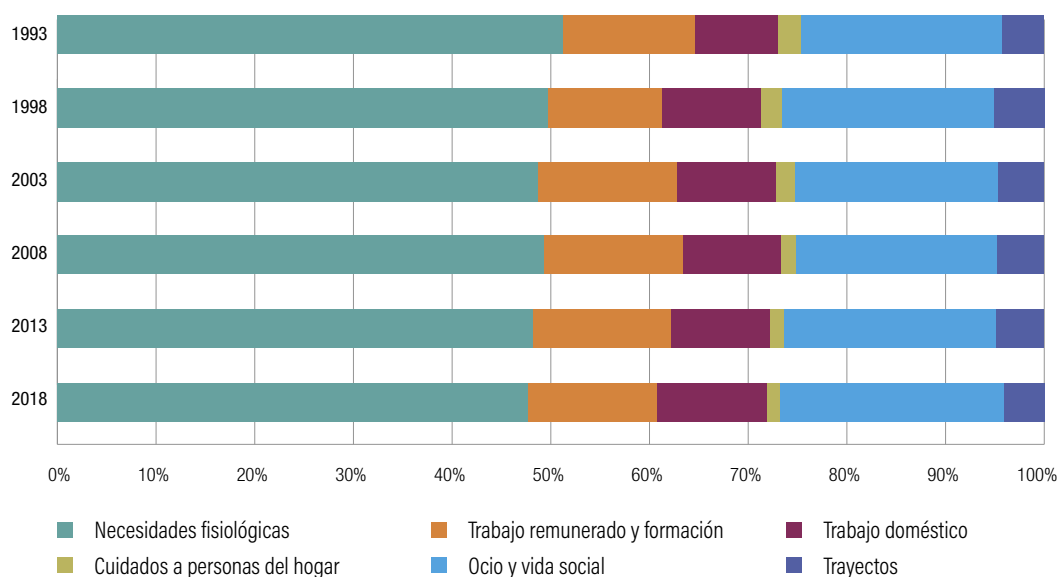
Al contrario, el tiempo destinado por el conjunto de la población vasca al cuidado de las personas del hogar aumenta de forma paulatina y constante entre 1993 y 2018: de 19 minutos a 34 minutos². Los cambios demográficos podrían explicar, en parte, dicho crecimiento. En veinte años en la cae la esperanza de vida al nacer de los hombres crece en seis años y la de las mujeres en cuatro: en 1990/91 es de 72,1 años para los hombres y de 81,5 para las mujeres y en 2010/11, de 78,1 y de 85,4, respectivamente (Eustat, 2020). Asimismo, los datos sobre la estructura de la población por grupos de edad, muestran que, si bien en 1991 el 25 % de los habitantes vascos tiene menos de 19 años y el 12 % más de 65 (Eustat, 2017), a partir de 2002 el porcentaje de personas mayores de 65 años supera al de menores de 19 años (Eustat, 2019a). Además, en el periodo estudiado, la tasa de natalidad protagoniza también un repunte: en 1993 es de 7,5 por cada 1000 habitantes, llega a 9,9 en 2008 y vuelve a descender a 7,4 en 2018 (Eustat, 2019b). Todo ello motiva un crecimiento en la demanda de cuidados entre la población vasca. A ello se suma, tal como afirman otras autoras (Mattingly y Sayer, 2006; González y Jurado-guerrero, 2015; Sánchez-Mirea y Muntanyola, 2020), una evolución hacia pautas más intensivas de practicar la maternidad y una manera más corresponsable de experimentar la paternidad.

El siguiente gráfico muestra los datos sobre la distribución diaria del tiempo a los que se acaba de hacer alusión:

² La escasa incidencia del tiempo de cuidado en relación a la estructuración temporal del día se explica, en parte, por el modo en el que se definen estas ocupaciones. La definición de «cuidados a personas del hogar» que acunian en general las Encuestas de Empleo del Tiempo, no solo la elaborada por Eustat, es restrictiva: engloba «cuidados materiales y médicos dedicados a niños y niñas», «juegos e instrucciones» y «cuidados materiales y médicos dedicados a personas adultas». Todos ellos hacen referencia a cuidados prestados por las personas en sus hogares, si se presta atención a personas en otros hogares que no sean la vivienda habitual de la persona encuestada, estas ocupaciones se denominan «ayudas informales a otros hogares (trabajo al servicio de terceras personas)» y pertenecen a la categoría «vida social» (Eustat, 2006b).

GRÁFICO 1.

Tiempo medio social destinado a actividades principales. CAE, 1993-218



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

La estructuración del día que se acaba de exponer no es igual para todas las personas: el género marca una diferencia importante, como queda reflejado en los índices de feminización del tiempo destinado a las actividades diarias principales³ (gráfico 2). Una primera mirada pone de manifiesto una realidad contundente: en todo el periodo estudiado las mayores desigualdades de género se detectan en el tiempo empleado en el trabajo doméstico y en los cuidados. Además, estas son las únicas actividades feminizadas: a las que las mujeres destinan más tiempo.

Si bien el ámbito doméstico-familiar engloba las actividades que reflejan las mayores desigualdades, su evolución a lo largo del tiempo es diferente según la ocupación: disminuyen de forma gradual y constante en el trabajo doméstico (excepto en los últimos cinco años), mientras, en relación a los cuidados, la tendencia no está clara, sino que presenta altibajos. La diferencia en la evolución de las desigualdades de género del tiempo de trabajo doméstico y del tiempo de cuidados, justifica estudiar ambos ámbitos no solo de manera conjunta, sino también por separado.

³ Emplear los índices de feminización para el análisis de las desigualdades en los usos cotidianos del tiempo es una propuesta de Sagastizabal y Luxán (2015). Los índices de feminización reflejan el ratio de tiempo destinado a una actividad concreta por mujeres y por hombres. Un índice de feminización igual a 1 significa que mujeres y hombres destinan la misma cantidad de tiempo a la actividad, mayor que 1 significa que las mujeres dedican más tiempo que los hombres y menor que 1 que los hombres invierten más que las mujeres. De este modo, los índices de feminización permiten identificar cuáles son las actividades que presentan mayores desigualdades de género en relación al tiempo destinado y cuáles las que menos. Asimismo, desde una mirada longitudinal, ofrecen la posibilidad de analizar la evolución de dichas desigualdades: ¿en qué actividades se pueden identificar los mayores avances hacia la igualdad entre mujeres y hombres? Ofrecen datos claros y de fácil lectura para responder a esta pregunta.

De esta forma, por un lado, en 1993 las mujeres emplean cuatro veces más tiempo que los hombres al trabajo doméstico (índice de feminización de 4,1) y en 2018, el doble (índice de feminización de 1,9). Se ha de señalar, sin embargo, que entre 2013 y 2018 no se percibe ningún avance hacia la igualdad, pues el índice de feminización se mantiene en 1,9. Ante esta evidencia cabe preguntarse: ¿ha llegado la sociedad vasca a su límite en lo que a la igualdad se refiere en relación a la distribución del trabajo doméstico? Por otro lado, en relación a los cuidados, las desigualdades apenas disminuyen. Las mujeres destinan 2,3 veces más tiempo que los hombres a estos trabajos en 1993 y exactamente el doble en 2018. La evolución, además, no es tan evidente ni lineal, sino que presenta variaciones, siendo el momento de mayor desigualdad el año 2003 (índice de feminización de 2,4). Por todo ello, a la hora de abordar las desigualdades de género, no resulta trivial centrar la atención en el ámbito doméstico-familiar, sino que supone poner el foco de atención en el núcleo duro de las desigualdades (Legarreta, 2008). Del mismo modo, a la hora de analizar el trabajo doméstico y los cuidados, resulta imprescindible introducir la perspectiva de género.

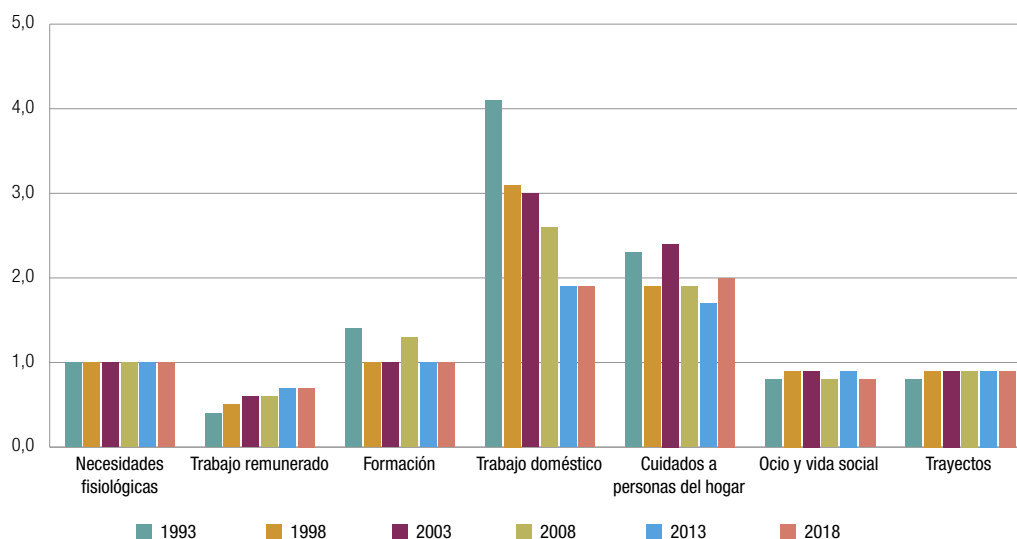
Por su parte, el trabajo remunerado, el ocio y la vida social, así como los trayectos, son actividades masculinizadas: los hombres dedican a ellos más tiempo que las mujeres (índices de feminización menores de 1). En relación al ocio y vida social y a los trayectos las desigualdades se mantienen en todo el periodo estudiado: los hombres emplean entre un 10 % y un 20 % más de tiempo que las mujeres. El tiempo destinado al trabajo remunerado, sin embargo, muestra una tendencia nítida y constante hacia la igualdad de género: los hombres destinan 60 % más tiempo que las mujeres a este ámbito en 1993 y 30 % más en 2018 (índice de feminización de 0,4 y 0,6, respectivamente). En este sentido, se puede apreciar en el contexto vasco, como en el europeo en general, el impacto de políticas sociales encaminadas a reproducir pautas de vida del *hombre ganador de pan* (Lewis, 2002) a través de la incentivación de la participación de las mujeres en el empleo y no tanto mediante el fomento de un reparto más equitativo en el ámbito doméstico-familiar. No obstante, como ha quedado de manifiesto en otros trabajos, una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral no implica necesariamente un mayor reparto por género del tiempo destinado al trabajo doméstico-familiar (Moreno-Colom, 2015).

Asimismo, se observan unas pautas igualitarias en relación al tiempo destinado a la formación (índices de feminización de 1 o mayor que 1) que no tienen su correlato en la dedicación de mujeres y hombres al tiempo productivo-mercantil. Incluso la igualdad reflejada en el tiempo destinado a las necesidades fisiológicas esconde la persistencia de una división sexual del trabajo entre la población vasca. En 2013, por ejemplo, si bien el porcentaje de mujeres y hombres con sueños excesivamente cortos (de menos de 6 horas) es parecido, los hombres que se encuentran en esta situación dedican el doble de tiempo al trabajo remunerado que el conjunto de la población y casi un 80 % más a trayectos (probablemente relacionados con razones laborales); mientras las mujeres en la misma situación dedican, en comparación con el conjunto de la población, 2,5 veces más de tiempo a actividades relacionadas con los cuidados (especialmente de criaturas) y 77 % más al trabajo doméstico y, en menor proporción, al trabajo remunerado –39 % más– y a los trayectos –24 % más– (Martín y Bacigalupe, 2015).

Los datos sobre los índices de feminización se presentan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 2.

Índice de feminización de las actividades principales. CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

3. Distribución de la carga global de trabajo

En la sociedad vasca el trabajo remunerado y el doméstico-familiar contribuyen en una proporción similar a la carga global de trabajo (gráfico 3). Por tanto, se puede afirmar que los bienes y servicios necesarios para abastecer las necesidades de la sociedad se producen de manera similar a través del mercado laboral y mediante el trabajo doméstico-familiar⁴. No obstante, los datos muestran que en época de recesión económica se producen en mayor medida a través del trabajo no remunerado que del remunerado: en 1993 y 2013 el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados supone el 54 % y el 56 %, respectivamente, de la carga global de trabajo. De esta forma, se confirma el carácter contra-cíclico de la producción doméstica señalada también por otras autoras: en tiempos de prosperidad económica se des-familiariza y en épocas de austeridad se re-familiariza (Larrañaga y Jubeto, 2009). En momentos de crisis las familias representan el «último colchón», que actúa de amortiguador imprescindible para mantener el bienestar del conjunto de la población (Pérez Orozco, 2011).

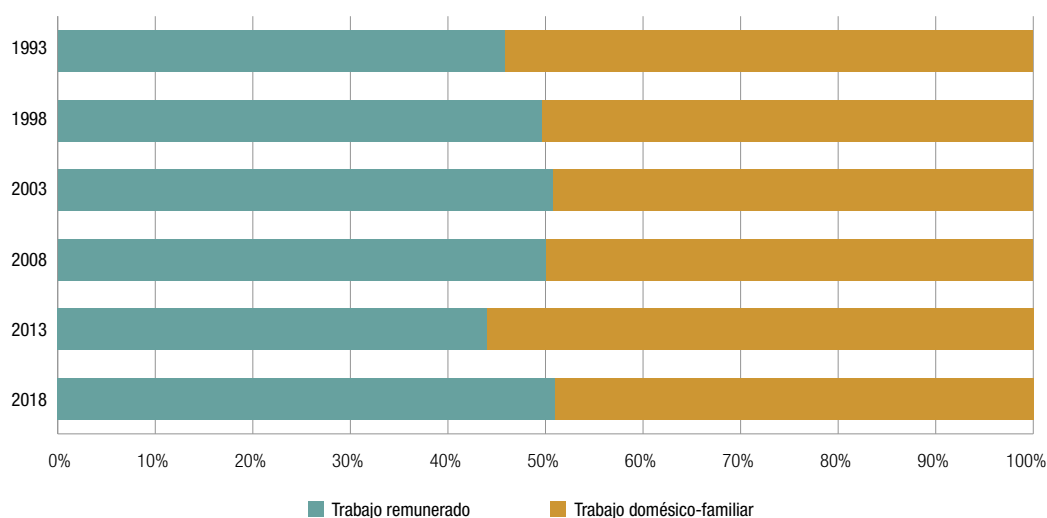
⁴ Trabajo doméstico-familiar hace referencia al trabajo doméstico y a los cuidados de personas del hogar en su conjunto. Cuando se emplea en relación a los usos del tiempo, se ha calculado sumando el tiempo destinado al trabajo doméstico y el empleado en el cuidado de personas del hogar.

Con todo, la estimación monetaria de la producción doméstica evoluciona de forma ascendente entre 1993 y 2013, situándose en este último año en 21 342 millones de euros, lo que supone el 32 % del producto interior bruto (PIB). De esta forma, si la producción doméstica se tomase en cuenta en el PIB, este aumentaría en torno a un tercio en el periodo estudiado, exceptuando 1993, que aumentaría en un 42 %⁵.

Los datos sobre la distribución de la carga global de trabajo se recogen en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 3.

Distribución de la carga global de trabajo. CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

No obstante, el sentido común y la experiencia cotidiana ponen de manifiesto que la población con empleo no dedica el mismo tiempo diario al trabajo remunerado que al doméstico-familiar. La distribución de la carga global de trabajo se calcula teniendo en cuenta el tiempo medio social: esto es, es la media del tiempo que emplea la población en su conjunto tanto al trabajo remunerado como al no remunerado durante todos los días de la semana (incluidos los fines de semana). Sin embargo, atender al porcentaje de personas que lleva a cabo cada actividad (tasa de participación) y al tiempo que le dedican quienes efectivamente la llevan a cabo (tiempo medio por participante), ofrece la posibilidad de entender mejor la naturaleza de cada trabajo. De esta forma, un primer acercamiento a los datos pone de manifiesto que las tres ocupaciones cuentan con distintas características según el

⁵ Los datos provienen de los cálculos elaborados por Eustat (2016) en el marco de la Cuenta Satélite de Producción Doméstica. En el momento en el que se está escribiendo este texto todavía no se encuentran disponibles las estimaciones correspondientes a 2018.

porcentaje de personas que participan en ellas, así como el tiempo concreto que le dedican quienes las desempeñan (gráfico 4).

En primer lugar, el trabajo remunerado, en un día promedio ocupa como máximo (año 2003) a 4 de cada 10 habitantes de la cae, pero aquellas personas que destinan parte de su tiempo diario a este trabajo (tiempo medio por participante), cuando lo hacen, le dedican una cantidad de tiempo importante: alrededor de 7 horas. En este caso, la evolución de los datos muestra mayor variación en relación al porcentaje de personas que participa en estas tareas que respecto al tiempo invertido en ellas. Por un lado, la tasa de participación se reduce en 21 % desde su valor máximo al mínimo. Por otro lado, la diferencia entre el valor máximo que alcanza el tiempo medio por participante y el mínimo es de 6 %. De ello se deduce que las oscilaciones del mercado laboral se reflejan en mayor medida en la creación y destrucción de empleo que en las alteraciones en las jornadas laborales, por lo que cabe suponer que, en época de crisis, la tendencia ha sido la de destruir empleo y no tanto repartirlo (trabajar menos horas para que se ocupe a mayor número de personas).

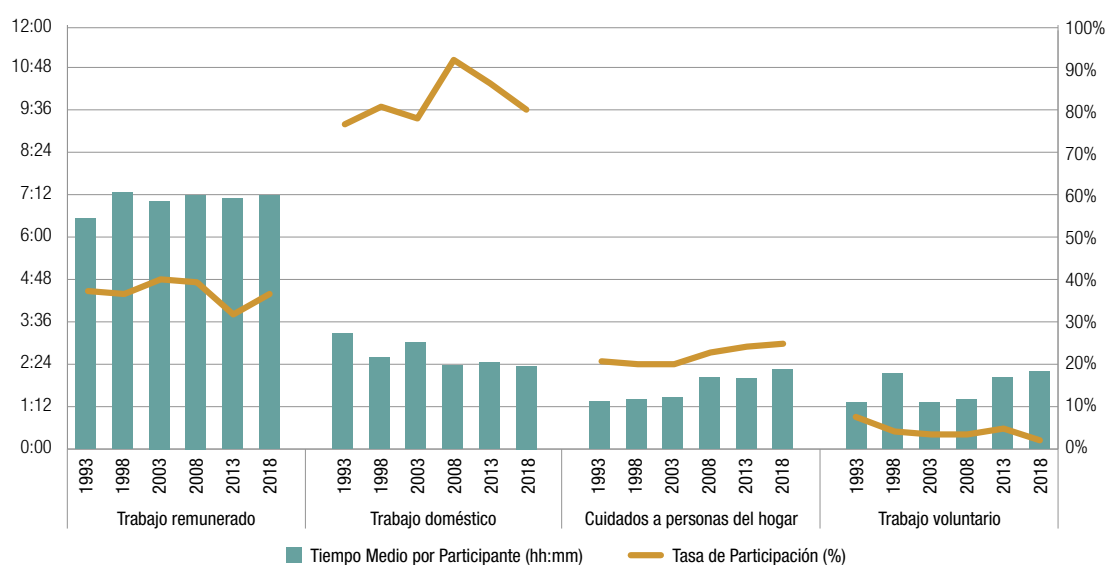
En segundo lugar, el trabajo doméstico es una actividad en la que participa la mayor parte de la población vasca: al menos tres cuartas partes afirman dedicarle algo de su tiempo diario. Sin embargo, el tiempo que emplean quienes se involucran en estas ocupaciones no supera las 3 horas y media. Aunque con altibajos, la evolución del tiempo destinado al trabajo doméstico entre 1993 y 2018 ha supuesto, en cierta forma, una «democratización» (García Sainz y Legarreta, 2015) de este ámbito: en general, el aumento de la tasa de participación va acompañado por la disminución del tiempo medio por participante: es decir, cada vez se implican más personas que, a su vez, le dedican menos tiempo. No obstante, se puede afirmar que la tendencia a la democratización se ve truncada si se observa la evolución entre 2008 y 2018, pues la tasa de participación desciende (en 8 puntos porcentuales), manteniéndose en términos generales, el tiempo medio por participante. Esto explica que a nivel general disminuya el tiempo destinado por la sociedad vasca en su conjunto al trabajo doméstico (gráfico 1). La disminución de la tasa de participación del trabajo doméstico, plantea, inevitablemente, un interrogante: ¿quién ha dejado de involucrarse en este ámbito? El análisis de la participación según el género, abordado en el siguiente epígrafe, ofrece la respuesta.

En tercer lugar, el cuidado es una ocupación a la que dedica parte de su tiempo diario menos de una cuarta parte de la población, pero la cantidad de tiempo destinado por quienes se implican en ello es en 2018 de 2 horas y 25 minutos, por lo que se acerca al tiempo medio por participante del trabajo doméstico. En este caso, aumenta tanto el porcentaje de personas implicadas (de 20,2 % en 1993 a 24,4 % en 2018) como el tiempo destinado por quienes se implican (de 1 hora y 34 minutos en 1993 a 2 horas y 25 minutos en 2018). Esto explica que, a nivel general, en la sociedad vasca, incrementa el tiempo dedicado al cuidado (gráfico 1). No obstante, el crecimiento es mayor en relación al tiempo medio por participante (aumenta 54 %) que a la tasa de participación (aumenta 21 %). Se puede afirmar, por tanto, que las personas que desempeñan trabajos de cuidado asumen en 2018 mayor carga de trabajo que en 1993.

Todos los datos a los que se acaba de aludir se presentan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 4.

Tiempo medio por participante (hh:mm) y tasa de participación (%) del trabajo remunerado, del trabajo doméstico y de los cuidados a personas del hogar. CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Con todo, tomando en cuenta de nuevo la carga global de trabajo, una mirada a su distribución por género muestra la persistencia de las desigualdades: las mujeres asumen mayor carga que los hombres en todo el periodo estudiado (en torno a una hora diaria más). De esta forma, se puede afirmar que los bienes y servicios necesarios para abastecer las necesidades de la sociedad vasca provienen en mayor medida del trabajo realizado por las mujeres que del llevado a cabo por los hombres. No obstante, la brecha de género desciende de forma considerable entre 2008 y 2013, siendo en el último año la menor de todo el periodo estudiado. En general, además, se observa por parte de ellas un incremento del tiempo destinado al trabajo remunerado, acompañado por la disminución del invertido en el ámbito doméstico-familiar y, por parte de ellos, lo contrario, aumenta el empleado en el trabajo doméstico y los cuidados, para disminuir el dedicado al trabajo remunerado.

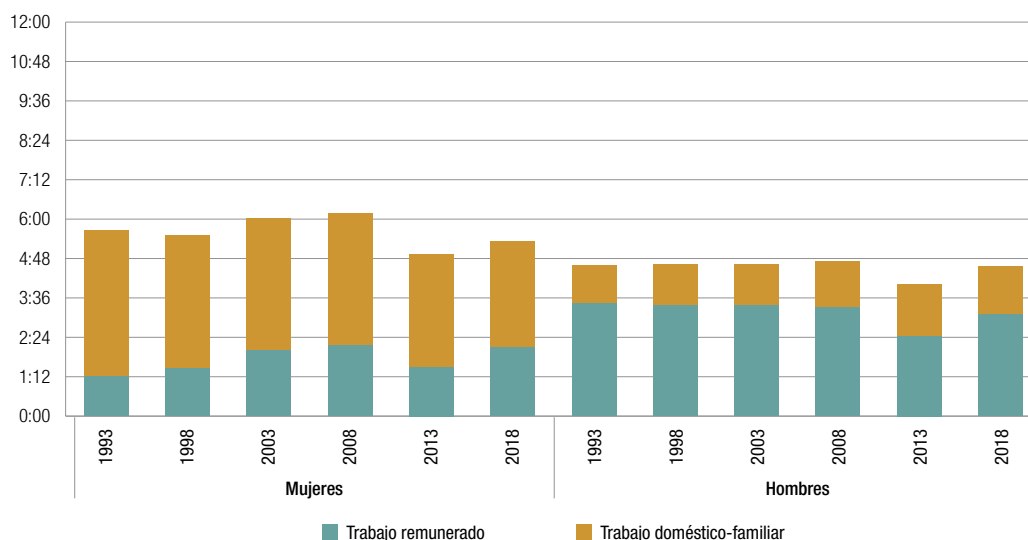
En ambos casos se percibe el impacto de la recesión económica en el tiempo destinado a las ocupaciones productivo-mercantiles que, como señalan otras autoras, se hace notar en un primer momento entre los hombres (pues afecta a los sectores masculinizados como, por ejemplo, la construcción) y, en un segundo momento, entre las mujeres (debido a los recortes en los servicios públicos, sector feminizado) (Larrañaga, *et al.* 2011). De esta forma, el tiempo dedicado por los hombres al trabajo remunerado disminuye casi una hora entre 2003 y 2013 (de 3 horas y 41 minutos a 2 horas 44 minutos, respectivamente), mientras en el caso de las mujeres decrece en 26 minutos de 2008 a 2013 (de 2 horas y 16 minutos a 1 hora y 50 minutos, respectivamente). En términos generales, según los datos sobre el uso del tiempo, el impacto de la crisis es mayor, pero más dilatado en el tiempo, para los hombres: el tiempo destinado al trabajo remunerado desciende entre ellos 26 % en diez años y entre ellas 19 % en cinco años. No obstante, en ningún caso se recupera totalmente en 2018, una vez superada la crisis, aunque se aleja en mayor medida de las cifras anteriores a la recesión en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

Asimismo, en los veinticinco años estudiados, las mujeres descienden de forma relevante y a un ritmo constante el tiempo que destinan al trabajo doméstico-familiar (1 hora y 23 minutos menos en 1993 que en 2018), mientras los hombres lo aumentan en media hora. Por tanto, la brecha de género disminuye de forma importante: es de 3 horas y 28 minutos en 1993 y de 1 hora y 36 minutos en 2018, si bien es mayor el descenso de la cantidad de tiempo dedicada por ellas, que el incremento del destinado por ellos. Además, cabe señalar que entre 2013 y 2018 se interrumpe la tendencia general de aumento del tiempo destinado al trabajo doméstico-familiar protagonizado por los hombres: en 2018 dedican 14 minutos menos que en 2013 (12 % menos).

El siguiente gráfico refleja los datos relacionados con la carga global de trabajo asumida por mujeres y por hombres:

GRÁFICO 5.

Carga global de trabajo según el género (hh:mm). CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Tomando en cuenta la distribución por género de la carga global de trabajo, cabe suponer que la mayor asunción de tiempo trabajado por parte de las mujeres implica que cuenten con menos tiempo de libre disposición que los hombres. Y, efectivamente, así es. Los datos muestran que, durante el cuarto de siglo estudiado, las mujeres han destinado mayor cantidad de tiempo al trabajo que al ocio y vida social (tiempo propio), mientras los hombres han disfrutado de mayor cantidad de tiempo propio que el dedicado al trabajo. Así, ellas emplean entre 29 % y 14 % más tiempo al trabajo que al ocio y vida social y ellos entre 17 % y 4 % más al ocio y vida social que al trabajo.

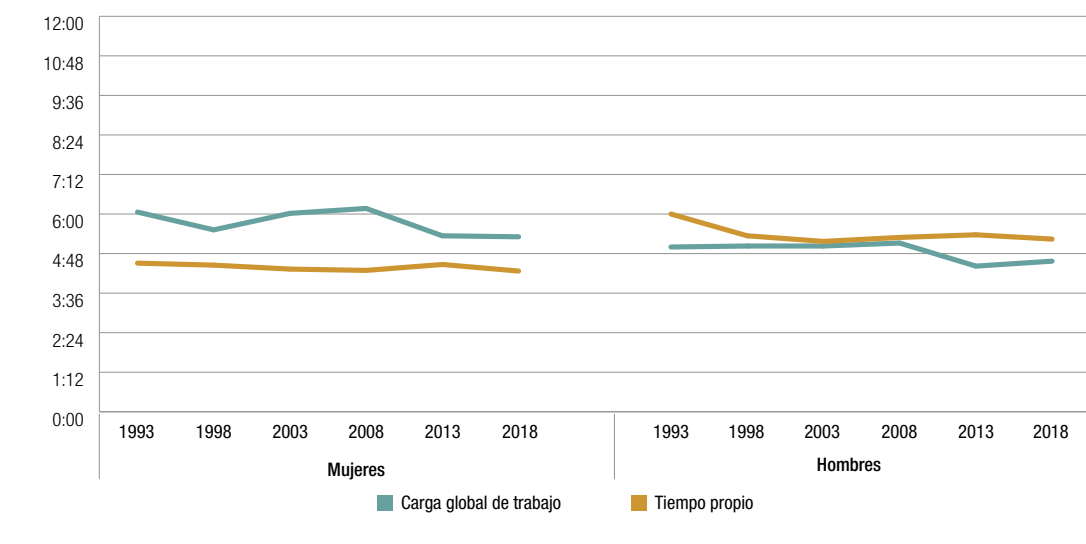
Por tanto, aunque las encuestas de presupuestos de tiempo no ofrezcan información en torno al poder de decisión ni a la capacidad de negociación de cada individuo sobre su tiempo, se puede deducir que las mujeres cuentan con menor *autonomía temporal* (Mückenberger, 2007) que los hombres pues, siguiendo la clasificación de Ås (1978), en su caso el volumen de tiempo *comprometido y contrata-*

do supera al volumen de *tiempo libre*. Este hecho incide de forma negativa en el *bienestar temporal* (Mückenberger, 2007) de la sociedad vasca, tanto a nivel individual como colectivo. A nivel individual, las mujeres cuentan con menor bienestar temporal que los hombres, pues tienen menor cantidad de tiempo de libre disposición y, por tanto, menor capacidad de decisión sobre su tiempo propio. A nivel colectivo, el reparto desigual del tiempo de trabajo y de libre disposición incide de forma negativa en el bienestar temporal, pues este presupone una distribución equitativa de *todos* los tiempos.

El siguiente gráfico recoge la evolución del tiempo destinado por mujeres y por hombres al trabajo (carga global de trabajo) y al tiempo propio (ocio y vida social).

GRÁFICO 6.

Tiempo medio social destinado a la carga global de trabajo y al tiempo propio, según género (hh:mm). CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

4. Tiempo de trabajo doméstico y de cuidados a personas del hogar

Este apartado ofrece un análisis pormenorizado del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidados según el género. Para ello, en general, se estudia su evolución de forma separada, pues en los epígrafes anteriores se ponen de manifiesto las diferencias entre ambos trabajos. Si se pone el foco de atención en la evolución del tiempo destinado por mujeres y por hombres al trabajo doméstico, por un lado, y al cuidado, por otro, los datos muestran que la brecha de género disminuye de forma drástica en relación al primero, pero se mantiene e, incluso aumenta, respecto al segundo.

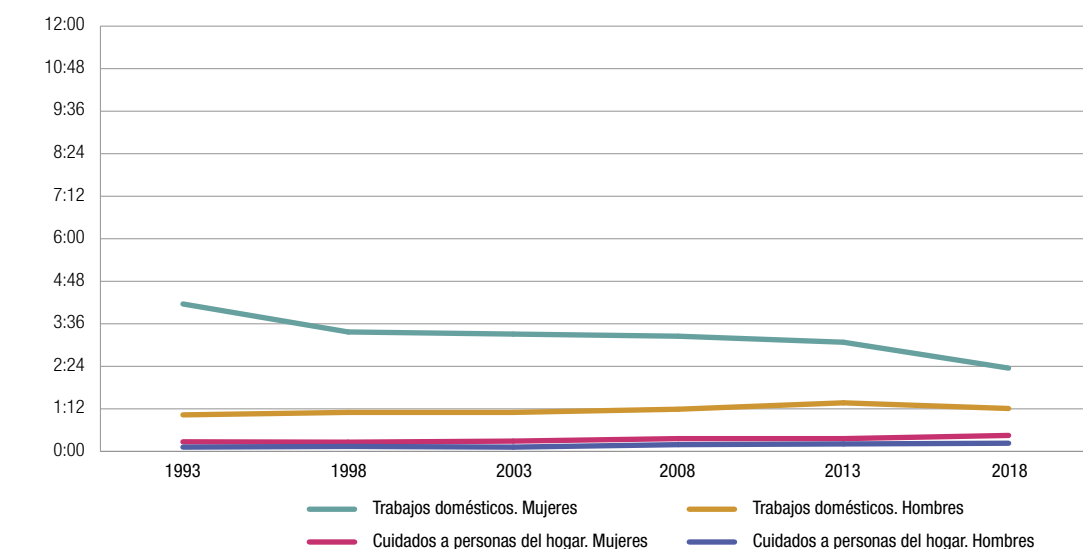
En el caso del trabajo doméstico, las mujeres destinan 3 horas y 13 minutos más tiempo que los hombres en 1993 y 1 hora 14 minutos más en 2018: la brecha de género disminuye prácticamente en dos horas (descenso del 62 %). Dicha reducción se explica en mayor medida por el declive del tiempo que destinan ellas a dichas ocupaciones (1 hora y 41 minutos menos entre 1993 y 2018), que por el aumento del tiempo invertido por ellos (18 minutos más entre 1993 y 2018). Esta tendencia es común a otros contextos occidentales (Gershuny y Robinson, 1988; Sullivan, 2000; Bianchi, *et al.*, 2000). Además, la evolución creciente del tiempo destinado por los hombres al trabajo doméstico se trunca en 2013, pues entre este año y 2018 mengua de forma importante (en 16 minutos). Se identifica, por tanto, otra limitación en relación al avance hacia la igualdad: ¿ha alcanzado la implicación de los hombres en el trabajo doméstico un tope?

Respecto al cuidado, ellas dedican 15 minutos más que ellos en 1993 y 22 minutos más en 2018. En general, la brecha de género aumenta en el periodo estudiado: en 7 minutos, es decir, en 2018 es 47 % mayor que en 1993. No obstante, la evolución no es lineal, sino que presenta altibajos. Con todo, entre 1993 y 2018 se incrementa el tiempo destinado al cuidado tanto por mujeres como por hombres: en 18 y 11 minutos, respectivamente.

El siguiente gráfico ofrece los datos que se acaban de mencionar:

GRÁFICO 7.

Tiempo medio social destinado al trabajo doméstico y a los cuidados según género (hh:mm). CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Las diferencias en la evolución de las brechas de género del trabajo doméstico y de los cuidados a personas del hogar se explican por la naturaleza propia de la distribución por género de cada trabajo en

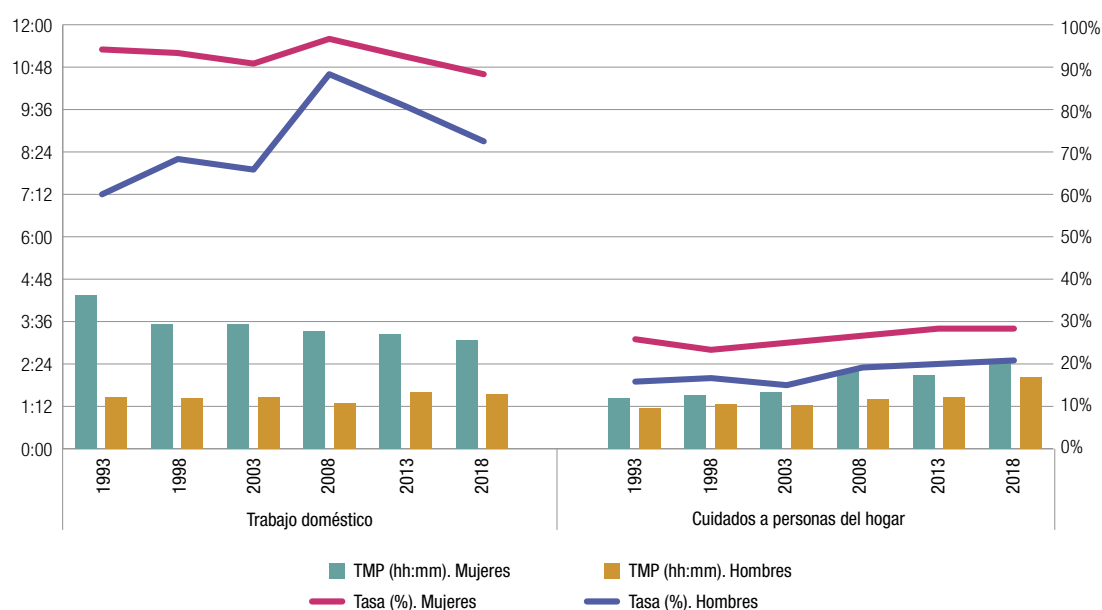
relación al porcentaje de personas que lo lleva a cabo (tasa de participación), así como al tiempo que le dedican quienes efectivamente las desempeñan (tiempo medio por participante). El trabajo doméstico es una actividad que implica a las mujeres de forma universal en todo el periodo analizado: al menos 9 de cada 10 lo desempeñan. Esto es, ser mujer implica, inevitablemente, dedicar tiempo al trabajo doméstico. No obstante, ellas destinan cada vez menos tiempo, prácticamente 1 hora y media menos en 2018 que en 1993, lo que supone una disminución de 33 %. Entre los hombres aumenta, aunque con altibajos, el porcentaje de aquellos que se implican en estas tareas (12 puntos porcentuales entre 1993 y 2018) así como el tiempo que invierten en ellas quienes las desempeñan (10 minutos más en 1993 que en 2018). No obstante, es mayor el crecimiento de la tasa de participación (aumento de 21 % entre 1993 y 2018) que del tiempo medio por participante (aumento de 9 % entre 1993 y 2018). Además, en 2018 casi un tercio de los hombres vascos afirma no dedicar al menos cinco minutos al día al trabajo doméstico.

Los datos muestran una evolución diferente respecto al cuidado de personas del hogar: aumenta tanto el porcentaje de mujeres y de hombres, como el tiempo que le destinan quienes se involucran en ellas. No obstante, crece en mayor medida el tiempo medio por participante que la tasa de participación. Por un lado, las mujeres que se implican le dedican casi una hora más en 1993 que 2018 y los hombres 48 minutos más, lo que supone un aumento de 56 % y 64 %, respectivamente. Por otro lado, la tasa de participación crece entre ellas 2 puntos porcentuales entre 1993 y 2018 y, entre ellos, 5,5 puntos porcentuales, lo que supone un incremento de 7 % y 36 %, respectivamente.

Los datos referentes tanto al trabajo doméstico como al cuidado de personas del hogar se presentan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 8.

Tiempo medio por participante (hh:mm) y tasa de participación (%) del trabajo doméstico y de los cuidados a personas del hogar, según el género. CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Un acercamiento al ritmo semanal de cada ocupación ofrece información complementaria para entender la naturaleza de la evolución de las brechas de género del trabajo doméstico y de los cuidados. El ritmo semanal refleja las variaciones en el tiempo destinado a cada tarea según el día de la semana. Los datos muestran diferencias remarcables entre los ritmos de unas labores y otras, así como en las pautas de mujeres y de hombres y en su evolución.

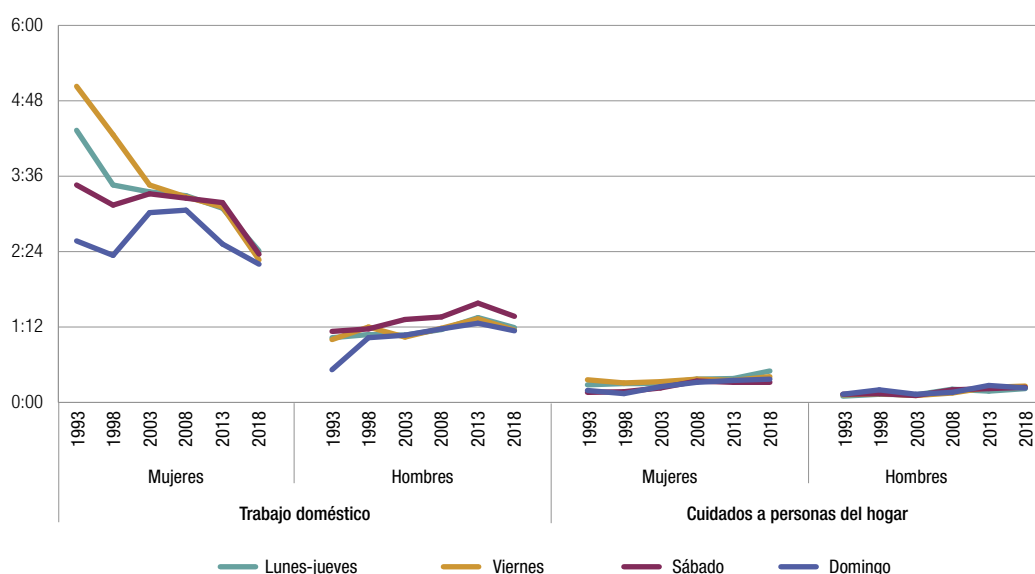
El trabajo doméstico se caracteriza por tener un ritmo semanal marcado (ramos, 2006), sobre todo para las mujeres, aunque tiende a homogeneizarse con el paso de los años. En 1993 ellas le destinan más tiempo de lunes a jueves y van disminuyendo su dedicación según avanza la semana, siendo el domingo el día en el que menos tiempo se implican (4 horas y 33 minutos y 2 horas y 57 minutos, respectivamente). En cierta forma, se puede afirmar que, entre las mujeres, el tiempo empleado a lo largo de la semana se va asemejando cada vez en mayor medida al dedicado el domingo. De esta manera, si bien ellas invierten menos tiempo en 2018 que en 1993 durante todos los días de la semana, esta disminución es menos acusada el domingo que el resto de los días. Los hombres, sin embargo, el día que más tiempo invierten en el trabajo doméstico es el sábado, lo que se explica por el tiempo que destinan a la compra este día. Además, entre 1993 y 2018, aumentan el tiempo de dedicación durante todos los días de la semana de forma similar.

El cuidado a personas del hogar muestra un ritmo semanal diferente al del trabajo doméstico. En tanto que ofrece la cobertura de necesidades que inexorablemente han de ser cubiertas a diario, es una actividad con un ritmo «estable a lo largo del ciclo semanal» (ramos, 2006: 25), con fluctuaciones mínimas y caracterizada por su rigidez temporal. No obstante, en este caso, también se aprecian ciertas discrepancias en el comportamiento de mujeres y hombres. Durante el periodo estudiado, ellas dedican algo más de tiempo al cuidado entre semana que sábados y domingos, pero si en 1993 la mayor cantidad de tiempo se emplea los viernes (36 minutos), en las últimas ediciones de la encuesta la tendencia se invierte y en 2018 se dedica la mayor cantidad de lunes a jueves (50 minutos). Los hombres, por su parte, no muestran una pauta clara respecto al ritmo semanal del cuidado a personas del hogar y el tiempo que le dedican aumenta entre 1993 y 2018 de forma similar durante todos los días de la semana: según el día de la semana, en 1993 destinan entre 10 y 13 minutos y en 2018, entre 22 y 26 minutos.

El siguiente gráfico recoge los datos que se acaban de mencionar:

GRÁFICO 9.

Tiempo medio social destinado al trabajo doméstico y al cuidado de personas del hogar por mujeres y por hombres, según día de la semana. CAE, 1993-2018



***Nota:** la escala del gráfico es diferente a la del resto para garantizar que los datos se muestren con mayor claridad.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Asimismo, atender a los usos del tiempo revela también que mujeres y hombres se implican en diferentes ocupaciones doméstico-familiares. Durante todo el periodo estudiado, ellas asumen el «núcleo duro» (Sullivan, 2000; Bianchi, *et al.* 2000) Del trabajo doméstico. Esto es, realizan tareas domésticas rutinarias (relacionadas con la limpieza, la comida y las compras) en mayor medida que ellos: aquellas que son más arduas, menos gratificantes y que se llevan a cabo principalmente dentro del hogar. Esta tendencia es común a otros contextos (Sullivan, 2000; Bianchi, *et al.* 2000; Moreno-Colom, *et al.*, 2018). Si se compara el índice de feminización del trabajo doméstico rutinario con el del no rutinario, como proponen Sagastizabal y Luxán (2015), se observa, asimismo, que las desigualdades son mayores en relación al primero que respecto al segundo. Sin embargo, cabe señalar que en ambos casos menguan. Además, el descenso es más acusado en relación a las ocupaciones rutinarias que respecto a las no rutinarias. Las mujeres en 1993 destinan 7,5 veces más tiempo que los hombres al trabajo doméstico rutinario y, veinticinco años más tarde, 2,6 veces más: el índice de feminización disminuye en un 65 %. Paralelamente, ellas en 1993 emplean casi el doble de tiempo que ellos en las no rutinarias (1,8 veces más) y en 2018 la balanza prácticamente se equilibra (ellas, 1,1 veces más que ellos): la reducción es de 39 %.

En vista de tales resultados, cabe preguntarse cuál es la implicación de mujeres y de hombres respecto a cada ocupación y cómo evoluciona. El *índice de caracterización* creado por Sagastizabal y Luxán

(2015)⁶ aporta información en este sentido. Los datos muestran que las mujeres destinan considerablemente más tiempo al trabajo doméstico rutinario que al no rutinario: el triple o, incluso, más. Los hombres, sin embargo, entre 1993 y 2003 destinan más tiempo al no rutinario que al rutinario (entre 10 % y 20 % más). La tendencia se invierte entre 2008 y 2018: ellos emplean más tiempo en las tareas rutinarias que en las no rutinarias (entre 1,3 y 1,4 más). La mayor implicación de los hombres en el trabajo doméstico rutinario puede ofrecer indicios de una evolución hacia cierto cuestionamiento del modelo de masculinidad hegemónica (Sagastizabal y Luxán, 2015), puesto que la presencia de los hombres en el desempeño del trabajo doméstico supone perder su estatus masculino (Coltrane, 2000). No obstante, dicha tendencia se ve interrumpida en los últimos diez años: el índice de caracterización no varía. Se puede afirmar, por tanto, que la implicación de los hombres en el trabajo doméstico más arduo y rutinario supone un reto para el avance hacia la igualdad que se mantiene inmóvil los últimos diez años.

Los datos correspondientes tanto a los índices de feminización como a los índices de caracterización se reflejan en la siguiente tabla:

TABLA 1.

Índice de feminización del trabajo doméstico rutinario y del no rutinario e índice de caracterización según el género. CAE, 1993-2018

	Índice de feminización		Índice de caracterización	
	Rutinario	No rutinario	Mujeres	Hombres
1993	7,5	1,8	3,3	0,8
1998	5,0	1,5	3,2	0,9
2003	5,3	1,4	3,0	0,8
2008	3,6	1,4	3,4	1,3
2013	2,6	1,1	3,3	1,4
2018	2,6	1,1	3,0	1,3

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Mujeres y hombres tampoco se involucran de la misma manera en las diversas ocupaciones que configuran el cuidado a personas del hogar. En términos generales, el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres en relación a todas las tareas, del mismo modo que lo es el tiempo que

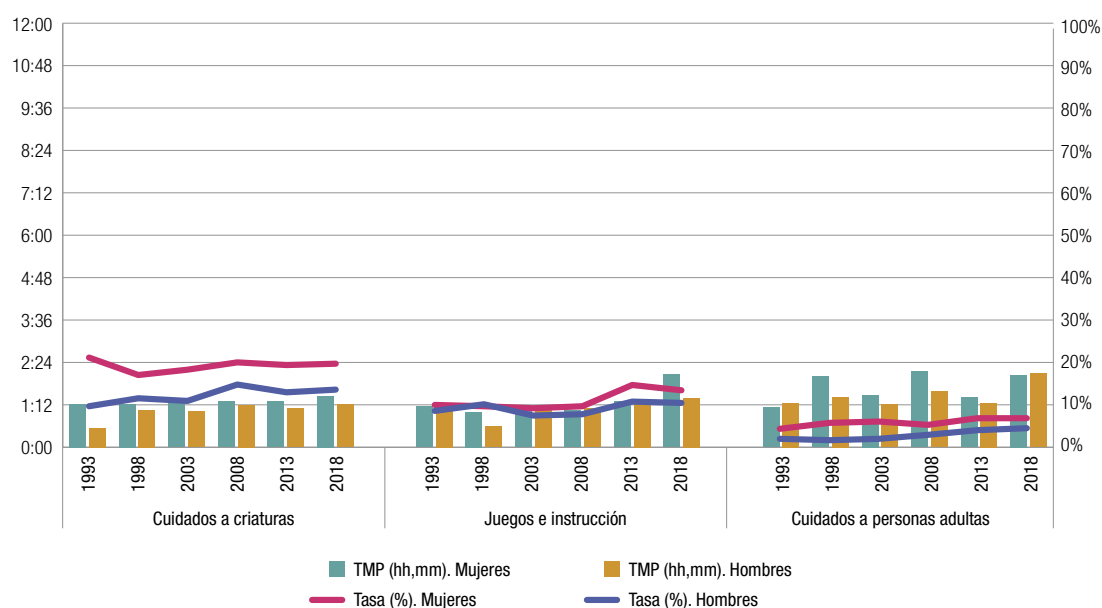
⁶ El *índice de caracterización* (Sagastizabal y Luxán, 2015) muestra el ratio entre el tiempo destinado al trabajo doméstico rutinario y el invertido en el no rutinario y se calcula dividiendo la suma del tiempo medio social de las actividades de trabajo doméstico rutinario entre la suma del tiempo medio social de las actividades de trabajo doméstico no rutinario. Se interpreta de la siguiente manera: un índice de caracterización de 1 significa que se destina igual cantidad de tiempo a las ocupaciones rutinarias que a las no rutinarias, mayor que 1 que se invierte más tiempo en las rutinarias y menor que 1 que se emplea más tiempo en las no rutinarias.

dedican a ellas quienes efectivamente las llevan a cabo. El quehacer en el que se involucra el mayor porcentaje de mujeres y de hombres es el cuidado de criaturas y en el que se implica el menor porcentaje, el cuidado de personas adultas. Entre los hombres, sin embargo, esta última ocupación es en la que más tiempo invierten quienes la desempeñan y el cuidado de criaturas, en la que menos. En 2018 el tiempo dedicado por los hombres que cuidan de personas adultas iguala al empleado por las mujeres en la misma situación, superando las 2 horas diarias en ambos casos. Entre las mujeres el tiempo medio por participante es similar en relación a juegos e instrucciones y a cuidados de personas adultas. Además, el tiempo medio por participante correspondiente a ambas tareas es mayor que el correspondiente a cuidados de niños y niñas. En todos los casos, entre 1993 y 2018 crece tanto la tasa de participación como el tiempo medio por participante, a excepción del porcentaje de mujeres que cuida de criaturas, que disminuye un poco (1,5 puntos porcentuales), lo que puede estar relacionado con las variaciones en las tasas de natalidad mencionadas anteriormente. Con todo, tomando en cuenta todas las actividades y todo el periodo estudiado, las desigualdades de género son mayores respecto al porcentaje de persona que desempeña cada ocupación que al tiempo que destinan quienes las llevan a cabo.

Las tendencias a las que se acaba de hacer referencia se observan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 10.

Tiempo medio por participante (hh:mm) y tasa de participación (%) de las diferentes ocupaciones englobadas en cuidados a personas del hogar, según el género. CAE, 1993-2018



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de presupuestos de tiempo de Eustat.

Una mirada a los datos sobre el tiempo destinado al trabajo doméstico-familiar, por mujeres y hombres según su relación con el mercado laboral, arroja luz no solo en torno a las desigualdades por

género, sino también sobre las diferencias entre unas mujeres y otras y entre unos hombres y otros. De este modo, considerando conjuntamente el trabajo doméstico y los cuidados a personas del hogar, en general, ellas emplean más tiempo que ellos a este ámbito, independientemente de su relación con el mercado laboral. No obstante, se observa una tendencia clara por parte de los hombres a aumentar gradualmente su dedicación, si bien parece estancarse entre 2013 y 2018 (salvo entre los jubilados/pensionistas). En ambos casos, la excepción la protagoniza la población estudiante.

Asimismo, los datos muestran que la evolución del comportamiento de las mujeres es más heterogénea que la de los hombres: mientras las amas de casa a tiempo completo disminuyen su implicación de forma clara y constante, las jubiladas/pensionistas lo hacen con altibajos, las desempleadas la aumentan (sobre todo entre 1993 y 2008) y las mujeres con empleo la mantienen. La persistencia de las «dobles presencias» (Balbo, 1994) o «triples presencias» (Sagastizabal, 2019) entre las mujeres con empleo sugiere que, en términos de igualdad, la población vasca protagoniza una «revolución estancada» (Hochschild y Machung, 2003 [1989]): la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral no las exime de asumir la responsabilidad del ámbito doméstico-familiar, pues no va acompañada de una implicación similar en estas tareas por parte de los hombres. Es más, los hombres desempleados y jubilados/pensionistas, aún estando fuera del mercado laboral, destinan menos tiempo a la esfera doméstica-familiar que las mujeres con empleo.

En esta línea, otros trabajos apuntan que el desempleo afecta de diferentes maneras a los hombres. En algunos casos incentiva su mayor participación en el ámbito doméstico-familiar fomentando comportamientos corresponsables que cuestionan los roles de género tradicionales (abril, *et al.*, 2015); En otros, sin embargo, refuerza los roles tradicionales de género como forma de compensar la desviación a la norma que supone para ellos dejar de ser proveedores de ingresos en el hogar (Greenstein, 2000). Sin embargo, para las mujeres, como señalan los datos, implica una «conversión efectiva en amas de casa» (ramos, 2006): las desempleadas destinan al trabajo doméstico y al cuidado de personas del hogar una cantidad parecida de tiempo que las jubiladas/pensionistas y las amas de casa a tiempo completo, alrededor de 5 horas diarias. De esta forma, se confirma que, para las mujeres, estar fuera del mercado laboral, sin ser estudiante, entraña formar parte de una nueva clase social: el *cuidatoriado* (Durán, 2018). Destinan una quinta parte de su tiempo diario a una ocupación que carece de reconocimiento y valor social, al tiempo que tampoco las dota de derechos sociales. Es más, las estadísticas oficiales que producen datos sobre la fuerza de trabajo, como la EPA (encuesta de población activa), las sigue denominando inactivas (INE, 2017).

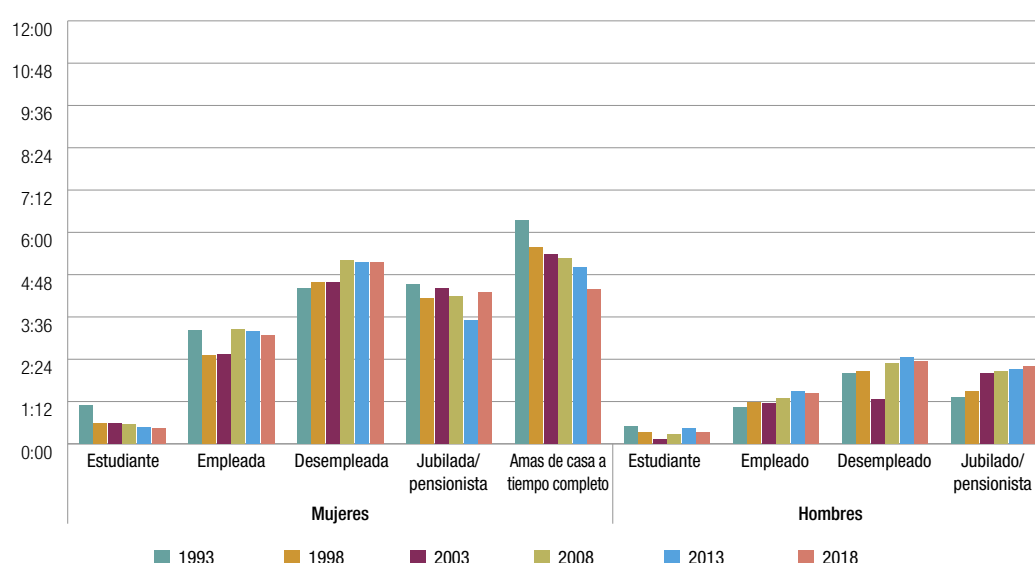
Como se ha señalado anteriormente, la población estudiante se distancia en su comportamiento del resto por dos razones: por un lado, las mujeres estudiantes destinan menos tiempo que los hombres empleados, desempleados o jubilados/pensionistas y, por otro, sus homólogos varones son los únicos hombres que, en general, no aumentan su dedicación a la esfera doméstico-familiar. Con todo, las desigualdades de género persisten en todo el periodo entre la población estudiante, que ha sido socializada en un contexto de igualdad formal. Asimismo, los datos muestran que, en general, destinaban cada vez menos tiempo a estas ocupaciones en 1993 que en 2018. Si bien esta tendencia es común a otros contextos occidentales, centrando la mirada en la población adolescente, otros trabajos advierten que esconde fuertes desigualdades entre la implicación de algunas personas y otras, y que el género sigue condicionando de forma importante dichas desigualdades (Miler, 2012). Así, a nivel social se percibe también una desigualdad generacional en el reparto del trabajo doméstico y del

cuidado de personas del hogar: la población adulta y mayor asume mayor carga que la joven. De ello se puede deducir que la mayor parte de los y las estudiantes viven en el hogar familiar y que, como se señala por otros autores, las desigualdades de género se intensifican cuando se emancipan y forman sus propios hogares, al convivir con una pareja heterosexual y criaturas (Callejo y Prieto, 2015).

Los datos sobre la evolución del tiempo destinado al trabajo doméstico y a los cuidados a personas del hogar según el género y la relación con el mercado laboral se muestran en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 11.

Tiempo medio social destinado al trabajo doméstico y a los cuidados a personas del hogar por mujeres y por hombres, según relación con el mercado laboral. CAE, 1993-2018



5. Reflexiones finales y algunas recomendaciones

Antes de entrar de lleno con las recomendaciones, conviene ofrecer un breve apunte metodológico sobre las encuestas de presupuestos de tiempo para entender mejor la naturaleza de los datos que se acaban de exponer, así como el potencial y los límites de esta herramienta. Tal como se ha señalado en trabajos anteriores (Legarreta, 2008; ramos y Legarreta, 2015, entre otros), este tipo de encuestas se construye sobre una noción de tiempo cuantitativa, secuencial y lineal: el «tiempo de reloj» (Adam, 1995, 1999). Por tanto, ofrecen información sobre las actividades que lleva a cabo la población en un día promedio, así como su duración, medida en horas y minutos. No brindan información sobre el significado con el que dota a dichas actividades cada persona, ni sobre la intensidad con la que experimenta cada tiempo.

La información en torno a la simultaneidad (esto es, llevar a cabo más de una actividad al mismo tiempo), tampoco se recoge de forma fehaciente a través de las encuestas de presupuestos de tiempo, como ha quedado probado al trabajar en torno a los datos sobre actividades secundarias (Legarreta y Sagastizabal, 2020). Sin embargo, otros trabajos muestran que teniendo en cuenta la simultaneidad, el volumen anual dedicado al trabajo no remunerado es casi tres veces mayor que el estimado a partir de los datos que no la contemplan; en relación con el trabajo remunerado, sin embargo, los resultados apenas varían (Durán, 2006). En esta línea, se plantea también una revisión del cómputo de tiempo libre, y se advierte sobre la «contaminación» que padecen las actividades de ocio cuando se llevan a cabo de forma simultánea con trabajos de cuidado (como, por ejemplo, ir al cine con criaturas) (Bittman y Wajcman, 2000). Además, en los cuestionarios, con formato de diario⁷, se pregunta por la actividad principal y por aquella que se lleva a cabo de forma simultánea, pero ¿cómo se decide cuál es la principal y cuál la secundaria? Y si se llevan a cabo al mismo tiempo más de dos actividades, ¿cuál se deja sin anotar? Es probable que estas decisiones estén condicionadas por la *deseabilidad social*, a saber, que la persona que rellena el diario jerarquice las actividades según el reconocimiento y el valor social de cada una de ellas, aunque no coincida con su valoración subjetiva y personal.

Asimismo, las encuestas de presupuestos de tiempo miden la duración de las ocupaciones, de *lo que se hace*, pero no el trabajo mental de planificación y organización, el *management familiar* (torns, 2008), ni la *preocupación*, estar atenta o atento a las necesidades de otras personas. Todo ello forma parte de la naturaleza intrínseca del trabajo doméstico-familiar. Como se apunta en otro trabajo: «se puede contar el número de camisas planchadas, las horas y minutos que requiere el planchado, pero ¿cómo se mide una sonrisa?, ¿Y el cariño (o el hastío) con el que se cambia un pañal?» (Molinier y Legarreta, 2016: 10). ¿Cómo se mide el esfuerzo de cocinar un buen guiso? Y si se ha quemado, ¿se valora igual? Incluso si cuantitativamente se tardan las mismas horas y minutos, subjetivamente el tiempo dedicado a uno y a otro no tiene el mismo valor. Tampoco es igual la experiencia de cuidar de una criatura y verla crecer, que acompañar a una persona en los últimos días de su vida. Del mismo modo, cabe preguntarse: ¿cómo se valora tener un momento al día de libre disposición? A través de las herramientas cuantitativas tampoco es posible atender a los procesos de negociación que se desarrollan en los hogares en torno a la distribución cotidiana del tiempo (si es que los hay), ni al poder de decisión sobre el tiempo propio. Tampoco es posible conocer el contexto en el que se desarrollan las relaciones dentro del hogar, si existen abusos de poder, situaciones de maltrato o violencia, entre otros. Se han de tener en cuenta todas estas cuestiones para entender el potencial de las encuestas de presupuestos de tiempo porque, como advierte Valerie Bryson (2008), esta herramienta resulta útil para el feminismo siempre y cuando se tomen en consideración sus limitaciones.

Con todo, ¿cuál es el potencial de este tipo de estimaciones? Las encuestas de presupuestos de tiempo aportan información estadística sobre el volumen de trabajo doméstico-familiar que se lleva a

⁷ Eustat, como la mayor parte de organismos que lleva a cabo Encuestas de Empleo del Tiempo, produce la información a través de dos cuestionarios: el cuestionario familiar y el cuestionario individual (diario). El cuestionario familiar recoge las características sociodemográficas de todas las personas que viven en el hogar. El diario lo cumplimenta una única persona de cada hogar y en él anota las actividades que realiza durante 24 horas, con lapsos de tiempo de 5 minutos. Ambos cuestionarios se encuentran disponibles en la página web de Eustat: https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_173/opt_0/tipo_8/ti_Uso_del_tiempo/temas.html#el Consulta: 12 de abril de 2020.

cabo a nivel social para satisfacer las demandas de una población concreta, así como su distribución por género (y según otras características sociodemográficas, como la edad o la relación con el mercado laboral). Han demostrado ser un instrumento útil para cuantificar las desigualdades de género que caracterizan su reparto e identificar los avances hacia la igualdad, pero también los obstáculos y los retrocesos. Sirven, asimismo, para medir el peso relativo de estas ocupaciones en relación a la estructuración del día y respecto al trabajo remunerado, poniendo en cuestión la preeminencia de este último a la hora de producir los bienes y servicios necesarios para garantizar la sostenibilidad de la vida. De esta forma, sacan a la luz el volumen de trabajo llevado a cabo en los hogares, principalmente por las mujeres, que ha sido invisibilizado por otro tipo de estadísticas oficiales que miden la fuerza trabajo y la riqueza desde una perspectiva productiva-mercantil como, por ejemplo, la EPA y el PIB. Además, si las encuestas cuentan con series temporales, es posible llevar a cabo todos estos análisis desde una mirada longitudinal, para observar las posibles transformaciones que haya habido a lo largo del tiempo. Paralelamente, la armonización de las metodologías protagonizada por Eurostat permite comparar los resultados de diferentes países.

En este sentido, los datos sobre el uso del tiempo diario en la CAE muestran que la sociedad vasca ha dado pasos importantes para avanzar hacia la igualdad entre mujeres y hombres, pero también arrojan luz sobre algunos retos. En algunos ámbitos las desigualdades se mantienen invariables durante los veinticinco años estudiados y, en otros, los avances se detienen sobre todo en los últimos cinco años.

Las desigualdades en el tiempo destinado al trabajo doméstico y al empleo se han reducido de forma notable entre 1993 y 2018. No obstante, en ambos casos la reducción ha tenido lugar en los primeros veinte años, pues los índices de feminización no varían en el último periodo. En el trabajo doméstico las desigualdades disminuyen en mayor medida por el tiempo que las mujeres dejan de invertir, que por la mayor implicación de los hombres. Además, ellas participan de forma universal en estas labores, lo que disminuyen es el tiempo que emplean. Por su parte, los hombres aumentan tanto el porcentaje de participación como el tiempo que destinan quienes efectivamente se implican, pero no de forma clara ni constante, sino con altibajos. Además, en 2018 casi un tercio de los hombres afirman estar exentos de participar en el trabajo doméstico. Paralelamente, los quehaceres más arduos y rutinarios siguen estando principalmente en manos de las mujeres y, aunque los hombres destinan cada vez más tiempo a ellos, la tendencia se detiene en los últimos cinco años. En todo ello se identifican varios retos para avanzar hacia la igualdad.

En relación a los cuidados de personas del hogar las desigualdades persisten durante el medio siglo analizado porque tanto mujeres como hombres se implican en mayor medida en estos trabajos: se involucran más personas y, quienes lo hacen, le dedican más tiempo. La mayor demanda de cuidados derivada de los cambios demográficos (envejecimiento de la población y repunte en la natalidad), así como unas pautas más intensivas de practicar la maternidad y una paternidad más corresponsable, pueden explicar la mayor implicación en el cuidado, pues se observa en todos los ámbitos: cuidados de niñas y niños, juegos e instrucciones y cuidado de personas adultas.

La participación en el mercado laboral sigue marcando las pautas de comportamiento del tiempo dedicado al ámbito doméstico-familiar. No obstante, independientemente de su participación en él, las mujeres destinan más tiempo que los hombres al trabajo doméstico y al cuidado de personas del hogar, exceptuando la población estudiante. Las mujeres estudiantes invierten menos tiempo que los hombres empleados, desempleados y jubilados/pensionistas, pero más que sus homólogos varones.

Además, las y los estudiantes dedican cada vez menos tiempo a esta esfera, por lo que persiste un reparto desigual entre generaciones. Ahí se identifica otro reto para avanzar hacia la igualdad. Cabe señalar que entre las mujeres con empleo el tiempo destinado al ámbito doméstico-familiar persiste durante todo el periodo y entre las que están en desempleo aumenta. Estas últimas dedican un volumen de tiempo nada desdeñable, en torno a cinco horas, similar al de jubiladas/pensionistas y amas de casa a tiempo completo.

Con todo, en general, las mujeres asumen mayor carga de trabajo que los hombres lo que implica que dispongan de menos tiempo de libre disposición que ellos. Es más, ellas dedican mayor cantidad de tiempo al trabajo que al ocio y vida social, al contrario que ellos. La adquisición de mayores cotas de tiempo para sí por parte de las mujeres supone otro reto para avanzar hacia la igualdad.

Por todo ello, de cara al diseño de políticas públicas y acciones encaminadas a promover la igualdad entre mujeres y hombres, parece plausible llevar a cabo recomendaciones principalmente en dos direcciones: por un lado, en relación a la redistribución del trabajo doméstico-familiar y, por otra, respecto a la gestión, producción y difusión de datos estadísticos. El desarrollo de ambas demanda un cambio del marco de referencia más amplio: la revalorización del trabajo doméstico y de los cuidados o, dicho de otro modo, poner la sostenibilidad de la vida en el centro (carrasco, 2001, 2017; Pérez-Orozco, 2006, 2011).

La primera línea de intervención la constituyen las acciones dirigidas a la redistribución del trabajo doméstico y de cuidados como vehículo para disminuir las desigualdades de género y entre generaciones. Para ello, se percibe como prioritario fomentar una mayor implicación de los hombres en este ámbito, sobre todo en relación a los trabajos más arduos y rutinarios, pues a través de ellos se cuestionan los privilegios sobre los que se sostiene el modelo de masculinidad hegemónica. En este sentido, resulta fundamental promover la labor llevada a cabo en los últimos años en el marco del programa Gizonduz⁸ impulsado por Emakunde.

Al mismo tiempo, dado el crecimiento de la demanda de cuidados, resulta primordial el desarrollo de servicios públicos para satisfacer las necesidades tanto de la población mayor como de las criaturas. Garantizar el encaje de espacios y tiempos de toda población con empleo es también una cuestión de primer orden: la conciliación no es problema de las mujeres. Del mismo modo, hay que revisar y cuestionar la implicación en el ámbito doméstico-familiar de la población sin empleo, pues en el caso de las mujeres las aboca a convertirse en las principales responsables del hogar, mientras que, en el de los hombres, no siempre denota una mayor implicación.

La promoción de un mayor reparto del trabajo doméstico-familiar a nivel generacional resulta también fundamental. Puede ser impulsado a través de iniciativas que se desarrollen en el ámbito educativo encaminadas, principalmente, a la concienciación de la importancia de estos trabajos para la sostenibilidad de la vida, así como de las desigualdades de género que atraviesan su distribución. En

⁸ Gizonduz es una iniciativa que se pone en marcha en noviembre de 2007. Tal como se señala en su página web, «se materializa en un conjunto de medidas, en el ámbito de la sensibilización, de la formación y de la corresponsabilidad en el ámbito doméstico, dirigidas a promover una mayor participación e implicación de los hombres en pro de la igualdad de mujeres y hombres y de crear una masa crítica suficiente entre ellos que posibiliten mayores avances en el logro de dicho fin». Más información disponible en: <https://www.emakunde.euskadi.eus/gizoncas/-/informacion/gizonduz-intro/>. Consulta: 14 de abril de 2020.

este sentido, resulta importante que estos temas formen parte de los programas de coeducación de los centros de educación infantil, primaria y secundaria.

En general, en relación a la línea de intervención destinada a la redistribución del trabajo doméstico-familiar cabe destacar la labor del departamento de programas de tiempo y economía de los cuidados del ayuntamiento de Barcelona⁹. Desde una perspectiva que pone la sostenibilidad de la vida en el centro, engloba diversas iniciativas encaminadas a incentivar la adecuación de los tiempos colectivos e individuales y promover un mayor *bienestar temporal* entre la ciudadanía. Las acciones desarrolladas se dividen en cinco secciones: 1) tiempo en el barrio: reúne iniciativas comunitarias de cuidado, iniciativas destinadas a cuidadoras y cuidadores de personas con diversidad funcional, intervenciones dirigidas a jóvenes que no estudian ni trabajan, y acciones para mejorar los usos de tiempos y espacios educativos de criaturas y adolescentes; 2) tiempo en el trabajo: engloba medidas llevadas a cabo en las empresas, dirigidas a la conciliación y a la revalorización de los cuidados; 3) tiempo para compartir: brinda recursos basados en la reciprocidad para intercambiar tiempos, conocimientos, información, bienes y servicios; 4) información y recursos: ofrece información sobre subvenciones y sobre iniciativas relacionadas con los usos del tiempo (redes, jornadas, congresos...); 5) laboratorio del tiempo: recoge investigaciones, publicaciones y otros recursos (videoteca, guías de buenas prácticas) financiadas tanto por el ayuntamiento de Barcelona como por otros organismos.

La segunda línea de intervención hace referencia a la gestión, producción y difusión de datos estadísticos y ha sido desarrollada en trabajos anteriores (Legarreta y Sagastizabal, 2020). El potencial de las encuestas de presupuestos de tiempo para producir datos sobre el ámbito doméstico-familiar y sobre las desigualdades de género que lo caracterizan, justifica la necesidad de seguir desarrollando este tipo de operaciones de forma regular, con cierta periodicidad. Únicamente de ese modo se hace posible garantizar un análisis longitudinal y determinar la consistencia o no de ciertos comportamientos. En este sentido, resulta loable el compromiso institucional del Eustat por llevar a cabo la encuesta de forma quinquenal. Asimismo, la colaboración estrecha del organismo con el mundo académico en los últimos años ha permitido introducir modificaciones en el cuestionario que, sin poner en peligro la serie y la comparabilidad de los datos, aportan información sobre ámbitos anteriormente no explorados (como la externalización del trabajo doméstico-familiar o dimensiones subjetivas del tiempo, relacionadas con el bienestar personal).

No obstante, de cara a facilitar una explotación de los datos más enriquecedora, se recomienda prestar mayor atención a la recogida de información sobre las actividades secundarias. Paralelamente, se aconseja seguir trabajando en el diseño y el desarrollo de nuevos indicadores, así como utilizar los ya existentes, pues aportan información clara y fácilmente interpretable para analizar la evolución de las desigualdades de género. Del mismo modo, resulta necesario revisar las categorías que se manejan en las estadísticas para evitar contribuir a la invisibilización del trabajo doméstico-familiar, así como a

⁹ La iniciativa surge en el Ayuntamiento de Barcelona a finales 2003 con la instauración de una Concejalía de Nuevos Usos Sociales del Tiempo (NUST). Con el tiempo, se ha desarrollado y ha tomado diferentes nombres. Se encuentra disponible una información más detallada sobre las acciones que llevan a cabo en su página web: <https://ajuntament.barcelona.cat/tempscures/es>. Consulta: 14 de abril de 2020.

alimentar estereotipos sobre las personas que los llevan a cabo de forma intensiva, como señala la ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Todas estas medidas, las dirigidas a la redistribución del trabajo doméstico familiar y a la producción, difusión y gestión de datos estadísticos, deben ser diseñadas e implementadas en un marco más amplio de re-significación de las prioridades establecidas en nuestro contexto local y a escala global, a nivel económico, político y social. La sostenibilidad de la vida no es un asunto de mujeres ni es una cuestión que haya que resolver de forma privada e individual en los hogares: es una cuestión política y, por tanto, colectiva y pública, y como tal ha de ser resuelta.

Referencias y fuentes:

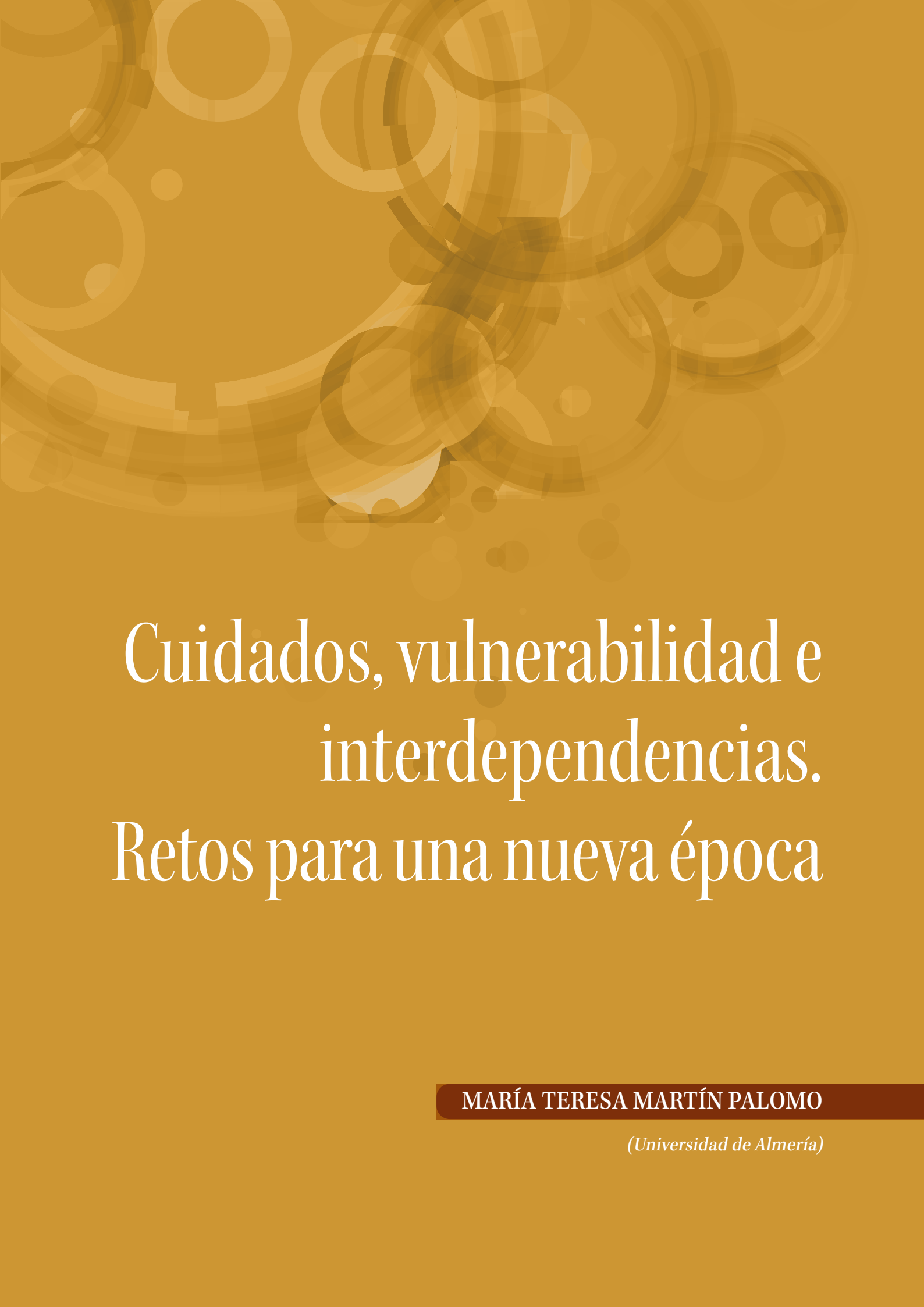
- Abril, Paco *et al.* (2015). «Ideales igualitarios y planes tradicionales: análisis de parejas primerizas en España». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 150: 3-22.
- Adam, Barbara (1995). *Timewatch: The social analysis of time*. Cambridge: Polity Press.
- (1999). Cuando el tiempo es dinero. Racionalidades de tiempo conflictivas y desafíos a la teoría y la práctica del trabajo. *Sociología Del Trabajo*, 37:5-39.
- Ås, Dagfinn (1978). Studies of time-use: Problems and prospects. *Acta Sociologica*, 21(2): 125-141.
- Balbo, Laura (1994). «La doble presencia», en Cristina Borderías, Cristina Carrasco y Carme Alemany (eds.). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria, 505-513.
- Bianchi, Suzanne M., *et al.* (2000). Is anyone doing the housework? Trends in the gender division of household labor. *Social Forces*, 79(1): 191-228.
- Bittman, Michael y Wajcman, Judy (2000). The rush hour: The character of leisure time and gender equity. *Social Forces*, 79(1), 165-189.
- Bryson, Valerie (2008). Time-use studies: a potentially feminist tool. *International Feminist Journal of Politics*, 10(2): 135-153.
- Callejo, Javier y Prieto, Carlos (2015). «Distribución y organización de los tiempos de trabajo, cuidados y ocio con una perspectiva de género», en Carlos Prieto (ed.) *Trabajo, cuidados, tiempo libre y relaciones de género en la sociedad española*. Madrid: Biblioteca Ciencias Sociales. 53-86.
- Carrasco, Critsina (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82: 43-70.
- (2017). La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz*, 91, 1º semestre: 52-77.

- Coltrane, Scott (2000). Research on household labor: Modeling and measuring the social embeddedness of routine family work. *Journal of Marriage and the Family*, 62 (Noviembre): 1208-1233.
- Durán, María Ángeles (dir.) (2006) La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid.
- _ (2018). La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de València.
- Eustat (2006a). Metodología e indicadores de calidad. EPT. Disponible en: <https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_173/opt_0/tipo_7/ti_uso-del-tiempo/temas.html#el> Consulta: 11/04/2020.
- _ (2006b). Nomenclatura de actividades personales de la vida cotidiana (EPT). Disponible en: <https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_173/opt_0/tipo_9/ti_Uso_del_tiempo/temas.html#el> [Consulta: 11/04/2020].
- _ Eustat (2016). El trabajo doméstico no remunerado de la C.A. de Euskadi equivaldría al 32,4 % del PIB en 2013. Nota de prensa. <https://www.eustat.eus/elementos/El_trabajo_domestico_no_remunerado_de_la_CA_de_Euskadi_equivaldria_al_324_del_PIB_en_2013/not0013261_c.html> [Consulta: 11/04/2020].
- _ (2017). Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, grandes grupos de edad cumplida, sexo y periodo (1981-2016). Disponible en: <http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2212_ep06.px#axzz5VDyUmbpk> [Consulta: 11/04/2020].
- _ (2019). Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, unidad, grandes grupos de edad cumplida, sexo y periodo (2001-2017). Disponible en: <http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2212_ep06b.px#axzz5VDyUmbpk> [Consulta: 11/04/2020].
- _ (2019b). Nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por territorio histórico. 1975-2018. <https://es.eustat.eus/elementos/ele0005600/ti_Nacidos_vivos_y_tasa_de_natalidad_por_1000_habitantes_por_territorio_historico_1975-2018/tbl0005708_c.html> [Consulta: 11/04/2020].
- _ (2020). Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1975-2018. Disponible en: <https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/Esperanza_de_vida_al_nacimiento_en_la_CA_de_Euskadi_por_causa_de_defuncion_territorio_historico_y_comarca_según_sexo_y_año/tbl0000031_c.html> [Consulta: 11/04/2020].
- Gershuny, Jonathan y Robinson John P. (1988). Historical Changes in the Household Division of Labor. *Demography*, 25(4): 537-552.
- González, María José y Jurado, Teresa (eds) (2015). Padres y madres corresponsables: Una utopía real. Madrid: La Catarata.
- Mattingly, Marybeth J. y Sayer, Liana C. (2006). Under pressure: Gender differences in the relationship between free time and feeling rushed. *Journal of Marriage and Family*, 68(1): 205-221.

- Martín, Unai y Bacigalupe, Amaia (2015). «El ámbito del sueño», en Matxalen Legarreta (Coord.), *Dos décadas de cambios social en la C.A. de Euskadi a través del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013*. Vitoria-Gasteiz: Eustat. 215-238.
- Moreno-Colom, Sara (2015). The gendered division of housework time: Analysis of time use by type and daily frequency of household tasks. *Time & Society*. 26 (1): 3-21.
- Moreno-Colom, Sara *et al.* (2018). «La masculinización del tiempo dedicado al trabajo doméstico rutinario». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 163: 41-58.
- Mückenberger, Ulrich (2007). *Metronomo de la vida cotidiana. Prácticas del tiempo de la ciudad en Europa*. Gijón: Trea.
- Hochschild, Arlie R. y Machung, Anne (2003). *The second shift: Working families and the revolution at home*. London: Penguin Books. [1989]
- INE (2017). Encuesta de Población Activa, Metodología 2005. Descripción general de la encuesta. Madrid: INE. Disponible en: <<https://www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/docs/resumetepa.pdf>> [Consulta: 13/04/2020].
- Larrañaga, Mertxe y Jubeto, Yolanda (2009). ¿Calma tras la tormenta financiera? reflexiones desde la perspectiva de género. *Lan Harremanak*, 20(21): 31-50.
- Larrañaga, Mertxe; Jubeto, Yolanda y de la Cal, María Luz (2011). Tiempos de crisis, tiempos de des-ajustes, tiempos precarios, tiempos de mujeres. *Investigaciones Feministas*, 2:95-111.
- Legarreta, Matxalen (2008). «El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados». *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 26(2): 45-69.
- Legarreta, Matxalen y García Sainz, Cristina (2015). «Las familias y el reparto del trabajo doméstico», en Matxalen Legarreta (Coord.), *Dos décadas de cambios social en la C.A. de Euskadi a través del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013*. Vitoria-Gasteiz: Eustat. 107-143.
- Legarreta, Matxalen y Sagastizabal, Marina (2018). «Haciendo visible el trabajo invisibilizado (que no invisible): Las encuestas de usos de tiempo». *Dossieres Economistas sin Fronteras*, 29:25-29.
- Lewis, Jane (2002). Gender and welfare state change. *European Societies*, 4(4): 331-357.
- Miller, Pavla (2012). Do Australian Teenagers Work? Why We Should Care. *Feminist Economics*, 18:4, 1-24.
- Molinier, Pascale y Legarreta, Matxalen (2016). «Subjetividad y materialidad del cuidado: Ética, trabajo y proyecto político». *Papeles Del CEIC*, 1, Presentación, 1:14.
- Pérez Orozco, Amaia (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Social y Económico.
- _ (2011). Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida. *Investigaciones Feministas*, 1: 29-53.

- Ramos, Ramón (2006). «La situación general del empleo del tiempo en la C. A. de Euskadi: Estructura, dinámica y comparación». Encuesta de Presupuestos de Tiempo. 2003. Monográficos. Vitoria-Gasteiz: Eustat. 18-49.
- Ramos, Ramón y Legarreta, Matxalen (2015). «Tiempo y estructura social», en Matxalen Legarreta (Coord.), Dos décadas de cambio social en la C.A de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013. Vitoria-Gasteiz: Eustat. 21-44.
- Sagastizabal, Marina (2019). La triple presencia. Estudio sobre el trabajo doméstico-familiar, el empleo y la participación sociopolítica. Bilbao: UPV/EHU.
- Sagastizabal, Marina y Luxán, Marta (2015). «Género y uso del tiempo», en Matxalen Legarreta (Coord.), Dos décadas de cambio social en la C.A de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013. Vitoria-Gasteiz: Eustat. 385-423.
- Sánchez-Mira, Núria y Muntayola, Dafne (2020). Attachment parenting among middle-class couples in Spain: gendered principles and labor divisions. *Journal of Family Studies*. 1-18.
- Sullivan, Oriel (2000). The division of domestic labour: Twenty years of change? *Sociology*, 34(3): 437-456.
- Torns, Teresa (2008). «El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género». *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15:53-73.





Cuidados, vulnerabilidad e interdependencias. Retos para una nueva época

MARÍA TERESA MARTÍN PALOMO

(Universidad de Almería)

Índice

1. Introducción	117
2. Vulnerabilidades compartidas.	118
3. Cuidados necesarios	119
4. Políticas desde lo local: ciudades, municipios, comunidades y entornos que cuidan.	122
4.1. Ciudades cuidadoras, municipios que cuidan	123
4.1.1. Madrid, Ciudad de los Cuidados	123
4.1.2. Berriozar, Pueblo que Cuida	124
4.2. Programas comunitarios de intervención en entornos «vulnerables»	125
4.2.1. Diseños de la ciudad con cuidado	125
4.2.2. Cuidar a la comunidad que cuida	127
4.2.3. Programas de medicación tecnológica y de tiempos compartidos	128
4.3. Comunidades que cuidan: hacia la política invisible	129
4.3.1. Historia de una escalera	129
4.3.2. Comunidades cuidadoras en el medio rural: El Panal y el Collete-ro	130
4.4. Experiencias de vivienda colaborativa	131
5. Conclusión	133
6. Referencias bibliográficas	135



1. **Introducción***

El cuidado es hoy un amplio campo de investigación, pues se ha convertido en asunto de gran trascendencia social por el incremento creciente de la participación continuada de las mujeres en el mercado laboral, la reducción de las atribuciones del Estado de bienestar, la intensificación de las migraciones en el contexto de la globalización, el envejecimiento creciente de la población y los riesgos asociados a dichos procesos.

Objeto indiscutible de las políticas públicas, el cuidado constituye un reto político de primer orden, en tanto que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se postula en nuestro país como el cuarto pilar del Estado de Bienestar. Mas, las necesidades de cuidado en una sociedad longeva como la nuestra, entre otros motivos, son tantas que no basta con la respuesta institucional, todos los actores sociales, que de hecho ya desempeñan un importante papel, más o menos reconocido o valorado, deben implicarse. Por ello, ante las situaciones de crisis que se dan en la provisión del cuidado, tremendamente elocuente la provocada por la pandemia de COVID 19, que ha puesto de manifiesto lo inconmensurable de dichas necesidades, urge analizar cómo involucrar a todos los agentes sociales y políticos, y plantear propuestas acerca de cómo distribuir y compartir las responsabilidades entre Estado, mercado, familias y organizaciones de la sociedad civil, sobre la forma que adoptará en el futuro el modelo del cuidado en Euskadi.

En este sentido, se propone en este trabajo un cierto giro epistemológico para visibilizar la magnitud y variedad de cuidados que circulan en la sociedad vasca, desde una perspectiva que dé cuenta de quién cuida de quién y cómo lo hace, es decir, teniendo presente cómo se entrecruzan los ejes de desigualdad que atraviesan el cuidado. Así, en lugar de pensar en los cuidados como un proceso unidireccional (alguien autónomo que presta cuidados a una persona dependiente), se invita a que se produzca información relativa a la enorme complejidad y riqueza de los cuidados que se intercambian en diversas

* Agradezco a María ángeles Durán la invitación a colaborar en este monográfico y sus acertadas sugerencias; a José María M. Terrón su atenta lectura y los comentarios realizados a este texto. No obstante, el resultado es responsabilidad exclusiva mía.

direcciones, no siempre desde la autonomía hacia la dependencia, sino estableciendo y manteniendo relaciones de interdependencia, y en diseños políticos de diferentes escalas. Para ello, se parte de las implicaciones que tiene el tomar en consideración la noción de una vulnerabilidad humana constitutiva, la necesidad que todas las personas tenemos de cuidados, para que no sólo se tome en cuenta el cuidado prestado a personas mayores dependientes, a criaturas, o a personas con diversidad funcional, sino también a otras personas adultas en general y los autocuidados, así como los cuidados que gentes ancianas, o con diversidad funcional prestan a otras o a sí mismas (Martín Palomo, 2010b).

Cuidar constituye un proceso social complejo, que empieza mucho antes y termina mucho después de que una práctica material concreta de cuidado se lleve a cabo, pues cabe decir que el cuidado tiene lugar, acontece, en la relación que lo constituye. Se trata, pues, de una actividad relacional, con varias dimensiones, que no solo incluyen las tareas efectivas del cuidado, lo que cabe denominar la dimensión *material*, sino que involucra también una dimensión *emocional* (afectos, emociones, sentimientos implicados en el cuidado), y otra dimensión *moral* (la responsabilidad que se adquiere, quién se siente llamado a cuidar y cómo lo hace). Al tomar en cuenta esta variedad de aspectos, resulta muy difícil dimensionar y medir la estructura de desigualdad que se genera y reproduce ante todo entre quienes son principalmente proveedores habituales de cuidados y quienes por lo general tienen más costumbre de recibirlos que de darlos, pero también en muchos otros intercambios de cuidados entre las personas que bien pueden ser receptoras aun no siendo «dependientes», ni «discapacitadas», ni estando enfermas; y la inversa, que siendo «dependientes», «discapacitadas», prestan cuidados.

Hablar de cuidado es hacerlo, pues, de una vulnerabilidad humana constitutiva y de las interdependencias que la caracterizan, una variedad casi ilimitada de situaciones de dependencias entrelazadas, en las más diferentes circunstancias de la vida. Vulnerabilidad y dependencia, como rasgos inherentes a la condición humana (Paperman, 2005), se manifiestan en una trama delicada y sutil de interdependencias en el cuidado, cargadas de implicaciones políticas. Es teniendo en cuenta toda esta riqueza invisible del cuidado, en palabras de María Ángeles Durán (2018), como se han de pensar las políticas públicas.

2. Vulnerabilidades compartidas.

La vulnerabilidad de la que se trata aquí, por tanto, antes que una característica de ciertas colectividades sociales, esos denominados grupos vulnerables, constituye, en principio, un ambivalente atributo propio de las existencias humanas, en tanto cuerpos capaces y frágiles, vivientes y mortales (Muñoz Terrón, 2012). En consecuencia, se trata de pensar los cuidados a partir de la vulnerabilidad, y no a la inversa, pues en el diseño de políticas de cuidados se suele partir a menudo de un modelo dicotómico: autónomos, por un lado, y dependientes, por otro. Sin embargo, en la vida «real» esta dicotomía es más difusa y la frontera entre ambas categorías es muy porosa, ya que todas las personas a lo largo de nuestras vidas atravesamos diferentes grados de dependencia e independencia, de autonomía y vulnerabilidad. Si se presuponen únicamente la independencia y la autonomía en la naturaleza del vivir humano se excluye una buena parte de nuestra experiencia, que se tiende a ocultar, por ejemplo, separando rígidamente vida pública y vida privada (Tronto, 1993). Diversas teorías feministas han insistido, por ello, en la nece-

sidad de cuestionar esa división entre público y privado, precisamente para poder hacer emerger todo este universo escondido, del que solo hemos visto la punta del iceberg en tiempos recientes, gracias a las encuestas de usos de tiempo (véanse, sin ir más lejos, los trabajos de María Ángeles Durán) y a otras formas de estimación económica que han permitido visibilizar gran parte del trabajo que conlleva el cuidar.

Asociado a esta invisibilización sistemática del cuidado en la existencia humana, confinado al ámbito privado, está el olvido del hecho de que ninguna persona puede ser sin las otras, que somos todas interdependientes. Aceptar esta experiencia de la interdependencia cuesta, seguramente porque ello significa cuestionar ciertas nociones de individuo o de sujeto soberano e independiente, que ha dibujado la Modernidad más exaltada (Molinier, Paperman & Laugier, 2009), para pasar a aceptar que todos dependemos de otras personas, no solo para nuestras necesidades más elementales sino, de un modo u otro, en todos los ámbitos de nuestra existencia. Lo cierto es, como señaló Norbert Elias (1990), que todo ser humano vive desde pequeño en una red de interdependencias. Nuestras vidas subsisten y nuestros proyectos se sustentan día a día en una extensa red de cuidados, propios o de otras personas, que nos mantienen vivos. Demandar y prestar cuidados es, pues, algo que todas las personas pueden hacer en diferentes momentos de sus vidas. Cuidar, cuidarse, ser cuidada, son caras de una misma condición vulnerable del ser humano, por lo que establecer una diferencia estricta entre «personas que son cuidadas por otras» y «personas que cuidan de sí y de otras» lleva a considerables equívocos (Martín Palomo & Muñoz Terrón 2015); posee mucho más sentido tener presentes las múltiples relaciones de interdependencia que tejen nuestras vidas. De ahí la necesidad de una revisión de la concepción asimétrica de la relación de cuidado, es decir, un modelo lineal en que una persona cuida y otra recibe cuidado, como el que tiende a prevalecer en las políticas públicas. Una simplificación que se rompe, por ejemplo, cuando se consideran los cuidados que prestan personas con funcionalidad diversa que también necesitan atención para poder desarrollar las actividades de la vida cotidiana (Venturiello, Gómez Bueno & Martín Palomo, 2020). La idea de vulnerabilidad constitutiva aquí planteada tiende a cuestionar esta dicotomía, y con ello nos invita a repensar las responsabilidades sociales de todas las personas, sin por ello obviar que en algunos grupos sociales se pueden dar vulnerabilidades específicas más hondas o que sufran determinados procesos de vulnerabilización más graves, en una sociedad cada vez más desigual. Viendo cómo han arrancado las crisis desencadenadas por la pandemia del COVID 19, caber temer que previsiblemente esta brecha se incrementará. Es preciso aquí pensar en quienes cuidan de otros de manera habitual (Nakano Glenn, 2000), y en las vulnerabilidades intrínsecas al trabajo de cuidado, como labor que suelen desempeñar los grupos sociales subalternos, los no privilegiados, quienes no pueden ser indiferentes a las demandas de cuidado y quienes se sienten interpelados o interpeladas para dar respuesta a las necesidades de cuidados de otras personas, frente a quienes pueden permitirse permanecer impasibles ante ellas (Gilligan, Hochschild & Tronto 2013).

3. Cuidados necesarios

Asumido, pues, que todas las personas somos vulnerables y que todo el mundo tiene necesidad de cuidado, se plantean entonces algunas preguntas: Pero, ¿cómo entender la «necesidad»? ¿y cómo «la respuesta» a dicha necesidad? Para empezar, tanto definir la necesidad, primero, como acordar las

diferentes formas de darle respuesta luego, son cuestiones políticas. Aun siendo muy general, consideramos adecuada y suficiente la siguiente comprensión del cuidado: una actividad humana fundamental «para mantener, perpetuar y reparar nuestro «mundo», de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que intentamos mantener en una red compleja que sostiene la vida» (Fischer & Tronto, 1990: 40); en suma, un proceso social, relacional y enormemente complejo, como se argumenta a continuación.

Siguiendo la propuesta de Joan Tronto (1993), en el cuidado se pueden diferenciar cuatro «fases». Cuidar es: (1) *preocuparse de*: atender y reconocer una necesidad, implica disposición de atención a los otros, es decir, el estar pendiente de que la necesidad se muestre, asome, para poder poner en marcha la forma de darle respuesta o bien darle respuesta directamente¹; (2) *encargarse de*: supone buscar los medios para satisfacer la necesidad; implica adquirir una responsabilidad en relación con la necesidad identificada²; (3) *procurar cuidados*, es decir, el trabajo efectivo y material de cuidado, la respuesta a la necesidad, supone contacto directo con la persona objeto del cuidado e implica unas competencias determinadas para realizarlo³; y (4) *el responder*, la capacidad de la persona beneficiaria de dar respuesta al cuidado recibido, verificación del buen cuidado por parte de quien lo recibe⁴. Aunque, tal como se pone de manifiesto en otro lugar (García Selgas & Martín Palomo, 2020), el cuidado no es lineal ni unidireccional, sino que circula, y esta circularidad es base de la relación de interdependencia y de poder que crea. Todo ello lo convierte en enormemente complejo en su relación con la política.

Para avanzar conociendo cómo opera y desentrañar la complejidad del cuidado, podemos analizar con más detalle las tres dimensiones citadas que lo atraviesan: material, emocional y moral (Martín Palomo, 2008). Dimensiones en verdad indisociables, pero cuya diferenciación permite comprender cómo el cuidado ha sido invisibilizado históricamente y tan solo desde hace unas décadas empieza a ser tratado como un «problema social». Un enfoque este poco desarrollado aún pese a ser muy completo. Más difusión ha tenido el análisis centrado en la dimensión emocional del trabajo de cuidado de la mano de los planteamientos de Arlie R. Hochschild (2008). No obstante, se ha de subrayar aquí que precisamente debido al entrelazamiento de estas tres dimensiones es difícil identificar «el trabajo

¹ Hay descuidos en el cuidado que tienen que ver con que no hay alguien concreto que esté pendiente, con la ausencia de esta atención primera, como por ejemplo cuando alguna persona muere en su casa en soledad.

² Si una persona en un paseo o al hacer un recado, ve a otra que está viviendo en la calle sin alimentos, sola, puede obviarla y seguir su camino, o puede buscar ayuda, aunque sea llamando a un programa de Cruz Roja que asista a las personas transeúntes, y continuar luego con sus tareas. Es poco ese gesto, sin embargo, con él se ha incorporado a alguien más a esta circulación del cuidado, al hacerse cargo de iniciar un proceso para dar respuesta a una necesidad encontrada al azar. Este es uno de los argumentos por el que el trabajo con las comunidades y los barrios puede contribuir a construir ciudades cuidadoras, como las que se abordan aquí.

³ Esta es la fase que generalmente suele ser identificada, medida, valorada y reconocida como «trabajo de cuidado», desde una idea de trabajo que puede ser cuestionada desde la propuesta de domesticación (Martín Palomo, 2008).

⁴ Aun cuando la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, reconozca el derecho subjetivo al cuidado, en la práctica de las diferentes administraciones encargadas de su gestión institucional se tiende más a dar una respuesta estandarizada, que a tomar en cuenta las preferencias y prioridades de quienes tienen unas determinadas necesidades de cuidados y atención para el desempeño de las actividades básicas en la vida cotidiana. En el caso de soluciones privadas, la capacidad de decidir cómo y qué se prefiere se despliega y tiende a ejercerse más, por ejemplo, en ciertos modelos de vivienda colaborativa, o cuando se contrata ayuda privada en el mercado (Martín Palomo *et al.*, 2018).

emocional» en sí, pues la dimensión emocional y la moral en la práctica son difícilmente separables, como lo es la propia materialidad del cuidado, si se tiene presente que estamos hablando de una actividad que tiene lugar en y a través de una relación.

Dimensión material. El cuidado posee la paradójica cualidad de tender a hacerse casi invisible. De hecho, un cuidado para que sea de calidad parece que necesita ser especialmente discreto, que solo se hace notar justo cuando algo falla, cuando alguien no está atento, o cuando queda sin cubrir adecuadamente una determinada necesidad o demanda (Molinier, 2005), es decir, cuando hay descuido. Los cuidados, afirmamos con Pascale Molinier, presentan un auténtico déficit crónico de reconocimiento; de ahí que, quepa añadir, representen un reto para el diseño y la implementación de políticas sociales. La materialidad del cuidar, sin embargo, ha devenido recientemente visibilizable, valga la expresión, e incluso medible, en magnitudes que se han estandarizado en las ciencias sociales, como el tiempo o el dinero (Durán, 2018). La medición de los tiempos empleados en el cuidado presenta, no obstante, algunas limitaciones para poder analizar, tanto la simultaneidad de las tareas (Legarreta, 2008) como otros aspectos, tales como la preocupación por el otro, los afectos, la disponibilidad, la anticipación, la responsabilidad. El tiempo dedicado a una actividad es, por lo demás, algo más complejo que la simple duración, entre otras razones porque los humanos somos seres corporales (Ramos, 2006), de ahí que el tiempo se incardine de formas diferentes según nuestras diversas capacidades y funcionalidades y varíe con nuestras diversas experiencias, y los momentos vividos.

Dimensión moral. En relación con los afectos, las emociones y los sentimientos hemos de subrayar, de la mano de Torregrosa (1984), que también ellos son artefactos culturales, que existen en contexto. Las nociones de «trabajo emocional» y de «gestión emocional», por ejemplo, esa sonrisa descrita como una herramienta de trabajo por Hochschild (1983), son fundamentales para entender esta dimensión emocional en el cuidado. Las emociones se dan, se perciben y expresan en el cuerpo. El asco, v.gr., que aparece tanto en los cuidados prestados por personas de la red familiar como en profesionales del cuidado, permite entender hasta qué punto las emociones también son sociales. Así, las normas de género en relación con el asco han cambiado significativamente: si los hombres mayores, hoy abuelos, no podían cambiar pañales a sus hijos por no poder soportar el olor, los padres actuales lo hacen sin problema, el asco en este caso no es tanto una emoción «personal» como «generacional» (Martín Palomo, 2010a). Esto es muy importante para orientar las políticas de cuidado pues hay que trabajar el contenido social de dichas emociones si se pretende que los hombres se impliquen más y en las diversas tareas de cuidado.

Dimensión moral. Los aspectos éticos y morales del cuidado ha tenido un importante desarrollo en los estudios de género a partir del debate provocado principalmente por la obra de Carol Gilligan (1985[1982]). Lo moral remite a aquellas construcciones que definen lo que está bien y lo que está mal, lo correcto, lo adecuado para una vida justa, los principios últimos de comportamiento por los que actuamos o creemos actuar. Pero no todas las personas en nuestra sociedad nos sentimos interpelados por igual a cuidar de otras personas. ¿Quién define qué es cuidar bien? ¿Qué se considera que es un buen cuidado? ¿A quién le corresponde prestarlo? (Martín Palomo, 2016).

Es necesario analizar las prácticas, las negociaciones sobre dichas prácticas, y lo que se dice sobre ellas. Hay personas privilegiadas en nuestra sociedad que reciben buen número de cuidados, cuidados que son casi invisibles, y de los que muchas veces no tienen consciencia por considerar que es natural que así ocurra. Sin ir más lejos, ocurre con las criaturas, pero no solo, también muchos adultos

y adultas están acostumbrados a recibir cuidados y no son conscientes de ello ni lo valoran. Esto se ejemplifica con algunos misterios, grandes enigmas en muchos hogares, como el de la ropa limpia, depositada un día en el cesto de la ropa sucia y que aparece aseada y planchada en los armarios, o el de un hogar en el que todo marcha de maravilla hasta que de pronto un día deja de funcionar al enfermar quien se hacía cargo de su mantenimiento.

En relación con la dimensión moral cabe señalar, así mismo, que el tomar sobre sí la responsabilidad de cuidar de otras personas también lleva consigo asumir algunos riesgos, por ejemplo, el de que nos podemos equivocar. Y cuando se trata de personas con grandes fragilidades es un gran peso a sobrellevar este poder no estar haciendo las cosas bien: desde proporcionar una comida inadecuada, que implique serios peligros para la salud de una persona enferma, a no haber tenido una buena profilaxis. Y esto también hace muy vulnerable a quien presta cuidado habitualmente, ya que se expone a las consecuencias de sus posibles errores o negligencias, que a veces se pueden generar al prestar cuidados con buena voluntad pero sin los conocimientos técnicos adecuados para dar respuesta a las necesidades específicas de cada persona, sea porque la necesidad obliga, sea porque para determinadas tareas se dan por supuestas de antemano las competencias necesarias. Estos riesgos, no suelen ser considerados, por ejemplo, como un plus de peligrosidad cuando se trata de cuidados prestados como un empleo remunerado.

En suma, con estas pinceladas se pretende dar cuenta de la necesidad de integrar una concepción del cuidado como proceso social complejo, relacional, con sus interconectadas dimensiones materiales, emocionales y morales, en los diseños de políticas de cuidados.

4. Políticas desde lo local: ciudades, municipios, comunidades y entornos que cuidan.

El carácter relacional, complejo y multidimensional del cuidado implica, pues, que los diseños e intervenciones en políticas públicas tienen que estar muy próximas a las necesidades encarnadas, situadas y cambiantes de las diversas personas. En este sentido es importante plantear las políticas de cuidados desde la perspectiva de sus diversas configuraciones, que van unidas a espacios y a tiempos concretos, de personas concretas, que tienen necesidades que se van transformando en su vida cotidiana. Consecuencia de ello, es la invitación a pensar unas políticas de cuidado desde lo local, para que sean más próximas a dichas configuraciones de cuidados y a esa disposición de estar atentos a cómo las necesidades surgen o van cambiando. Aquí se propone un acercamiento a tres vías distintas para promover hoy estas políticas. Una, políticas que se impulsan desde arriba; otra, políticas que se inventan desde abajo; y una tercera, que sería una mezcla creativa de iniciativas desde arriba y desde abajo. Más en concreto, una, la propuesta de ciudades y municipios que cuidan; dos, las propuestas de comunidades que cuidan (en edificios, en barrios); y tres, la propuesta de vivienda colaborativa o *co-housing*. Se trata de tomar como perspectiva de análisis de estas diversas propuestas los tres posibles actores, iniciadores o impulsores de las mismas: i.e., las administraciones públicas, el tejido social y asociativo, iniciativas privadas, o una combinación de todas ellas.

4.1. Ciudades cuidadoras, municipios que cuidan

La ciudad como constructo cultural y político, como espacio social y público, ha sido concebida desde antiguo en contraposición a los ámbitos privados o domésticos. Así, el cuidado se ha asociado a los lugares y los espacios de lo familiar, lo privado, lo particular. Esta separación ha ido acompañada por una división de género: la ciudad, lo público y lo político, espacio del *ciudadano varón*; la casa y la privacidad, el lugar de las mujeres, las *excluidas* de la ciudadanía (Murillo, 1996). Hablar de ciudades cuidadoras equivale pues a pensar en reorganizar todo esto. En ese sentido, hace casi un siglo Robert E. Park (1925) ya nos daba una clave fundamental: una ciudad es una organización moral, un entramado de actitudes, costumbres y sentimientos; está implicada en los procesos vitales de quienes la habitan. Por ello, es un lugar privilegiado para pensar en modelos de intervención en los que el cuidado, el mantenimiento y la reproducción de la vida tengan la debida centralidad. Y ese es el reto al que empujan las propuestas de ciudades que cuidan y municipios cuidadores.

En verdad, asumir este enfoque constituye un verdadero vuelco. Planear las ciudades, los municipios, desde el prisma de la organización del cuidado de sus habitantes por parte de toda la ciudadanía es un campo que aún está casi entero por explorar, pero a la vez, como señala M. A. Durán (2017), será una tarea ardua en tanto que se han de enfrentar cuestiones como: a) las limitaciones de los presupuestos locales; b) las dificultades para delimitar funciones entre las distintas organizaciones; y c) la tensión, en la gestión económica y administrativa entre las nuevas entidades y las ya existentes. En todo caso, pese a su estado embrionario, estas propuestas son proyectos que indudablemente se han tomado en serio el carácter primordial del cuidado como asunto de todos y todas, conciben el cuidado como esa cuestión primordial para la ciudadanía, que se ha señalado aquí al comienzo. Y lo hacen con una voz nueva.

4.1.1. Madrid, Ciudad de los Cuidados

A comienzos del siglo en curso, hay constancia de alguna experiencia pionera del tipo «ciudad cuidadora», en nuestro ámbito más cercano, que puede servir de referencia para dar impulso a otras. En 2004 se crea en Barcelona una normativa sobre tiempos en la que se incorpora la necesidad de colocar el cuidado en el centro de las políticas municipales, pero no será hasta fechas mucho más recientes, en 2017, que el Ayuntamiento de Barcelona apruebe un Plan para garantizar el derecho a recibir y ofrecer cuidados dignamente. En Madrid, el Ayuntamiento también había puesto en marcha en 2015 la campaña «Madrid, Ciudad de los Cuidados»⁵. Algunos elementos de ambas propuestas eran ya conocidos (la promoción de la salud, los servicios sociales de cuidado, la atención individualizada en los barrios), como apunta María Ángeles Durán (2017). Otros, en cambio, eran más novedosos, en especial, en el caso madrileño: los diagnósticos sociales, la mayor peatonalización de la ciudad y el apoyo al desplazamiento en bicicleta, los proyectos sostenibles de economía social, los eventos culturales accesibles, los bancos de alimentos, los grupos de consumo, el énfasis en el cuidado colectivo. En definitiva, una apuesta clara por recuperar las calles, los barrios, la entera trama de la ciudad, para el cuidado de las personas y de su entorno, lo que se resumía en el lema «lo común importa». En el trasfondo de estos objetivos políticos de nuevo cuño

⁵ Véase en línea: http://madridsalud.es/que_es_mcc/

tal vez se adivina la estela que fueron dejando propuestas como la de Jane Jacobs ([1961]2011), que ya a comienzos de la década de 1960 plantea la construcción de ciudades con espacios cotidianos de interacción, como las aceras llenas de negocios y actividades varias, que permiten potenciar las redes de cooperación, o como la de Daphne Spain (2002) y su apuesta por realizar acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los grupos con vulnerabilidades especiales. Y tantas otras autoras que han repensado el nexo entre el urbanismo y la igualdad/desigualdades de género (véase, Rico y Segovia, 2017: 45-46). Un tipo de iniciativas que sacan a los cuidados de la invisibilidad que los caracteriza y les invitan a «hacerse ver», a ser incorporados como asunto público, que concierne a todas las personas que transitan por los espacios urbanos y sociales.

A diferencia de las propuestas precedentes, en la campaña «Madrid, Ciudad de los Cuidados» los servicios de cuidado no se destinan específicamente a poblaciones en riesgo de exclusión, sino que están concebidos como dirigidos a todas las personas, lo que concuerda con la concepción arriba planteada de una vulnerabilidad común humana y las interdependencias compartidas y apunta, por tanto, a un planteamiento claramente universalista del cuidado. Probablemente, uno de sus mayores aciertos sea el que tome impulso desde los centros de salud en los barrios que tienen una presencia cercana y cotidiana con ciudadanos y ciudadanas. El cambio de gobierno municipal de la capital madrileña, en la pasada primavera de 2019, deja abiertos muchos interrogantes sobre la continuidad y una posible, y deseable, mayor concreción de tan prometedora propuesta.

4.1.2. *Berriozar, Pueblo que Cuida*

Con sus peculiaridades sociales propias, como espacios con poblaciones menos numerosas y probablemente con mayor interrelación y conocimiento mutuo, también en los ámbitos rurales hay iniciativas de interés en esta línea de municipios que cuidan y que intentan procurarse herramientas para pensar la vida común desde los cuidados. En el medio rural se inscribe, por ejemplo, la iniciativa *Berriozar, Pueblo que Cuida* (Zaintza Ardatz), impulsada en 2018 desde el Servicio Municipal de Igualdad de esta localidad vasca, que, con la participación de los diversos agentes sociales, busca crear un espacio de reflexión y de trabajo en torno a los cuidados, con el objeto de sensibilizar a la población sobre su importancia decisiva, tal como se afirma en la presentación pública de dicha iniciativa, en la que se incide sobre la común condición de interdependientes y vulnerables, que justifica la necesidad de este tipo de intervenciones que den centralidad y pongan en valor los cuidados:

«Cuidado de personas mayores, de criaturas, de personas dependientes, cuidado entre personas, cuidados en las diferentes etapas de la vida, autocuidados, cuidado compartido, cuidado saludable, cuidado sostenible, cuidado igualitario, cuidado valorado. [...] En cualquier momento de nuestras vidas vamos a necesitar de cuidados porque somos seres vulnerables. Todas las personas a lo largo de nuestra vida vamos a requerir los cuidados y atención de otras, no solo por enfermedad o por etapas de la vida, sino porque los cuidados son relaciones, son afectos, vínculos, etc.»⁶

⁶ Ver en línea: <http://revistaberriozar.com/berriozar-pueblo-que-cuida-berriozar-zaintza-ardatz/>

4.2. Programas comunitarios de intervención en entornos «vulnerables»

Dentro de las ciudades, los barrios son los entornos más cercanos para el desarrollo de la vida cotidiana. Las experiencias «exitosas» a la hora de impulsar políticas de cuidados desde lo local tienen mucho que ver con la existencia de un tejido asociativo y comunitario que ya estaba presente en ellos. En este sentido, las iniciativas de las que se quiere dar cuenta aquí, sin ánimo de exhaustividad, simplemente a modo de ejemplo, por su concepción y también por ser modelos muy participativos e integradores, ya partían de un trabajo previo, de varias décadas, en las barriadas.

De las experiencias comunitarias de trabajo en los barrios impulsadas por las administraciones locales, se destacan aquí los proyectos de cuidados comunitarios en salud del barrio de Vallecas, Madrid (Autoría colectiva, 2019) o San Pablo, Zaragoza (Escartín y Gimeno, 2019), o los programas de intervención en barrios vulnerables que se integran en modelos más globales de ciudades de cuidados o ciudades que cuidan. Iniciativas como la de Pamplona, o la de Zumárraga, Gipuzkoa, buscan también llevar a cabo intervenciones localizadas en los barrios más vulnerables, si bien bajo una lógica que pretende ser universal. En los casos pamplonés o zumarragano, mediante la planificación de un modelo de ciudades de cuidado, en los de Vallecas o San Pablo, gracias al impulso prestado desde un centro de salud en el que ya tenía una importante implantación el trabajo comunitario.

Vamos a detenernos a revisar algunas de estas experiencias y analizar algunos aspectos de interés para ir incorporando esta perspectiva apuntada en la primera parte de este capítulo que parte de la vulnerabilidad humana, de todos y todas, para pensar en el cuidado, en las necesidades de cuidado y en la definición de las respuestas políticas al respecto.

4.2.1. Diseños de la ciudad con cuidado

Hay algunas experiencias de diagnósticos para poner en marcha programas de desarrollo comunitario centradas en «poner la vida en el centro», como la de Pamplona, o la de Zumárraga, que con un planteamiento muy amplio, pretenden dar más protagonismo al cuidado en los programas de desarrollo comunitario. Si bien es muy difícil resolver la tensión entre dos diferentes formas de entender la vulnerabilidad: una, como condición humana universal para todos y todas; y otra, más social, que pone el foco en los grupos vulnerables. Difícil paradoja que de no resolverse termina planteando intervenciones comunitarias con dos velocidades, lo que solo se resuelve en última instancia desde una perspectiva universalista. No obstante, presentan grandes avances, entre otros motivos por partir de un diagnóstico de la situación con participación ciudadana.

La localidad guipuzcoana de Zumárraga se ha marcado como hoja de ruta el transitar hacia un modelo social, sustentado en cuidados, y para ello encargó un diagnóstico de diversidad social y de vul-

nerabilidad,⁷ partiendo de una visión del cuidado que reconoce la vulnerabilidad de todos y todas, así como la interdependencia y ecodependencia, buscando poner en marcha con perspectiva interseccional una estrategia inclusiva, mediante una metodología de Investigación-Acción-Participativa, «una iniciativa que trabaje los cuidados y el desarrollo comunitario utilizando como herramienta la participación ciudadana» (Arcadia, 2018: 5). Como resultado del proceso se han propuesto cuatro proyectos de desarrollo comunitario, tal como se describe en este mismo informe: a) Huertas Urbanas Comunitarias, espacios donde personas de diversas generaciones unen esfuerzos y conocimientos para cultivar un pequeño huerto o jardín, al tiempo que cultivan sus relaciones⁸; b) Espacio Comunitario Cogestionado, se trata de un centro que se convierte en espacio de encuentro gestionado entre individuos y organizaciones⁹; c) Caminos Anti-Soledad no deseada que, ante una situación que afecta sobre todo a mujeres mayores, pretende crear una red de observadores atentos a los vecinos y vecinas, sobre todo profesionales de la salud y de los servicios sociales, asociaciones, o pequeños negocios de los barrios para detectar situaciones de soledad no deseada¹⁰; y, d) Comunicación Comunitaria, ya que se entiende que las tecnologías de la información y de la comunicación son fundamentales en las sociedades en que vivimos y que son una puerta abierta a la interacción con los y las otras, abriendo cuentas en redes como Instagram o YouTube, que permitan tener un canal de información, con un flujo constante, de la ciudadanía a las administraciones públicas, de «abajo a arriba»¹¹. Por tanto, este diagnóstico y modelo diseñado en Zumárraga se ha nutrido tanto de otras experiencias como de lo que vecinos y vecinas del municipio han aportado (Aguado-Peláez y Martínez-García, 2019).

⁷ El informe titulado «Zumárraga. Construyendo propuestas. Hacia un modelo social sustentado en los cuidados», realizado por encargo del Área de Servicios Sociales, Igualdad y Diversidad del Ayuntamiento de Zumárraga, y con implicación de agentes políticos, cuerpos técnicos y ciudadanía, fue presentado en diciembre de 2018 por ARCADIA Coop.

⁸ Estas iniciativas se han puesto en marcha en varias localidades, como por ejemplo, el Programa de Huertos Ecológicos Urbanos de Vitoria-Gasteiz (véase en línea: https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?idioma=es&ui-d=u7aa80ad4_14868c61a75_7f95), la Red de Huertos comunitarios de Barcelona (véase en línea: https://huertosurbanos-barcelona.wordpress.com/00_huertos-urbanos-cultivando-barcelona/25-red-de-huertos-comunitarios-de-barcelona/), o el Parque Miraflores en Sevilla (véase en línea: <https://www.urbanismosevilla.org/areas/planeamiento-desa-urb/ficheros/pdfs/red-de-huertos-urbanos-en-la-ciudad-de-sevilla/huertos-urbanos-existentes>).

⁹ Ejemplos de estas propuestas son el Centro Comunitario Plazara en Pamplona (véase en línea: <https://www.pamplona.es/ayuntamiento/varios/instrucciones-de-uso-del-centro-comunitario-plazara>), o el Proyecto Plaza de la Cebada en Madrid, que tiene su propia página en Wikipedia (véase en línea: https://es.wikipedia.org/wiki/Campo_de_Cebada).

¹⁰ Un ejemplo de ello es el programa de «Prevención de la Soledad no Deseada» dentro de Madrid Ciudad de los Cuidados, que se pone en marcha como proyecto piloto en el barrio de Chamberí para detectar las situaciones de soledad no deseada y de aislamiento social (véase en línea: <http://madridsalud.es/prevencion-de-la-soledad-no-deseada/>). También el Proyecto Radars de Barcelona persigue trabajar con un planteamiento similar (véase en línea: https://ajuntament.barcelona.cat/perso-nesgrans/es/noticia/proyecto-radares-la-soledad-de-las-personas-mayores_540006).

¹¹ Como por ejemplo, en del programa Falame de San Sadurní, se ha creado un canal de YouTube en el que las mujeres difunden su experiencia y conocimientos a la par que se empoderan, *Tehno una horta en San Sadurní* (véase en línea: <https://www.youtube.com/channel/UCgYziuQOVFE00XRjhZy9gNQ>); o *Pasión de Palomares*, una telenovela creada por la ciudadanía en Palomares del Río (Sevilla) en la que se reflexiona sobre los problemas de pueblo de forma colectiva (véase en línea: <http://ilusionismosocial.blogspot.com/2015/12/maria-paloma-pasion-de-palomares-una.html>). Y como ejemplo de dinamización de la comunicación entre vecinos y vecinas, el libro: *Historias y reflexiones de la gente de Órgiva* (véase en línea: https://pasos.coop/Hablamos%20de%20%C3%93rgiva-PASOS_R.pdf).

*Pamplona (en)Clave de Cuidados. Diagnóstico sobre la situación de los cuidados en Pamplona-Iruña*¹², presentado en septiembre en 2019, desarrolla un «mapeo» amplio sobre la situación de los cuidados, centrado en conocer quién cuida y cómo, las relaciones de poder, los colectivos más vulnerables y necesitados de cuidado, los recursos y el marco legislativo e institucional en que dichos cuidados son prestados. En suma, en qué medida Pamplona puede ser pensada como enclave de cuidados o qué habría que hacer para que pueda ser transformada en este sentido, es decir, qué propuestas de mejora hacer. Al igual que en el caso de Zumárraga, se ha realizado el diagnóstico con una metodología participativa, situada, feminista e interseccional. Esta propuesta pretende dar centralidad al cuidado, atendiendo tanto a la ordenación urbana como a la participación ciudadana, la revitalización de la comunidad, los recursos provenientes de los servicios sociales, entre otros, así como otros programas desarrollados en la localidad, como la adhesión a la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, en 2017, el desarrollo del Plan Estratégico Urbano 2030¹³, el Programa Caminos Escolares Seguros¹⁴, al que se suman las propuestas del Colectivo Urbanas de Pamplona, como la de los paseos por esta ciudad de la mano de Jane Jacobs¹⁵.

4.2.2. *Cuidar a la comunidad que cuida*

La experiencia del Centro de Salud Vicente Soldevilla del barrio de San Diego en el distrito Puente de Vallecas en Madrid no se explicaría sin la historia de trabajo comunitario impulsado, desde mediados de la década de 1950, por el padre José María de Llanos, quien junto a las asociaciones de vecinos, como la Asociación de Palomeras Bajas, lucharon por conseguir agua corriente, electricidad y alcantarillado en el barrio. El movimiento asociativo en Vallecas es legendario, con una gran visibilidad pública, en especial el impulsado primero desde la parroquia de San Pablo en El Alto del Arenal por un pequeño grupo de mujeres, Madres contra la Droga, que empiezan a organizarse y denunciar la realidad de marginalidad y muerte que vivieron muchos de sus hijos e hijas; y, más tarde, desde la Parroquia San Carlos Borromeo (VV.AA., 2011).

En un ejemplo de política impulsada desde abajo, tal como lo denominaría Jane Jacobs, se va llevando a cabo un proceso de remodelación urbana empujada por el movimiento vecinal, que acabó con el chabolismo, y cuya experiencia quedó grabada en la memoria de más de una generación en la canción de Luis Pastor, «¡Vamos! No lo pienses más, ¡únete a tus vecinos!, ¡que te pilla el plan parcial!» Esas experiencias dejaron sembrado un espíritu comunitario en el barrio que ha nutrido un trabajo participativo que, a partir de mediados de los años ochenta, se ha ido desarrollando desde el centro de salud, al irse

¹² Diagnóstico realizado por Arcadia Coop., véase en línea: <https://www.pamplona.es/sites/default/files/2019-09/ARADIA%20Diagnostico%20Pamplona%20EnClave%20de%20Cuidados%2025-5-2019.pdf>

¹³ Los temas estratégicos que se están definiendo de forma participativa son: 1. la ciudad metropolitana y policéntrica; 2. gestión pública innovadora y eficiente; 3. I+D+i y especialización inteligente; 4. nuevo modelo comercial de proximidad; 5. Internacionalización y modelo turístico sostenible; 6. Cultura e industria creativas; 7. Vivienda, equilibrio urbano y paisaje; 8. Inclusión de colectivos vulnerables, diversidad cultural, convivencia y calidad de vida; 9. Cambio de paradigma de movilidad; y 10. Transición ecológica (véase en línea: <https://erabaki.pamplona.es/processes/peu?locale=es>).

¹⁴ Para construir una ciudad más amable, ver en línea: <http://www.movilidadpamplona.es/caminos-escolares/>

¹⁵ De la mano de Jane Jacobs por Pamplona (Véase en línea: <https://janeswalkpamplona.wordpress.com/acerca-de/>).

implantando un complejo modelo de servicio sanitario público que tiene como base a los equipos de Atención Primaria. La heroína, el VIH y el síndrome del aceite tóxico tuvieron tremendas repercusiones, frente a ello la respuesta sociosanitaria fue desarrollar un trabajo comunitario abierto al barrio y a su problemática social, entendiéndose la salud en un sentido amplio como lo sanitario imbricado con lo social y el tejido asociativo, en especial con las asociaciones de vecinos. El trabajo comunitario se lleva a cabo en colaboración intensa con otros recursos del barrio, como Radio Vallekas y Tele K, servicios sociales, o asociaciones y colectivos de diverso tipo. Así, han tratado de desarrollar «el modelo biopsicosocial, el marco social de los determinantes de la salud y el abordaje integral promotor, preventivo, curativo, cuidador y rehabilitador sobre los problemas de salud y enfermedad» (Autoría Colectiva, 2019: 110).¹⁶

El programa comunitario San Pablo en Zaragoza parte también de la idea de que cuidando lo colectivo se cuida lo personal. Esta propuesta identifica los Centros de Salud como aquellos núcleos del barrio por los que cada día pasan más personas y más diversas, en relación con el género, la edad, la clase social, la religión, la opción sexual, la diversa funcionalidad o la ideología. Y que desde dichos centros pueden partir iniciativas comunitarias de cuidado:

Cuidar del barrio es también prestar atención a los procesos colectivos que le dan vida, desde la escucha y la colaboración humilde. Atender las causas de mala salud, precariedad, deficiencias en viviendas, desempleo, desigualdades de género, contaminación... pero también potenciar aquellas dinámicas que promueven la buena salud: redes de economía social, grupos de ayuda mútua... [...] Fijarnos en lo que ocurre en el barrio nos permite conocer, escuchar y enredarnos con el resto de los agentes sociales que determinan su salud, que lo cuidan de forma cotidiana: asociaciones vecinales, AMPA, servicios sociales, comisiones de fiestas, comerciantes, servicios de mediación, educadoras de calle, grupos de apoyo, asociaciones... pero también tejido social no organizado son una compañía irrenunciables en los cuidados. (Escartín y Gimeno, 2019: 175)

4.2.3. *Programas de medicación tecnológica y de tiempos compartidos*

En Euskadi, el programa piloto *Tiempo de Trabajo Compartido Sociosanitario* en la comarca de Goierri Alto Urola (2019)¹⁷ se ha impulsado desde los centros de salud en colaboración con los servicios sociales, y con el ya ineludible apoyo de las tecnologías que parece pueden ser definitivas para agilizar y flexibilizar la atención a las personas necesitadas de cuidado en su vida cotidiana tal como se ha puesto de manifiesto en otro lugar (Martín Palomo y Gómez Bueno, 2020). Esta propuesta sienta las

¹⁶ En Euskadi, OSALDE, Asociación por el Derecho a la Salud, trabaja en una línea muy similar: analizando los determinantes sociales de la salud, trabajando la atención primaria en salud como un activo fuerte, el derecho a la salud y por tanto un modelo sanitario público potente: «Apostamos por una Atención Primaria fuerte, accesible y resolutive, que ejerza de gestora de la biografía del paciente dentro del sistema sanitario, y que contribuya, con el resto de recursos comunitarios, a prevenir, curar y aliviar la enfermedad» (Véase en línea: <https://osalde.org/quienes-somos-2/osalde-nuestro-compromiso/>)

¹⁷ Bioef, diciembre de 2019, véase en línea: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_proyect_tcscs/es_def/adjuntos/Informe_PTCSS_v10.pdf

bases para una coordinación sociosanitaria a nivel micro con equipos interdisciplinarios al poner en marcha un sistema de información único y compartido entre todos los ámbitos implicados, que hace partícipes de dicha coordinación a las personas usuarias. Este programa permite conocer no solo el diagnóstico inicial de la situación, sino también el seguimiento, evaluación de funcionamiento, incluso anticiparse a ello, de tal modo que sea posible ir identificando nuevas necesidades cuando estas surjan para asegurar tanto una atención integral como la garantía en la continuidad de cuidados. Esta iniciativa necesita: a) por un lado, un desarrollo informático que dé soporte a dicho modelo dinámico capaz de conectar las plataformas y diversas fuentes de información para realizar una valoración de las necesidades de un individuo y generar un informe de diagnóstico sociosanitario (InterRAI CA) y un lenguaje común para los profesionales de lo social y de lo sanitario; y b) por otro lado, tiempos de atención compartidos entre los diversos profesionales implicados. Se pretende generar una plataforma que vertebré la coordinación sociosanitaria a nivel territorial en Euskadi¹⁸.

4.3. Comunidades que cuidan: hacia la política invisible

4.3.1. Historia de una escalera

En las ciudades, las personas están sometidas a un estilo de vida más agitado y, en general, se dispone de poco tiempo para compartir momentos con la vecindad o simplemente entablar una conversación. «La Escalera»¹⁹ es un proyecto que tiene como objetivo crear redes de apoyo mutuo entre vecinos, fomentar la solidaridad y crear comunidades más unidas. La idea surge en 2016, en el marco de un proyecto de investigación de acción participativa, financiado por el Área de Participación del Ayuntamiento de Madrid, que se puso en marcha en Medialab-Prado y cuya ideóloga y líder es Rosa Jiménez.²⁰

Se trata de una iniciativa particular de dinamización de espacios sociocomunitarios, que busca promover procesos en los que las personas, vecinos y vecinas, sean protagonistas de la transformación de sus entornos y realidades. La Escalera tiene como objetivo facilitar el encuentro entre las vecinas y vecinos de un mismo edificio, fortaleciendo las relaciones entre ellos. Esto lo convierte en un proyecto muy peculiar, porque se centra en un ámbito de la vida que en principio queda fuera, tanto de lo que consideramos espacio público, como de lo que entendemos por espacio privado: las comunidades de vecinos. Así, en este espacio fronterizo entre el ámbito privado que conforma nuestro hogar y el público que es la calle, se encuentra el espacio común de la escalera, que se puede aprovechar como un lugar de socialización y de apoyo mutuo, y con ello redefinir el/los significado/s de esta zona compartida.

¹⁸ La existencia de la Ley 12/2000, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales en la que se desarrolla el enfoque comunitario de atención facilita este proceso.

¹⁹ Véase en línea: <http://www.proyectolaescalera.org/>

²⁰ Rosa Jiménez: una escalera hacia la política invisible (I) (15-12-2011), entrevista publicada en *Ciudadano Político*. Véase en línea: <http://politico.cc/entrevista-a-rosa-jimenez-una-escalera-hacia-la-politica-invisible>

Basta un simple *kit* de etiquetas, que se puede descargar e imprimir a través de la web del proyecto, para ponerlo en marcha en diversas comunidades de vecindad. Cualquier persona puede colocar en su portal un cartel y cuatro sencillas pegatinas (y una en blanco): ‘*te riego las plantas*’, ‘*comparto wifi*’, ‘*te subo la compra*’, ‘*te invito a un café*’. Empezó en un par de comunidades, pero llegaron a reunir hasta treinta y con un volumen de trabajo enorme, ya que la idea trascendió a los medios y les llegaron solicitudes de orientación y apoyo para impulsar iniciativas similares desde lugares tan lejanos como Australia o EE.UU., así que les remitían a la web y al *kit*. De alguna manera su inesperado éxito marcó también el principio de su fin, pues se terminó integrando la propuesta en *Madrid, Ciudad de los Cuidados*, ya que necesitaban un soporte institucional. El proyecto ha intentado seguir ampliando su desarrollo con otro implementado en 2019, *Del portal al barrio*, colaboración de la asociación La Escalera, con la cooperativa Indaga y la asociación Trastería de ideas, con el apoyo de Obra Social La Caixa²¹.

Si se ha rescatado esta propuesta aquí es porque es una iniciativa auto-organizada entre vecinos, de y para la vecindad, pensando en esos espacios comunes de las comunidades de viviendas, ni tan privados, ni tan públicos, lo suficientemente no privado al menos como para ser regulados como «no casa» en el Decreto de Emergencia Sanitaria para hacer frente al COVID-19; pero a la vez suficientemente privado como para que sea necesario tener una llave para acceder a ellos y exista una organización interna para gestionarlo. Es un ejemplo de cómo los límites entre lo privado y lo público son muy permeables. Además, se trata de una iniciativa desde abajo, de vecinos para vecinos y, en este sentido, las políticas públicas desde lo local deben enfrentar el reto de «estar vivas» estando atentas para aprovechar el impulso, respetar la frescura de este tipo de iniciativas, y darles soporte y apoyo institucional para que no se terminen agotando o muriendo de éxito.²²

4.3.2. *Comunidades cuidadoras en el medio rural: El Panal y el Colletero*

Se ha de destacar que también en el medio rural se desarrollan experiencias privadas que impulsan el trabajo comunitario en red, como algunas asociaciones que crean cooperativas de trabajo asociado y se integran en redes de trabajo nacionales e internacionales. Por ejemplo, las Asociaciones El Colletero y Panal de Nalda, en La Rioja, que buscan impulsar la solidaridad directa y el apoyo mutuo que tradicionalmente asociamos al medio rural, además de impulsar el desarrollo sostenible en equidad, el consumo responsable, la agroecología o proyectos de reforestación en el monte (Asociaciones El Colletero y Panal de Nalda, 2019). Parten de una filosofía común de apropiación social del patrimonio por aquellas personas que residen en el territorio en el que aquel se encuentra y de un cuidado, tanto de las personas como del entorno, que se describe de este modo:

²¹ Véase en línea: <http://www.proyectolaescalera.org/2019/04/06/del-portal-al-barrio/>

²² Rosa Jiménez: una escalera hacia la política invisible (I) (19-12-2017). Véase en línea: <http://politico.cc/rosa-jimenez-una-escalera-hacia-la-politica-invisible-ii>

El cuidado del valle y del monte, y con proyectos de lucha contra el cambio climático desde la práctica de las erres (Reordenar, Reformular, Reducir, Reutilizar, Refabricar, Reciclar, Revalorizar energéticamente, Rediseñar, Recompensar...), entre las que nosotras incluimos Ruralidad, Resilencia y Reforestación, entre otras. También trabajamos recuperando los saberes campesinos, de antaño, que producían menor huella ecológica en la actividad, como el secado de frutas al sol. (P. 187)

El concepto de «comunidad cuidadora» surge en Nalda como fruto de un proceso social que se ha venido desarrollando en la localidad a lo largo de más de dos décadas entre varias organizaciones y personas. Se trata de un proyecto en construcción que se mueve entre la intervención social, la salud en un sentido amplio y lo comunitario.

4.4. Experiencias de vivienda colaborativa

La idea de vivienda colaborativa o *cohousing* remite a la convivencia compartida en casas o en zonas residenciales que pretende revitalizar la vida común de sus habitantes. Hay otras formas de referirse a estas experiencias, como hábitat participativo o covivienda, entre otras. Todas son denominaciones que intentan reflejar la diversidad de modalidades en que se concreta. Son muchas las experiencias existentes ya en diversos rincones de Europa, unas como iniciativas privadas, otras públicas, otras financiadas de forma privada pero construidas en suelo público, etc.; unas para mayores, otras solo para mujeres mayores, otras intergeneracionales. Se trata de un modelo de convivencia que cuestiona la división dicotómica público-privado, pues reencuentran y reelaboran desde su diseño los espacios comunitarios, que son mucho más que una mera transición entre uno y otro ámbitos, pues constituyen otra forma de entender la vida en común, ya que suponen la creación de genuinos espacios intermedios. Se ha de destacar su potencial para explorar otros modelos de gestión de los sistemas de cuidado, dando más protagonismo y autonomía a las comunidades para autorregularse, y creando entornos en los que puedan darse iniciativas de apoyo mutuo y reciprocidad. Esto ha llevado a algunas investigadoras a hablar de las viviendas colaborativas como nuevas «arquitecturas del cuidado» (Mogollón y Fernández, 2019), en tanto que es el cuidado lo que aparece en el centro mismo de las preocupaciones e intereses que motivan a las personas hacia un proyecto de vivienda compartida sobre todo en la etapa senior de la vida. Obviamente son experiencias que no dejan de revestir dificultad, en tanto que la vida íntima que representa el hogar para cada quien, es espacio de la privacidad, las calles y plazas son lo público, y ese mundo intermedio que representa la comunidad hay que construirlo con diálogo e implicación, y es necesario trabajar la relación grupal, integrar las diferencias de sentires y pareceres. Por tanto, debe estar bien diseñado y trabajado, con una visión común y recursos económicos para poder embarcarse en la experiencia.

Las viviendas colaborativas son proyectos de convivencia entre personas que pueden elegir cómo, dónde y con quién convivir. Suelen construirse como una estructura de apartamentos privados completos que cuentan con espacios y servicios comunes compartidos con otras personas residentes en el edificio o la urbanización, así como con sistemas de organización horizontales que fomentan la colaboración interna y el mantenimiento del espacio común. Se necesita tener una personalidad jurídica o formal para el colectivo, con unos modos de gestión específicos y con «soberanía» de los vecinos para tomar

las decisiones²³. Existen modalidades de viviendas colaborativas para mayores (que establecen unos límites mínimos de edad, por ejemplo, situados entre los 55 y 65 años), para mujeres (como ocurre con el proyecto Babayagas en Francia, o las Beginas en Alemania), para lesbianas o gays, o intergeneracionales (como algunos proyectos que llevan funcionando varias décadas). Tal como escriben Mogollón y Fernández (2019), los inicios de este tipo de propuestas parecen remontarse a los años 60 en Dinamarca, la primera nace en 1965, tienen un amplio desarrollo en la segunda mitad del siglo XX, hasta el punto de que en dicho país las viviendas colaborativas son una alternativa real para cualquier persona mayor: en ellas residen alrededor del 1% de la población danesa mayor de 55 años. Uno de los modelos de referencia se pone en marcha en Estocolmo en 1987, Kollektivhuset Färdknäppen²⁴, pero tienen un amplio desarrollo también en Suecia o Alemania (Mogollón y Fernández, 2019). En Alemania cobran especial fuerza hoy los proyectos intergeneracionales o solo de mujeres, además de las Beginas (Beginenhof), hay alrededor de 80 proyectos de vivienda de mujeres (mayores, lesbianas, madres solteras,...).

El Centro Convivencial para personas mayores Trabensol en Torremocha del Jarama (Madrid), ha sido pionero el desarrollo de modelos comunitarios de vivienda en la vejez (Artiaga, 2015). Se inicia en 2002 y se construye en 2013, y es un referente en muchos aspectos para otras propuestas que se han ido implementando posteriormente en España²⁵. En Euskadi, la asociación Ametsak Sortzen Elkartea es una red de *cohousing*, vivienda colaborativa, covivienda y cooperativas de cesión de uso, creada en enero de 2018, que une a personas, familias, proyectos y profesionales interesados en la divulgación, impulso y desarrollo de un modelo de vivienda comunitario.²⁶ Esta asociación define cohousing, covivienda o vivienda colaborativa, como un modelo que integra la eficiencia y el aprovechamiento de los recursos, así como el fomento de las relaciones personales y la cooperación. No obstante, tal como señalan Mogollón y Fernández (2019), en España las viviendas colaborativas se enfrentan a una falta de apoyo público, los plazos y otras dificultades administrativas y a un elevado precio del suelo. Para su desarrollo y que se permita el acceso a más amplios grupos sociales debería promoverse como parte de las viviendas que promueven las Empresas Públicas de Vivienda, un reglamento para la Ley de vivienda de Euskadi (Ley 3/2015) que facilite el acceso a las diferentes opciones de viviendas colaborativas, o mediante recalifi-

²³ Existen experiencias, tanto en el mundo rural como el urbano, que proceden de movimientos sociales y políticos que promueven forma de vida alternativas, ecológicas, sostenibles, como la Ekoaldea de Lakabe que habiendo quedado deshabitada fue ocupada por un grupo de jóvenes que se organizaron como un espacio alternativo y transformador, que celebra su cuarenta aniversario en 2020 (véase en línea: <https://www.lakabe.org/sobre-lakabe/>). En Alemania muchas de las viviendas colaborativas de hoy proceden de iniciativas de izquierda, desde movimientos ecologistas, feministas u okupas, muchas viviendas okupadas de los años 80 son viviendas colaborativas de hoy (Mogollón y Fernández, 2019).

²⁴ Véase en línea: <http://fardknappen.se/in-english/>

²⁵ Algunos otros proyectos de referencia serían: Brisas del Cantábrico (Cantabria), La Muralleta (Tarragona), Residencial Santa Clara (Málaga), Convivir (Cuenca), Los Portales (Sierra Morena), La Vereda (La Rioja); Proyectos Intergenacionales: La Borda (Barcelona), Entrepatis (Madrid), Axuntase (Asturias) y Ametzat Sortzen (Euskadi); Proyecto de Residencia especializada en personas mayores LGTBI (véase en línea: <https://www.fundacion26d.org/ya-tenemos-residencia-especializada-lgtbi-en-madrid/>). Se han de destacar el colectivo COVER, un Grupo de Araba de profesionales de diversas disciplinas y especialidades con interés en investigar, plantear, proponer y promover alternativas de acceso a la vivienda desde una perspectiva colaborativa (véase en línea: <https://colectivocover.wordpress.com/>), la Asociación Jubilares en Madrid que promueve este tipo de iniciativas para personas mayores (véase en línea: <http://www.jubilares.es/>), Egunsetia Aurora, que trabaja para poner en marcha una de estas iniciativas en Bizkaia (véase en línea: <https://egunsentiaurora.wixsite.com/egunsentia>), Mendikoartea (Bidaurreta, Nafarroa), y Houskide (Donostia) (Véase Mogollón y Fernández, 2019, p.48).

²⁶ Véase en línea: <https://www.ametsaksortzen.eus/>

ficación de suelo rural o cesión de suelo urbano lo que funciona hace más de cien años en los países escandinavos, y en Alemania, así como en algunos países en América Latina.

Para que este tipo de iniciativas se desarrollen deben propiciarse tres tipos de condiciones (Mogollón y Fernández, 2019):

- a) jurídicas, desde la propiedad al alquiler, como ocurre en otros países europeos, con modalidades variables de colaboración público-ciudadano, facilitando la adjudicación de solares y terrenos de una forma rápida, accesible, facilitando y simplificando los trámites administrativos;
- b) económicas, pues no se trata de un bloque de apartamentos, sino de un proyecto de vivienda conjunto, con apartamentos privados, por lo que requiere tener una infraestructura económica que los haga viables; en los casos en que es totalmente de titularidad pública existe una mayor libertad para involucrarse, probar, y si no se siente a gusto con la opción tomada, que se pueda deshacer el compromiso, es decir, que puedan ser modelos reversibles si no encaja con sus expectativas y necesidades. Hoy día, la mayor parte de los propietarios en España, han realizado una fuerte inversión monetaria para la que muchos de ellos han vendido su vivienda y han invertido sus ahorros en la vivienda colaborativa, por lo que si más tarde no es un proyecto en el que se desee continuar, hay una gran dificultad para desandar lo andado.
- c) culturales, participación, reciprocidad, conciencia de lo común; son retos a los que los propios grupos de convivientes deben enfrentarse.

La existencia de espacios intermedios, corredores, pasillos, espacios comunes, permite que exista una gradación del tránsito de lo público a lo privado, pasando por lo común, y que los mecanismos de apoyo mutuo no resulten invasivos en la privacidad de las personas.

5. Conclusión

Pese a su apariencia utópica, las propuestas aquí presentadas tienen detrás experiencias concretas que se han puesto en marcha en diversos lugares, con mayor o menor éxito en función de su permanencia en el tiempo y el haber podido adaptarse mejor o peor a las diversas necesidades, momentos y sentires. Algunas de estas iniciativas se encuentran en Euskadi. Así, para soñar ciudades, barrios, entornos y comunidades cuidadoras se invita a tomar como punto de partida, las siguientes consideraciones:

- ♦ El cuidado es una necesidad universal, dada la vulnerabilidad constitutiva de la condición humana compartida, y a la vez, las concretas y particulares vulnerabilidades, situadas y encarnadas, y que, por tanto, varían enormemente según el tiempo y según las diferentes posiciones sociales que ocupe cada cual en determinado momento.

- ♦ Las políticas públicas, las políticas sociales, incluidas las políticas de cuidado, tienden a ser fijas; las necesidades de cada persona, por el contrario, son distintas y dinámicas, cambian de continuo, ya sea de manera pausada o abrupta. Hasta los propios diseños de atención personalizada son a veces demasiados rígidos, tanto para quienes cuidan, como para quienes reciben cuidados.
- ♦ Pensar en quién cuida de quién, y cómo y dónde lo hace, ha de ser tarea constante, ya que el cuidado forja lazos, crea vínculos, establece relaciones, que también son a menudo relaciones de poder, en las que se entrecruzan diferencias sociales de género, de clase, de lugar de origen, de edad, de funcionalidades diversas, o de orientación sexual, entre otras muchas.
- ♦ Diseños urbanísticos y arquitectónicos que den un mayor protagonismo a los espacios intermedios o que sean bisagra entre lo público y lo privado, para que lo común y lo comunitario puedan emerger y desarrollarse. Dar protagonismo a las calles y a las aceras como espacios donde tejer lo comunitario, incluso en tiempos en los que tengamos que mantener una «distancia social» de dos metros.
- ♦ Las infraestructuras urbanas, de todo tipo, también han de ser planteadas como asuntos de cuidado, con referencia expresa a las tres dimensiones de este: material, emocional y moral.
- ♦ En suma, soñar y planear ciudades, municipios y comunidades cuidadoras, viviendas colaborativas, es precisamente *(re)pensar* la ciudad, los entornos en los que habitamos, *con cuidado*, en todos sus sentidos, desde la precaución, la cautela, la preocupación, la atención, los afectos y el ocuparse efectivamente de sí, de las otras personas, y de los entornos.

Y, para finalizar, se ha de subrayar con Joan Tronto (2004) que en una sociedad verdaderamente democrática se deberían contemplar tres supuestos o requisitos:

- i. Todo el mundo tiene derecho a recibir un cuidado adecuado durante su vida;
- ii. todo el mundo tiene derecho a participar en relaciones de cuidado que den sentido a su vida;
- iii. todo el mundo tiene derecho a participar en el proceso público para juzgar cómo debería garantizar la sociedad esas dos premisas.

Así que: «La inclusión del cuidado en las actividades, los intereses y la vida de los ciudadanos democráticos representa verdaderamente la próxima frontera (y puede ser la última) a atravesar por la teoría de la democracia» (Tronto, 2009: 42). En esta sociedad democrática del cuidado, a través de la doble experiencia de dar y de recibir cuidados, todas las personas podemos ser mejores ciudadanas, más reflexivas, inclusivas, y atentas a las necesidades de los demás, prestando atención a los términos en que cada persona se piensa y se siente a sí misma, aspectos que justamente asociamos a la noción de una ciudadanía democrática.

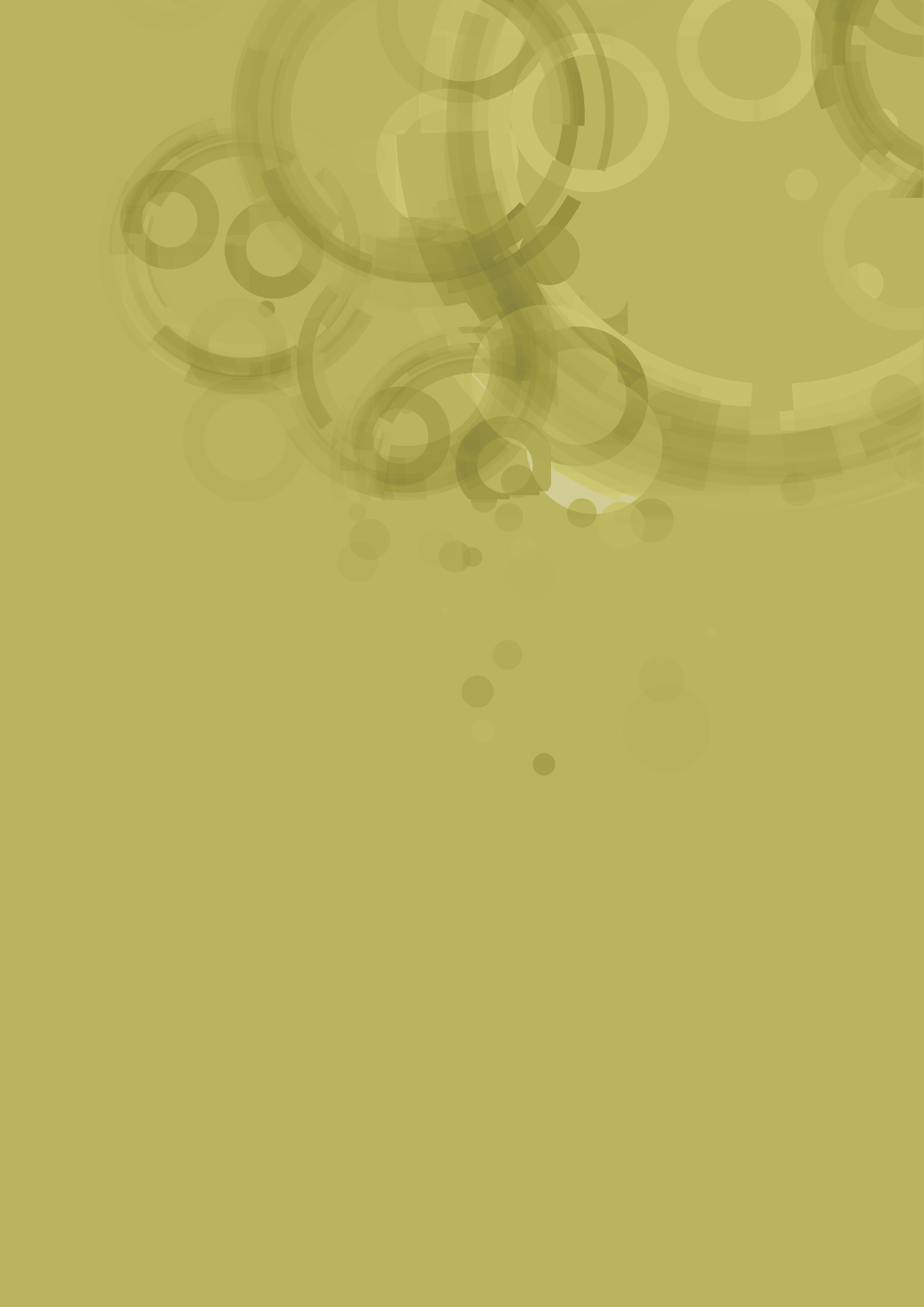
Hemos de pensar con cuidado cómo incorporar los cuidados, la vulnerabilidad y las interdependencias desde la planificación urbana y en la vida cotidiana de las ciudades como aspectos cruciales para la equidad y la dignidad de la vida humana. Esta es la enorme potencialidad que tiene soñar ciudades, barrios, comunidades, viviendas y entornos que cuidan y se cuidan, cuidando de las personas y del entorno que las hacen.

6. Referencias bibliográficas

- Aguado-Peláez, D. y Martínez-García, P. (2019). Gestionando la vulnerabilidad desde los cuidados comunitarios en la política local. La experiencia de Zumárraga. *Zerbitzuan*, 68, 37-46
- Artiaga, A. (2015). *Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y experiencias de organización social de los cuidados*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Asociaciones El Colletero y Panal de Nalda (2019): «Comunidad cuidadora en el medio rural». En Pérez, E., Girón, A. y Ruíz-Giménez, J. L. (coords.), *Los cuidados. Saberes u experiencias para cuidar los barrios que habitamos* (185-189). Madrid: La Sandunga Transmedia/Libros en Acción.
- Autoría Colectiva (2019): «Un centro abierto a la comunidad: la experiencia colectiva en Vallecas». En Pérez, E., Girón, A. y Ruíz-Giménez, J. L. (coords.), *Los cuidados. Saberes u experiencias para cuidar los barrios que habitamos* (99-130). Madrid: La Sandunga Transmedia/Libros en Acción.
- Durán, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Durán, M. A. (2017). Ciudades que cuidan. En Rico & Segovia (Eds.), *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de calidad*. CEPAL: Santiago de Chile, pp. 91-116.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Escartín, P. y Gimeno, L. (2019): «Cuidar los barrios que habitamos». En Pérez, E., Girón, A. y Ruíz-Giménez, J. L. (coords.), *Los cuidados. Saberes u experiencias para cuidar los barrios que habitamos* (173-178). Madrid: La Sandunga Transmedia/Libros en Acción.
- Fisher, B. & Tronto, J. C. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. Abel & M. Nelson (eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. Albany, USA: State University of New York.
- García Selgas, F. & Martín Palomo (2020). Repensar los cuidados: de las prácticas a la onto-política. (en evaluación)
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. México: FCE.
- Gilligan, C., Hochschild, A. R. & Tronto, J. (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés. A quoi sert le care*. Paris: Payot.
- Hochschild, A. R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Legarreta, M. (2008). El tiempo donado en el ámbito doméstico: reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 26, Núm.2, 45-69.

- Martín Palomo, M.T. (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias*. Nuevos retos políticos. Madrid: CEPC.
- Martín Palomo, M.T. (2010a). *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.
- Martín Palomo, M.T. (2010b). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Zerbitzuan* 48, 57-69.
- Martín Palomo, M.T. (2008). 'Domesticar' el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 26 (2), 13-44.
- Martín Palomo, M.T. & Gómez Bueno, C. (2020). Geometría fractal del cuidado. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4 (1). (en prensa)
- Martín Palomo, M. T., Olid García, E., Muñoz Terrón, J.M. & Zambrano Álvarez, I. (2018). Challenges in the professionalization of care: an analysis from the perspective of Andalusia. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 1/18: 31-47.
- Martín Palomo, M.T. & Muñoz Terrón, J. M. (2015). Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 17, 212-237.
- Molinier, P. (2005). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. En Paperman, P. & Laugier, S. (eds.), *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris: EHESS, 299-316.
- Molinier, P., Laugier, S. & Paperman, P. (2009). Introduction. En Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (dir.), *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot, 7-31.
- Mogollón, I. y Fernández, A. (2019). *Arquitecturas del cuidado. Hacia un envejecimiento activista*. Barcelona: Icaria.
- Muñoz Terrón, J. M. (2012). Cuidar del mundo. Labor, trabajo y acción «en una compleja red de sostenimiento de la vida». *Isegoría* 47, 461-480.
- Murillo, S. (1996): *EL mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI, Madrid.
- Nakano Glenn, E. (2000). Creating a care community. *Contemporary Sociology* 29, 84-94.
- Paperman, P. & Laugier, S. (2005). Présentation. En Paperman & Laugier (eds). *Le souci des autres, éthique et politique du care*. París: EHESS, pp.9-22.
- Ramos, R. (2006). La situación general del empleo del tiempo en la C.A. de Euskadi: Estructura, dinámica y comparación. En *Encuesta de presupuestos de tiempo. 2003*. Vitoria: Eustat, 17-49.
- Rico, M. N. & Segovia, O. (Eds.) (2017). *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de calidad*. CEPAL: Santiago de Chile.ç
- Torregrosa, J. R. (1984). «Emociones, sentimientos y estructura social». En Torregrosa, J.R. y Crespo, E. (eds.), *Estudios básicos en psicología social*. Madrid: Hora-CIS, 185-199.

- Salazar Parreñas, R. (2001). *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford: Stanford University Press.
- Tronto, J. (2009). Préface à l'édition française. En Tronto, Joan, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. París: La Découverte, pp. 11-22.
- Tronto, J. (2004). Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad. Congreso Internacional SARE 2004 ¿Hacia qué modelo de ciudadanía? Donostia-San Sebastián 10 y 11 de noviembre.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. London, Inglaterra: Routledge.
- Venturiello, P., Gómez Bueno, C., Martín Palomo, M.T. (2020). Interdependencias y autonomía en los cuidados a la diversidad funcional. *Papeles del CEIC* (en edición).
- WAA (2011). *Para que no me olvides Madres Unidas contra la Droga*. Madrid: Editorial Popular.





LA POLÍTICA SOBRE CUIDADOS EN AMÉRICA LATINA

El sector olvidado: la población entre 6 y 17 años

MERCEDES PEDRERO NIETO¹

¹ Agradezco a María Ángeles Durán y Edith Pacheco sus valiosas observaciones al primer borrador.

Índice

1. Introducción	141
2. Los cuidados en América Latina	141
3. La población entre 6 y 17 años	148
3.1. La especificidad de esta población	148
3.2. ¿Quién se debe encargar de sus cuidados?	150
3.2.1. La familia	150
3.2.2. El Estado	152
3.2.3. El mercado	153
3.2.4. La comunidad	153
3.3. Necesidades en función de riesgos especiales	154
3.4. Riesgos más comunes	156
3.4.1. Ciberacoso	156
3.4.2. Suicidio y bullying	156
3.4.3. Trastornos patológicos de hábitos alimenticios	157
3.4.4. Embarazo adolescente	158
3.4.5. Violencia en el noviazgo	158
3.4.6. Cooptación o secuestro por el crimen organizado	159
4. Propuesta de política pública de cuidado para personas entre 6 y 17 años	159
4.1. Fundamentación del proyecto	162
4.2. Objetivos	162
4.3. Operatividad	163
4.4. Actividades que se pueden ofertar en cada centro comunitario	163
5. Reflexión final	164
Referencias y fuentes	164



1. **Introducción**

Después de una breve referencia sobre la región latinoamericana, se aborda la especificidad de la población entre 6 y 17 años, etapa de la vida en la que se requieren cuidados especiales. Se señalan las instancias que deben atenderlos, además se exponen los riesgos particulares a que está expuesta esa población. Al final se presenta una propuesta para que mediante los cuidados de prevención se pueda romper el círculo vicioso de violencia, que hoy en día prevalece en casi toda la región.

2. **Los cuidados en América Latina**

La región geográfica denominada América Latina es un concepto étnico-geográfico definido en el siglo XIX, comprende a 20 países americanos donde se hablan lenguas romances (castellano, en 18; en uno, portugués, y en otro, francés). Hay muchos aspectos que los hermanan, sin embargo, la región no es uniforme en varios aspectos, como dimensiones geográficas, desarrollo económico y social, recursos naturales, distribución de la riqueza, y población, tanto en número de habitantes como en la etapa en la que se encuentran respecto a la transición demográfica²; por lo tanto, hay diferencias en el proceso de envejecimiento, en algunos países ya está presente y en otros aún se cuenta con una estructura poblacional joven. Esto plantea diferentes retos en materia de cuidados.

También hay grandes diferencias en cuanto a desigualdad económica, nivel educativo y prácticas democráticas. Además, no son homogéneos culturalmente, su conformación étnica no es igual, ni el

² Proceso que describe el tránsito de elevadas tasas de fecundidad y mortalidad a niveles bajos.

grado de integración de los distintos grupos a un consenso nacional³. La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y comisión regional de la Organización de Naciones Unidas, ONU) en 1980 clasificó a los países en etapas de transición social hacia la modernización, han pasado muchos años, pero las jerarquías se mantienen. Los agrupó en cinco grupos: I) países de modernización temprana: Argentina, Chile y Uruguay (Chile tiene una distribución del ingreso de las más desiguales, solo superado por Brasil); II) países de modernización avanzada reciente: Costa Rica, Panamá y Venezuela, al que se le suma Cuba por su evolución demográfica y nivel de escolaridad; III) países grandes de modernización parcial acelerada; Brasil, Colombia y México; IV) países medianos de modernización parcial acelerada y desequilibrada: Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana, y V) países de modernización incipiente: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua.

La conceptualización del cuidado se aborda en otras publicaciones de esta serie, aquí solo se consideran las políticas públicas de cuidado directo que se refieren a apoyos para las actividades físicas o corporales cotidianas de sobrevivencia de las personas que los requieren.

En general, las instancias de cuidado se iniciaron en varios países de la región a mediados del siglo XX con referencia a los niños y niñas pequeños, cuando se establecieron los institutos de Seguridad Social. Sin embargo, hasta la década de 1980, en toda la región, el cuidado de las personas mayores con dependencia era conceptualizado para resolverse estrictamente en el ámbito privado (Florito, 2018). El enfoque ha cambiado a raíz de los trabajos desarrollados por Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Un avance fue la aprobación, el 15 de junio de 2015, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (también conocida como «Pacto de San José de Costa Rica»). La Organización de los Estados Americanos (OEA) fue la primera en el mundo que la aprobó, con los votos de todos los países latinoamericanos. Canadá y Estados Unidos se mostraron contrarios a los cuales se les sumaron los países pequeños de América (no latinoamericanos). Lo que muestra que esta instancia multinacional comparte el continente, pero en muchas ocasiones los intereses de los de los países anglófonos no coinciden con los de los latinoamericanos.

A continuación, se presentan algunos aspectos con referencia a Argentina, Costa Rica y Uruguay sobre los cuidados dirigidos a la infancia y las personas adultas dependientes. En estos países sus planteamientos y acciones son los más avanzados en la región; se suma México⁴, aunque sus políticas están rezagadas respecto a los anteriores. En los otros países de la región, en algunos solo se inició su consideración en 2016, para otros no fue hasta 2019 y de manera incipiente. Sin duda, Uruguay es el país que tiene la ley y sistema integrado de cuidados más avanzado en la región. Incluso la CEPAL ha partido de la experiencia de ese país para su propio planteamiento.

La ley de cuidados en Uruguay (2015) enuncia que todas las niñas y los niños hasta 12 años, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia, tienen derecho a ser cuidadas.

³ En algunos países la población indígena con identidad como tal es mayoritaria, como Bolivia; en otros la integración de la cultura castellana con la indígena se da de manera natural, como la guaraní en Paraguay; en Honduras la cultura afrodescendiente, los garífunas, mantienen su identidad. En casi todos priman los contrastes entre etnias y el acceso a recursos y servicios, quedando en desventaja los pueblos originarios.

⁴ Por ser desde donde se escribe.

Sin embargo, a pesar de ser el plan más avanzado de América Latina, no cubre a la población 12-17 años que es el objetivo final del planteamiento de este escrito.

El *objetivo general* de la ley uruguaya ha sido generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado, con un enfoque de protección social global e integral, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones; y señala que será una política verdaderamente transformadora solo si se da como construcción colectiva.

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) del Uruguay pretende modificar las pautas actuales de la división sexual del trabajo y valorar adecuadamente el trabajo de cuidados no remunerado. Plantea que debe existir *solidaridad, autonomía y corresponsabilidad*.

La *solidaridad* consiste en la distribución del cuidado entre todos los actores de la sociedad; ello supone vincular la solidaridad en el financiamiento tanto intergeneracional como intrageneracional. La *autonomía* tiene un componente relacional, cada persona requiere de otras para poder llevar adelante un plan vital, pero además debe contar con la capacidad de ser protagonista y agente transformador en la comunidad y la sociedad. La *corresponsabilidad*, apunta a un cambio en la actual división sexual del trabajo no remunerado relativo a cuidados, así como la valorización de esa misma tarea remunerada en el mercado de empleo.

Entre los *objetivos específicos* está desarrollar una oferta de formación para el trabajo en cuidados que permita aumentar la cobertura y elevar la calidad de los servicios de quienes los desempeñan. Asimismo, generalizar el reconocimiento público del derecho a los cuidados —como nueva conquista de la agenda de derechos— a través de una estrategia comunicacional que contribuya a una transformación cultural para una corresponsabilidad social.

La implementación del SNIC requiere de un modelo de trabajo interinstitucional, capaz de abordar el binomio dependencia-autonomía integrando diferentes perspectivas (de derechos, género y generaciones). Su documento define sus *componentes y lineamientos*, que comprenden: *servicios, regulación, formación, información, comunicación y gestión*. Estos rubros se describen de manera muy propositiva, por razones de espacio no es posible replicarlos aquí, pero sin duda al plantear alguna política integral de cuidados en otro país deberán estudiarse a profundidad. Para nuestros objetivos, en cada rubro se ubican las medidas necesarias para el cuidado específico de la población de 6 a 17 años, destacando la especificidad de la de 6 a 11 años que sí se considera en el sistema uruguayo y la de 12 a 17, no considerada.

A partir del documento de Uruguay, en cuanto a formación, se propone agregar los perfiles especiales de los y las profesionales que se requieren para atender a las personas adolescentes, quienes no pueden tener la misma formación que cuidadores y cuidadoras de otros grupos de edad.

Como se señaló arriba, los otros países latinoamericanos próximos al sistema uruguayo son Costa Rica y Argentina.

En Costa Rica se plantea como un proceso en construcción 2010-2014 la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil de Costa Rica (Guzmán León, 2014), ingresada a su agenda pública, la cual contiene una visión importante sobre los derechos de la niñez y políticas para favorecer su desarrollo integral; actualmente atiende a personas hasta el segundo ciclo escolar (de 10 a 12 años) y aquellas con discapacidad.

La Red fue impulsada por la Presidencia de la Nación durante el ejercicio 2010-14. La Red de Cuido enfrenta desafíos para incrementar su cobertura, que aún es muy limitada. Se destaca el esfuerzo por institucionalizarla, dada la aprobación por ley y el establecimiento de un presupuesto previsible. Su gran reto es evitar las duplicidades, hay falta de coordinación institucional que resulta en ineficiencia del uso de los recursos públicos⁵; con el avance tecnológico ya se podrán evitar duplicidades cruzando bases de datos, además de homologar los servicios para que todas las instancias ofrezcan servicios de calidad semejante.

El objetivo principal es la universalización en términos de salud y educación, el cuidado infantil está referido hasta los 12 años. No se integra con las instancias que cubren a la población envejecida, la cual tiene una proporción importante en este país, solo superada por los países del Cono Sur y Cuba. Al respecto existe el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)⁶, órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, que busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores con la creación de condiciones y oportunidades para que tengan una mejor calidad de vida, pero su cobertura es muy limitada y su desarrollo es incipiente.

En Argentina, el cuidado también se centra en la infancia y en las personas adultas mayores. Se ha avanzado en los últimos años en la ampliación de los derechos del niño. Sin embargo, los programas todavía experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio. Los avances en lo normativo han estado acompañados también por avances tendientes a generar un abordaje integral. Es necesario fortalecer la coordinación institucional e intersectorial que tiendan a la integralidad en las políticas. Para superar estos desafíos es necesario fortalecer la oferta de servicios de cuidado; además de priorizar la profesionalización de las cuidadoras y educadoras a cargo de los servicios, atendiendo a la calidad de sus empleos (Sebastián Waisgrais, 2018).

Además de apoyarse en la normatividad internacional y el logro de leyes hasta ahora alcanzado, Argentina se enfrenta a una serie de desafíos. Uno de ellos es la falta de una articulación entre sectores y niveles de gobierno, elevar estándares de calidad en los servicios (sean públicos o privados); otro es la inexistencia de un sistema de monitoreo e información integrado. Se ha planteado una estrategia similar a la de Uruguay, considerando a la familia, el Estado, la comunidad y el mercado; lo cual debe estar integrado a través de la institucionalidad de la política. Tradicionalmente, han sido las familias las principales responsables del cuidado. Las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil han sido importantes en la provisión de cuidados para los adultos mayores. El mercado es otra instancia en el cuidado de las personas mayores, pero solo para las de alto poder adquisitivo. Finalmente, el Estado tiene por delante una serie de retos propios como proveedor de servicios, pero sobre todo por su función en la regulación de los servicios y prestaciones brindadas por los otros actores (UNICEF *et al.*, 2018). Sus avances han sido importantes, pero aún no constituyen un sistema.

⁵ Esto se consigna en el documento citado, pero lo mismo se puede afirmar para el caso de México, donde hay una cobertura muy deficiente de beneficiarios de la seguridad social, pero a la vez una misma persona puede tener acceso a dos instituciones.

⁶ Véase: <https://www.conapam.go.cr/inicio/>

México está más rezagado en materia de cuidados que los países antes citados⁷. Amezcua Ornelas (2017) publica sus observaciones sobre la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Sin embargo, no aclara cómo dar seguimiento a las disposiciones. Todo queda a nivel general, no están claros los caminos para emitir quejas sobre anomalías en el cuidado y los procedimientos para que se atiendan. Lo único positivo es saber que a nivel legislación se está trabajando para que los y las menores sean sujetos de derechos.

Por otra parte, Villa Sánchez (2019) profundiza sobre el marco de dispositivos legales respecto a las políticas de cuidados; cita la Convención sobre los Derechos del Niño, pero aclara que las políticas públicas que ha desplegado aún son escasas y precarias, señalando que el derecho a cuidar y a recibir cuidados aún solo descansa al amparo de una serie de instrumentos normativos, pero distantes de su aplicación. La autora presenta un cuadro donde enlista lo que comprende el *marco jurídico* sobre derechos y prestaciones de cuidados; las que nos competen son:

- ◆ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ◆ Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

La primera ley establece los derechos mínimos reconocidos a *niñas, niños y adolescentes*, y norma su protección contra toda forma de maltrato, abuso y explotación, tanto en el entorno familiar, como en el comunitario y la escuela; además da asistencia a padres y madres que tengan hijos con alguna discapacidad. La segunda establece el derecho a recibir servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, con calidad y calidez. Desafortunadamente los servicios se caracterizan por fragmentación institucional, segmentación de beneficiarios y duplicidad.

El 80 % del presupuesto del Gobierno federal destinado a niños, niñas y adolescentes se invierten en las áreas de salud y educación, la inversión en programas recreativos y/o culturales es insuficiente (UNICEF, 2011) lo que es lamentable porque son preventivos de situaciones de riesgo y coadyuvantes para el buen desarrollo de los y las menores en etapas de formación.

Los servicios de cuidados, en un principio (en los años 50) eran solo para los hijos e hijas de las madres trabajadoras asalariadas. Recientemente se han ampliado, pero solo se abordan como un elemento más dentro de las políticas de combate a la pobreza, pero el problema es para todos los estratos sociales y debe ser parte de la agenda gubernamental. En todos los estratos la juventud está expuesta a riesgos, incluso en los estratos más ricos pueden tener riesgos adicionales para padecer la explotación económica; todos y todas pueden tener conflictos familiares intergeneracionales o sufrir por falta de atención de sus padres y madres por pobreza de tiempo.

Por otra parte, los mecanismos institucionales contribuyen a la feminización de la responsabilidad de los cuidados, los programas públicos imponen a las mujeres cumplir con los trámites, llevar a los

⁷ Semejante al resto de los países latinoamericanos no mencionados, salvo Cuba que sí tiene buena cobertura para su niñez, y cobertura universal en los servicios de salud.

niños y niñas a los servicios, etc.; es un enfoque maternalista, muy consumidor en términos de tiempo e insostenible como lo han planteado Galindo Vilchis *et al.* (2015). Esto se suma, como apunta Villa Sánchez (2019: p.13) a «la cuestión cultural que es otro de los desafíos para la construcción de un sistema de cuidados bajo una óptica igualitaria de responsabilidades familiares compartidas».

La cobertura de los servicios públicos de cuidado de menores fuera del sistema escolar, son insuficientes (que es necesario evaluar) o inexistentes en la Ciudad de México y en todo el país. Como apunta Villa Sánchez (2019:11) «en general los programas y servicios se caracterizan por alta fragmentación institucional, la segmentación de beneficiarios y duplicidad de programas». En México no se puede tener una visión clara de los programas, no existe un catálogo que dé cuenta de ello para conocer su cobertura y sus características. Algunos están en vías de desaparición o transformación por el cambio de Gobierno a finales de 2018, el cual cambió muchas de las estrategias de los subsidios. Eso es común con los cambios en la Administración, no solo en México, lo mismo sucede en muchos países de América Latina. Se puede decir que en México no se ha desarrollado una institucionalidad respecto al cuidado que garantice la continuidad de los programas.

Existe un programa de prevención y atención contra las adicciones para adolescentes entre 12 y 17 años en condiciones de vulnerabilidad. Se implementa con una óptica de salud pública centrada solo en la atención médica, sin atender de manera integral el resto de los componentes que inciden en la prevención y tratamiento de las adicciones más allá de la atención en situaciones de crisis. Están dirigidas a los centros de atención, sin considerar medidas que involucren activamente a la población en tratamiento.

Otro programa que incide en los cuidados es el de Escuela Primaria de Tiempo Completo mediante el cual quedarían protegidos los y las menores entre 6 y 11 años, más allá del reducido horario general de las escuelas primarias. Pero su cobertura es muy reducida.

Por otra parte, contamos con los análisis de Menkes y Sosa (2016) sobre embarazo adolescente, dando a conocer la cobertura de anticonceptivos, embarazos no deseados, las causas de aquellos sí deseados que son más frecuentes entre las más pobres, donde las mujeres carecen de opciones más allá de la maternidad.

Villa Sánchez (2019) concluye que se requiere un nuevo arreglo institucional entre las esferas proveedoras de bienestar de la sociedad (Estado, mercado, familias y comunidad) con una nueva corresponsabilidad para que se produzca la «desfamiliarización» del cuidado.

En el caso de México, otro aspecto que se debe tener presente respecto a gestión, es la amenaza de la corrupción que siempre existe desviando recursos públicos hacia intereses privados. También se tiene que cuidar la infiltración del crimen organizado para cooptar a las personas jóvenes como colaboradoras o consumidoras; incluso a veces se infiltran depredadores entre quienes cuidan o guías espirituales (como ha sucedido entre ministros de culto).

Las tres líneas para evitar la corrupción son la contabilidad para control del presupuesto, monitoreo de actividades y metas, así como el seguimiento de calidad. Asimismo, es necesario aplicar sanciones enérgicas para acabar con la impunidad de quienes cometen actos de corrupción, que desafortunadamente se da desde niveles micro (como inventar identidades de niños y niñas que son inexistentes para recibir los subsidios correspondientes, como se evidenció en 2019 en muchas entidades de la república) hasta redes muy organizadas.

En síntesis, debe implementarse un *sistema integral de cuidados* para toda la población vulnerable (menores de 18 años, discapacitados y dependientes de la tercera edad) con *supervisión, acompañamiento, monitoreo y su evaluación*. Es probable que en un futuro sí se logren avances en este sentido, porque actualmente varias instancias lo están demandando; aunque dista mucho para que se convierta en una *política pública*.

Además de la sociedad civil, desde la academia se están produciendo análisis que visibilizan el problema. Aunque en México se empezó tarde, comparativamente con otros países de América Latina, resulta relevante la creación de la Red de cuidados en México⁸ a mediados de 2017, creada por iniciativa de OXFAM con la respuesta mexicana entusiasta de organizaciones, colectivos, activistas feministas, cuidadoras, académicas y personas independientes interesadas en una organización más justa del cuidado; estableciendo al cuidado como un derecho humano que requiere de la corresponsabilidad social entre el Estado, las comunidades, los hogares y las empresas privadas.

Finalmente, es importante señalar que la creación de un marco normativo internacional, por las instancias multinacionales, ha surgido a partir de la visibilidad del tema, impulsado originalmente por la producción de conocimiento desde la academia, dentro de la cual destaca la obra de María Ángeles Durán, quien desde los años 80 no ha dejado de publicar sobre el tema trabajos relevantes. Reseñar sus contribuciones queda fuera del alcance de este documento, solo por mencionar lo vasto de su obra sobre el tema, en uno de sus libros *La riqueza invisible del cuidado* (2018) están citadas 61 obras de la autora. Otras autoras españolas, que participan en esta obra, tienen importantes contribuciones al tema, y su bibliografía nos puede enriquecer mucho. En América Latina, también hay importantes contribuciones desde los estudios de la familia y los cuidados, por razones de espacio solo se citan algunas personas: Rosario Aguirre, Irma Arriagada, Karina Batthyani, Carlos Echarri, Brígida García, Elizabeth Jelin, Celia López, Nelson Florez, Edith Pacheco y muchas más.

Para cerrar esta sección, antes de considerar la necesidad de cuidados de la población entre 6 y 17 años, en el cuadro se muestran las proporciones de grandes grupos de población en algunos países en distintas etapas de la *transición demográfica*. La proporción del grupo entre 6 y 17 años va del 19 % al 29 % de la población total; además de su importancia numérica, se considera que su sano desarrollo es en beneficio para el futuro de la sociedad toda.

Proporciones de población en grandes grupos, 5 países, 2019*					
	% 0-5	% 6-11	% 12-17	% 6-17	% 65 y+
Uruguay (2011)	8.10	8.97	9.69	18.66	14.08
Costa Rica (2011)	9.43	9.98	11.06	21.04	7.25
México (2010)	11.44	12.01	11.91	23.92	6.25
Ecuador (2010)	12.08	13.08	12.11	25.18	6.50
Honduras (2013)	14.09	13.81	14.86	28.67	4.95

*La CEPAL clasificó a los países en 5 grupos por su nivel de desarrollo, se seleccionó un país de cada grupo. Fuente: CEPAL/CELADE Redatam+SP (12/13/2019).

⁸ Véase: <https://reddecuidadosenmexico.wordpress.com>

3. La población entre 6 y 17 años

A lo largo de nuestra vida todos y todas necesitamos de cuidados. Nunca podemos prescindir de cuidados indirectos (alimentación, entre otros), aunque en varias etapas de la vida se pueden obtener mediante el autocuidado. En otras etapas, el cuidado directo proporcionado por otras personas es indispensable; por tanto, es importante que las políticas públicas lo consideren prioritario en su agenda, poniéndole atención a las edades extremas en la vida principalmente, y a dependientes por alguna limitación física o mental de cualquier edad.

Sin embargo, en las siguientes líneas se abordará la problemática de otro grupo poblacional hasta ahora no visualizado en las políticas públicas del cuidado consideradas «más urgentes», pero no por eso cubren a todas las importantes. Se trata de la población en el rango de edad de 6 a 17 años, que como se expuso en la sección anterior, en los distintos países de América Latina, aún en los países más envejecidos, constituye casi una quinta parte de la población total y requiere de cuidados especiales.

3.1. La especificidad de esta población

El cuidado de niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años plantea diferentes necesidades, más allá del cuidado indirecto; cuidado, en general, no solicitado por ellos y ellas mismas. Lo cual plantea límites muy delicados entre el respeto a su autonomía y posibilidades de crecimiento, con la probabilidad de riesgos para su integridad física y mental. Atención que quizás demande menos tiempo en cantidad por no requerir cuidados directos, pero sí exigente en la oportunidad y calidad de su atención, lo cual exige estar alerta en cuanto a cambios en el comportamiento⁹.

Como se expuso más arriba, en estos rangos de edad ya gozan de autonomía para su vida cotidiana, pero su grado de madurez no les permite prever algunos riesgos. Los niños y niñas entre 6 y 11 años se pueden exponer a riesgos por no prever posibles accidentes, además son vulnerables frente a abusos de personas adultas depredadoras, y los que tienen edades entre 12 y 17 años por su exposición a riesgos especiales en un periodo de transición a una nueva etapa de su ciclo de vida que les plantea varias situaciones ambiguas, que más adelante se comentan.

Como señalan Menkes y Sosa (2013), «la enorme diversidad que queda englobada bajo la categoría de adolescentes reconociendo su carácter problemático, dinámico y discontinuo, asumiendo que, como en cualquier otro sector poblacional los adolescentes no siempre comparten los modos de inserción en la estructura social». Por ello, estas autoras retoman a Morduchowicz, R. (2004), quien señala: «Surge así la necesidad de generar propuestas y espacios materiales y simbólicos desde sus propias voces y necesidades (más allá de los aspectos sexuales y reproductivos) reconociéndoseles el derecho de ser sujetos de su propia historia».

⁹ Recientemente, en México, a través de medios masivos se ha lanzado una campaña sobre aspectos a observar de cambios sobre el comportamiento de los y las jóvenes en cuanto a horarios, amistades, alimentos, orden en sus cosas, etc.

La antropóloga Norma Fuller (2003) explora la relación existente entre los adolescentes varones y la transgresión de las normas sociales. La autora se refiere principalmente a los varones, aunque señala que en fechas recientes pareciera que el modelo masculino está siendo tomado por las chicas, lo cual se asocia con todos los aspectos de la vida social a los que las mujeres están ingresando. Esto se refleja en la cultura juvenil que se está ampliando para generar formas de sociabilidad, consumo y valores antes asociadas solo a la población masculina y que ahora incluyen crecientemente a las jóvenes. Una de las consecuencias no deseadas de estos cambios es que el uso de alcohol y otras drogas se ha incrementado en la población femenina joven. Además, para las mujeres, las definiciones de adolescencia, primera juventud y madurez femeninas están en revisión debido a factores tales como: la redefinición de la sexualidad y la reproducción, la mayor autonomía de las jóvenes frente a la familia, la tendencia hacia una mayor igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres y, sobre todo, al desplazamiento de la maternidad en sus proyectos de vida (Fuller, 2003: 80-82).

En general, la adolescencia se define como una etapa transicional ambigua entre la infancia y la vida adulta. Ya no es dependiente para sus funciones vitales, pero sí es dependiente para su sustento económico, quizás no sea sexualmente activo o activa pero su sexualidad ya la tiene presente. Necesariamente es una etapa de reflexión. Buscan encontrar el significado de la vida. Pueden caer en un vacío existencial y se plantean las preguntas: ¿Qué propósito tiene mi vida? ¿Por qué estoy aquí? ¿Qué quiero hacer de mí?, entre otras.

Por otra parte, en el pasado las identidades se derivaban en buena parte de los oficios ejercidos, esto ha cambiado drásticamente en los últimos cien años; en el campo laboral se ha dado un rompimiento por los cambios de las estructuras económicas y los cambios tecnológicos¹⁰. Esto ha trastocado las relaciones entre generaciones que operaban antes en muchos campos del sistema productivo, cuando se establecían relaciones entre padres e hijos a través de los oficios, relaciones *maestro y aprendiz*; de esto se derivaba una clara jerarquía económica y de reconocimiento por la experiencia acumulada. Ahora, tanto la agricultura tradicional como la manufactura artesanal se han reducido drásticamente. Muchos oficios han desaparecido, los trabajadores y trabajadoras en la actualidad son operadores con puestos temporales con alta rotación. La juventud tiene una clara ventaja en las tecnologías electrónicas sobre las personas viejas, quienes muchas veces se vuelven dependientes de la primera, incluso para resolver asuntos de la vida cotidiana, como el manejo de cuentas bancarias que ya no se pueden manejar de otra manera; padres, madres, abuelas y abuelos dependen de quienes son jóvenes. Las jerarquías se trastocan.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en que se constituye la identidad de género con sus reglas propias, opuestas en alguna medida al mundo de las personas adultas y en la cual las prioridades y relaciones se redefinen. De hecho, las hazañas más prestigiosas entre los y las adolescentes consisten en desafiar las reglas de la sociedad adulta (Fuller, 2003:74). Se trata pues de una etapa peligrosa (muchas veces sometidos a Rituales de Transición impuestos por pares). En especial, el varón prueba que puede transgredir el orden doméstico y oponerse a la población adulta para ser aceptado por el grupo de pares y consagrado como fuerte y viril, corriendo incluso el riesgo de autodestruirse. Ciertamente, no

¹⁰ Aquí no se puede profundizar sobre las transformaciones del mercado de trabajo que afectan a las y los jóvenes; se puede consultar a Reguillo, R. (2013), aquí solo se abordan relaciones entre generaciones.

todos los jóvenes atraviesan este período de manera tormentosa porque se identifican con los valores transmitidos por la escuela, la familia e incluso para algunos jóvenes también con la iglesia. Otros tienen sensibilidades diferentes y no están de acuerdo con el tipo de virilidad propuesta por la cultura del grupo de pares; también está el que sucumbe y cae en la marginalidad. (Fuller, 2003:75). Por otra parte, quienes se alinean de manera acrítica a las personas adultas no maduran y no logran asertividad aún en edades adultas, incluso están en desventaja frente a las que atraviesan por procesos complejos, quienes quedan fortalecidas con gran seguridad en sí mismas, después de un proceso de resiliencia de lo sufrido y haberse expuesto a altos riesgos, o simplemente oponerse a lo preestablecido.

Esquivel, Faur y Jelin (2012:12) hacen un señalamiento refiriéndose al caso de la niñez, que se puede extender hasta las edades aquí consideradas. Ellas señalan: «Los déficits y demandas insatisfechas en un momento dado dejan sus marcas en el desarrollo futuro, con efectos que se manifestarán a lo largo del curso de vida de esos/as niños y niñas descuidados/as hoy [...]. Además, existe una justificación instrumental, muy en boga, que pone el énfasis en el significado del cuidado para el crecimiento y dinamismo económico, como contribución al capital humano visto como eje de la ‘inversión social’. En este sentido, hay un proceso de doble vía: por un lado, el cuidado de las personas que es en sí necesario, y por el otro, para su mejor participación en el desarrollo económico y social de sus comunidades».

Por otra parte, también es importante tener presente que en la juventud se deben potenciar las oportunidades, cuando la capacidad de aprender y la creatividad están en plenitud, por lo tanto, es necesario proporcionar los elementos para su desarrollo que no solo es en su propio beneficio sino es para la sociedad en su conjunto.

3.2. ¿Quién se debe encargar de sus cuidados?

Razavi (2007:31) resalta las cuatro instancias del bienestar que intervienen en la provisión del cuidado: la familia, el Estado, el mercado y la comunidad¹¹. El papel de cada uno de ellos es variable. Estas instancias las mencionan varios autores, aunque en general no se define claramente el papel de cada una de ellas y su vinculación. En seguida se tratará de especificarlas.

3.2.1. *La familia*

Se ha sostenido que la familia es la institución social central a cargo del cuidado de las personas dependientes. En general así es en el inicio de la vida, por ello prevalece la idea, en muchos lugares, de que los vínculos familiares siempre dan como resultado relaciones de cuidado con calidad, basadas en relaciones afectivas y fuerte sentido de la responsabilidad.

¹¹ Lo cual coincide con lo planteado por Uruguay.

No siempre es así, también se debe tomar en cuenta que la estructura de las familias ha sufrido cambios, así como el entorno social y la distribución del tiempo en diferentes actividades de las personas adultas. En el pasado, en el seno de las familias con estructuras extensas, se daba la convivencia de varias generaciones, en las cuales el cuidado se daba de manera natural en sus relaciones, se cuidaban entre ellas. En la actualidad, lo común son las familias nucleares, con pocos hijos e hijas, la convivencia y el cuidado mutuo entre hermanos y hermanas se ha reducido o no existe.

Otro problema para que los cuidados descansen en la familia es la carencia de tiempo de las personas adultas para cuidar a menores; la dinámica familiar ha cambiado, el incremento de la participación femenina en el mercado y la transformación de la estructura familiar de extensa a nuclear hace que no se cuente con una persona en el hogar que dedique el tiempo suficiente a los cuidados. En un estudio realizado para el conjunto de la Ciudad de México se observó el tiempo promedio al día que personas adultas (de 18 a 64 años) pueden dedicar a menores entre 6 y 17 años, usando su propio tiempo libre; según estratos sociales fue de 45 minutos en el estrato muy bajo, 56 minutos en el bajo, 1 hora con 9 minutos en el medio y 1 hora con 27 minutos en el alto (Pedrero *et al.*, 2016).

Cabe señalar que, en general, en el pasado el cuidado estuvo a cargo de una mujer, pero en la actualidad, por la necesidad de que los hogares cuenten con dos personas proveedoras, por eso en ocasiones el cuidado de menores o mayores recae justamente sobre adolescentes, lo que limita su propio desarrollo.

Además de la carencia de tiempo de quienes conviven en el hogar, la familia se puede enfrentar a otras limitaciones; como falta de capacidad para entender los cambios generacionales o las transformaciones en el ciclo de vida. Lo cual plantea límites muy delicados entre el respeto a su autonomía y posibilidades de crecimiento con los límites necesarios para preservar su integridad física y mental. En otro extremo está la total permisividad que se puede convertir en violencia de los hijos e hijas contra personas adultas. Por ello, es necesario plantear opciones para el cuidado de esta población ajenas a la familia o en concordancia con ella.

Es decir, la visión familista ya no se considera como la única opción, aunque en la práctica es la que predomina; como señalan Díaz-Fernández, Montserrat *et al.* (2018:45), «en la mayor parte de las legislaciones sobre derecho y las responsabilidades del cuidado se agotan en la atención de las criaturas por parte de los padres y, sobre todo, de sus madres, sin que encontremos previsión alguna respecto al papel que pueda jugar el resto de la sociedad».

Sin duda, no se puede prescindir de la familia, es la que puede proveer la mayor certeza para un buen desarrollo en las etapas de formación y crecimiento, siempre y cuando sea sólida y signifique un sustento emocional; el cariño incondicional familiar es la fuente de la felicidad personal; las buenas relaciones familiares dan lugar a la autoestima. Sin embargo, desafortunadamente, es también en su seno, en algunos casos, donde radican las peores amenazas para los y las menores, por ello es importante detectar las señales de alarma y crear los mecanismos de apoyo alternativos para su protección.

La idealización del amor familiar es peligrosa, abusos y violencias familiares no son tan excepcionales, si bien reducidos en términos numéricos, pero muy grave por sus consecuencias. A menudo hay una conspiración de silencio. Los abusos y maltratos dentro de los hogares y las familias son fenómenos bien conocidos, que requieren ser tomados en cuenta en el momento de pensar en cómo asegurar «buenos» cuidados, encontrando maneras de monitorear la calidad del cuidado ofrecido y recibido por miembros de la propia familia.

Parecería que el cuidado por la familia basado en el amor es especial, único, diferente de los que implican un intercambio monetario. Sin embargo, hay casos extremos en que los amores familiares, aun siendo genuinos, son peligrosos porque limitan el desarrollo de las personas por sobreprotección o chantajes morales. También, se debe tener en cuenta que las personas adultas no siempre están preparadas para atender las necesidades de los y las adolescentes, por mucho cariño que se les tenga; sea por falta de preparación en general o por falta de madurez emocional de padres, madres, tutores o tutoras. Muchas veces no aceptan que sus hijos o hijas están creciendo, que se les debe respetar su propio espacio y que van a tener que exponerse a riesgos que deben aprender a resolver de manera autónoma. Aceptar esta independencia puede ser especialmente difícil para mujeres amas de casa a tiempo completo que han dedicado su vida a la familia e incluso su proyecto de vida ha sido ese, el vivir para la familia, y también para padres autoritarios que no pueden aceptar comportamientos de las hijas y los hijos que no han sido marcados por ellos.

En síntesis, por lo señalado más arriba, en muchos casos no puede ser la familia o cualquier ámbito que represente al poder establecido por las personas adultas; se deben buscar opciones escuchando a la juventud, fomentando en ella un alto sentido de responsabilidad. La familia y la escuela siempre son importantes para detectar comportamientos de riesgo, pero incluso ahí puede estar el problema; por ello en ocasiones para atenderla se debe recurrir a terceros, quienes deben estar preparados profesionalmente para ello, explícitamente, y contar con infraestructura. A esto se refiere la propuesta que se expone al final para políticas públicas.

3.2.2. *El Estado*

El Estado no es solamente un proveedor de servicios o administrador de subsidios y transferencias financieras. El Estado tiene un rol específico en regulación y monitoreo de los estándares mínimos de todas las relaciones de cuidado: en la casa y en la escuela, en organizaciones comunitarias y mercado, además de los asuntos relacionados con cuidadores/as remunerados/as o no. En situaciones límite es el derecho penal quien define el umbral: violencia física, abuso sexual, abandono o incluso muerte.

El Estado y el derecho internacional de los derechos humanos tienen un papel importante al respecto; el cuidado se debe entender como parte de una organización social, supone prestar atención tanto a los aspectos micro sociales como al rol de las políticas públicas en cuanto a provisión y regulación de las relaciones, actividades y responsabilidades de cuidado asignadas a los distintos actores. Debe operar como garante de los niveles de calidad y respeto a los derechos que se tienen que cumplir. En todos los casos, las políticas responden a determinados principios y supuestos a lo que se defina como «necesidades» de la población¹².

¹² Un interesante debate acerca de la definición sobre cuáles son las «necesidades» puede verse en Fraser (1997), un hecho de disputa política en la época del postsocialismo y el desmantelamiento de los estados del bienestar.

3.2.3. *El mercado*

El mercado como proveedor de cuidados surgió a partir del acceso al cuidado de hijas e hijos pequeños de las madres trabajadoras asalariadas o de personas adultas mayores como jubiladas con pensiones contributivas. Independientemente de esas necesidades, existe demanda de servicios de cuidado no cubiertas por la seguridad social ajenas a la condición laboral. Esta demanda se tendría que cubrir por el mercado. Sin embargo, en sociedades tan desiguales como las latinoamericanas, solo los estratos socioeconómicos altos pueden demandar servicios institucionales pagados. Los estratos medios pueden tener acceso a servicios de cuidado informales a domicilio, en general mal pagados y con condiciones de trabajo precarias, resultando servicios baratos accesibles a clases medias. Los estratos pobres solo cuentan con la familia.

Para las edades que nos interesan, en el mercado hay oferta de actividades lúdicas o artísticas que parcialmente se podrían considerar como cuidados porque los niños, niñas y jóvenes en esos lapsos están acompañados y con orientación profesional, desarrollando alguna actividad. Los chicos y chicas están supervisados durante el horario de las actividades contratadas, pero no fuera de ellas. Es importante señalar que estas actividades se podrían integrar a programas más ambiciosos como se verá más adelante.

3.2.4. *La comunidad*

Una comunidad (del latín *communitas*, *-ātis*) es un grupo de seres humanos que tienen ciertos elementos en común, tales como el idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica (un barrio, por ejemplo), estatus social o roles.¹³

Cuando se trataba de una pequeña localidad no había duda de lo que constituía una comunidad, la gente se conocía, se sabía a qué se dedicaba cada persona, cuál era el lugar que ocupaba en su sociedad. De manera que el cuidado de jóvenes era una práctica que se ejercía cotidianamente por toda la comunidad. Eso era lo generalizado en el pasado, pero en la actualidad quedan pocos espacios de esos, incluso en las pequeñas localidades no se da ese control porque hay una movilidad diaria fuera de su perímetro que escapa del control social de la comunidad de origen. Es decir, en la actualidad, los procesos de urbanización hacen imposible que se pueda definir a un asentamiento urbano como *comunidad per sé*.

Por lo tanto, se tiene que definir cada comunidad con un referente geográfico porque la territorialidad es importante en la identidad, pero no es suficiente, tiene que sustentarse en otros atributos como intereses comunes, de manera que sus integrantes se identifiquen automáticamente y sea posible el encuentro cotidiano de manera física, no solo virtual. Comunidad en la cual se pueda dialogar, convivir cotidianamente, buscar el interés común. Por lo tanto, es fundamental la reformulación del

¹³ Véase definición de Wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad>

concepto de territorio, introduciendo la idea de lo local como elemento de identidad sociocultural. En este sentido, se ha indicado que «el territorio es el espacio significativo para el grupo que lo habita (heterogéneo y diverso socioculturalmente), con el cual los individuos generan una relación en un nivel profundo de la conciencia» (PNUD, 2012:34). Al respecto, Ziccardi (2012:187) apunta: «En los espacios habitados masivamente por los sectores populares, gracias a su capacidad organizativa han podido contrarrestar los efectos desfavorables que les generan los procesos de segregación territorial y marginación social [...] La construcción o recuperación de los espacios públicos (rehabilitar o crear lugares de encuentro y recreación, así como lugares de servicio de cuidados) en los barrios populares constituye una responsabilidad gubernamental para generar condiciones materiales básicas, que permitan desarrollar actividades sociales, deportivas, culturales y recreativas, como forma de hacer efectivo el derecho a la ciudad a contribuir a desarrollar una mejor convivencia comunitaria en el ámbito local».

Así, una comunidad de intereses puede ser conceptualizada como un espacio geográfico delimitado por y con un potencial de solidaridad interna teniendo un carácter pluridimensional, reconociendo que en el territorio interactúan y se da la intersección de identidades sociales e históricas donde las personas se relacionan y donde las instituciones públicas y privadas intervienen (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2012). Por lo tanto, de manera natural en la comunidad se pueden desarrollar actividades de cuidado mutuo en la convivencia, en ese ámbito es donde se pueden desarrollar servicios colectivos de cuidado y vigilancia del mantenimiento de su entorno para que se cuente con una infraestructura que evite accidentes y facilite la vida día a día.

3.3. Necesidades en función de riesgos especiales

En cuanto a lo político, lo que marca a la mayoría de los países de América Latina es la falta de continuidad y grandes fluctuaciones en sus políticas sociales. En particular, en la época actual la juventud se enfrenta a una serie de riesgos sin ser atendida, y que de ser víctima de ellos sin buena solución marcan un destino fatal para menores, su entorno y la sociedad en general. Afectará especialmente a quien tenga que ocuparse del siniestrado (generalmente la madre u otra mujer) por ser costoso, especialmente en tiempo.

En el contexto de muchas necesidades básicas no cubiertas, no es raro que la población entre 6 y 17 años sea «el grupo olvidado de los cuidados» frente a necesidades «más urgentes», pese a que requiere una importante inversión no tanto de tiempo como de calidad en la atención, principalmente orientadas a prevenir prácticas de riesgo.

El cuidado, para estas edades, si acaso se le llega a considerar, es colocado en un plano secundario¹⁴. Los cuidados para niños y niñas mayorcitos y personas adolescentes no discapacitadas, en general, se consideran como no necesarios, más allá de los cuidados indirectos, para los cuales a cierta edad

¹⁴ Sí existen instancias dirigidas a la juventud, sobre todo de entretenimiento, pero sin un planteamiento de cuidado preventivo para atender los riesgos a que está expuesta.

se alcanza la autonomía. Sin embargo, si se requieren cuidados específicos y son subestimados. Se ignoran cuidados anímicos y de vigilancia sobre riesgos, muchas veces no se tiene conciencia de que sean asuntos dignos de atenderse.

Como se apuntaba arriba, un siniestro no solo tiene consecuencias sobre la víctima directa cuando le deja secuelas de discapacidad permanente, también afecta de por vida a quien tendrá que hacerse cargo del cuidado (incluso se le hace responsable) de la persona siniestrada, en general la mujer más cercana por consanguinidad (la madre) o afinidad. Quien cuida tendrá limitaciones en sus oportunidades de trabajo y de formación, reduciendo su tiempo libre con repercusiones en su salud física, mental y emocional. El siniestro necesariamente trastoca las relaciones familiares, que incluso previamente pudo haber habido mala convivencia familiar, lo cual será exacerbada por la carga de trabajo extra y las que se imponen por el manejo de culpas, no solo entre quien cuida y el cuidado, sino entre todos los miembros de la familia.

La propuesta es buscar políticas de prevención y corrección de hábitos para evitar siniestros, que pueden ser muy costosos, no solo en lo económico, sino en calidad de vida; especialmente cuando resultan en alguna discapacidad permanente. Se trata de hábitos que dañan la salud como: adicciones a edad temprana; embarazo o matrimonio adolescente; intento de suicidio, hábitos alimenticios patológicos, abuso sexual contra niñas y niños; y otras modalidades de violencia ejercidas por parte de personas adultas (familiares y no familiares) incluso de quienes los cuidan.

El planteamiento es que en estas edades el cuidado sea considerado como una estrategia preventiva. Se debe partir de un diagnóstico sobre la población objetivo y hacer programas preventivos para proteger a la juventud y brindarles una vida más plena. Y como Alicia Ziccardi (2012) lo ha señalado, se requieren recursos, además de los humanos, los económicos, los institucionales (como los jurídicos), etc.

Gran parte de niños, niñas y jóvenes de ambos sexos están expuestos a riesgos derivados de las vulnerabilidades que se desprenden de la edad, que afectan a todas las clases sociales y que siempre han existido (salvaguardar la vida, acoso sexual). Sobre algunos se ha tenido conciencia tiempo atrás y otros solo son reconocidos desde hace poco, como el *bullying* escolar, o la expansión de negocios que consideran a los y las menores como un mercado específico como pornografía o venta de drogas. Además, surgen otros nuevos, desprendidos de la introducción de nuevas tecnologías, específicamente vinculados al *Internet* que es una realidad insoslayable que se expande día a día, especialmente entre las personas más jóvenes. Lejos de satanizar al medio y tratar de limitarlo o controlarlo —lo cual parece imposible— será necesario usar al propio medio para comunicarse y convocar a nuestros y nuestras jóvenes usando técnicas modernas y atractivas para la población objetivo; lo cual parece factible, porque como Morduchowicz (2013:81) señala: «La primera opción para los adolescentes para su tiempo libre es salir con amigos, aun cuando pasan mucho tiempo en su casa con los medios, pero si pudieran elegir para su tiempo libre sería una vida social con amigos».

Algunos de los riesgos detectados y sus aspectos específicos se presentan en la siguiente sección con referencia a México. Los riesgos y las consecuencias de ser víctima son diferenciales por género y para su prevención es necesario abordarlos de manera específica para ellos y ellas.

3.4. Riesgos más comunes¹⁵

3.4.1. Ciberacoso

El ciberacoso o *ciberbullying* es una nueva forma de violencia que agrede psicológicamente a una persona o incluso llega al abuso físico, usando un celular, una videocámara, un portal web, ejercidos a través del Internet.

En México, un estudio realizado con estudiantes de nivel medio superior encontró que el 24 % se había sentido alguna vez acosado o acosada sexualmente por Internet (López y Sánchez, 2011). Vinculando a estas cifras, las y los menores usuarios de Internet se pueden considerar potenciales víctimas de extorsión, abuso, pornografía infantil y otras formas emergentes de violencia en Internet como son el ciberacoso (Ibarra, 2014; Smith *et al.*, 2008; Kiriakidis y Kavoura, 2010), *sexting* y *grooming*. Las formas más comunes son acoso, exhibición, denigración, descalificación, invasión o suplantación de identidad en las redes sociales especialmente a través del uso de Internet. Por su parte, según el Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación el *sexting* consiste en «la difusión o publicación de contenidos visuales de tipo sexual, utilizando para ello el teléfono móvil o cualquier otro dispositivo tecnológico» (Ibarra, 2014:85). El *grooming* alude a las estrategias que un adulto o adulta desarrolla para ganarse la confianza de menores por la vía del Internet para obtener concesiones de índole sexual. Estas nuevas formas de violencia se tornan aún más amenazantes si se toma en cuenta que las aplicaciones de geolocalización de contenido multimedia para dispositivos móviles facilitan la ubicación física de los menores de ambos sexos.

Las víctimas de este tipo de violencia presentan síntomas de estrés, ansiedad, depresión, ira, impotencia, fatiga, enfermedad física, pérdida de confianza en sí mismas (entre otras), lo que puede conllevar a prácticas suicidas o a la consumación del abuso (Smith *et al.*, 2008).

3.4.2. Suicidio y bullying

De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la primera década de este siglo el número de suicidios cometidos por la población general ha disminuido. Sin embargo, el Instituto Nacional de Psiquiatría registró un incremento en México del 74 % en el número de suicidios en la población de 15 a 24 años, lo que significa que la juventud se convierte cada vez más en un blanco fácil de esta problemática (Jiménez y Cardiel, 2013).

¹⁵ Esta sección fue tomada principalmente de Pedrero *et al.* (2016); con actualizaciones y agregados.

En una entrevista televisiva (2018), el psiquiatra Juan Ramón de la Fuente, exrector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)¹⁶, narró la inducción al suicidio vía Internet. Por atender a un paciente adolescente por intento de suicidio, descubrió que había sido víctima del citado medio. Para conocer su operatividad, el mismo Dr. De la Fuente se creó una identidad falsa fingiendo ser un adolescente, entrando de esa manera al mismo circuito de su paciente. Ahí constató una inducción sistemática al suicidio: cada vez que el «supuesto joven» inventaba un camino para salir de la senda destructiva, el sistema «lo reorientaba» para seguir con su intento suicida. El especialista decía que esa inducción, con toda seguridad, estaba conducida por profesionales de la psiquiatría (no uno, sino un equipo) porque sabían cómo manejar a la población joven; y se preguntaba: ¿Qué persiguen?, no hay dinero de por medio. Es «un comportamiento siniestro», una amenaza real.

Paralelamente, se ha sugerido que en México, como en otros países, las muertes asociadas al *bullying* son fenómenos en aumento. Recientemente se han empezado a asociar las prácticas de *bullying* (*in situ* y por Internet) con las muertes por suicidio de personas entre 10 y 19 años,¹⁷ suicidios que representan el 28 % del total nacional (Arroyo y Bertomeu, 2012).

3.4.3. *Trastornos patológicos de hábitos alimenticios*

Entre algunos y algunas adolescentes, son conocidos los problemas de bulimia y anorexia como patologías de orden psicológico que pueden conducir hasta la muerte. Problemas que afectan principalmente a las mujeres, por la presión social y comercial sobre la importancia de que la imagen corporal femenina se ajuste a determinados cánones altamente valorados en la sociedad. Para su atención existen diferentes instituciones, una es la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia¹⁸.

Otro problema psicológico asociado a la alimentación es el de los «comedores compulsivos» que ha derivado en situaciones de incremento importante en esta población que padece diabetes. México es el séptimo país con más personas viviendo con diabetes y hay un alto porcentaje de niños, niñas y jóvenes que la padecen. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) revela que más de 70 % de mexicanos y mexicanas en edad adulta padecen sobrepeso o sufren de obesidad, mientras que entre los y las adolescentes la cifra es de 35 % y en la infancia casi alcanza ese mismo porcentaje. Cifras alarmantes, porque la diabetes entre la gente joven es más severa, además denota inactividad física, lo cual es especialmente negativo en las etapas de crecimiento.

¹⁶ Programa de *Canal 11 «México Social»*, conducido por Mario Luis Fuentes, en 2018.

¹⁷ Se ha señalado la dificultad de registrar e identificar en las estadísticas oficiales el suicidio, dada la tendencia de no clasificar los suicidios como causa de muerte porque algunas veces, las familias encubren la muerte bajo el diagnóstico de muerte accidental (Jiménez y Cardiel, 2013).

¹⁸ Véase: www.acab.org/es/documentación/que-son-los-trastornos.../

3.4.4. *Embarazo adolescente*

Otro importante riesgo lo constituye el embarazo adolescente (Menkes, *et al.*, 2016). La incidencia del embarazo adolescente en México es un problema importante no solo de salud y salud reproductiva sino de derechos sexuales, reproductivos y humanos. Los datos evidencian que, pese a que México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, en la última década ha ocurrido un aumento en el embarazo y la fecundidad adolescente. Citan a los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), que sugieren una disminución de la edad a la primera relación sexual. Para 2014, las estimaciones sugieren que solo 55,1 % de los adolescentes usaron algún tipo de anticonceptivo en su primera relación sexual (Menkes, *et al.*, 2016). Las tasas de embarazo adolescente constituyeron cerca del 16 % del total de embarazos en el ámbito nacional. Esta proporción no ha disminuido desde 1991, incluso ha aumentado desde 2009.

Los estudios sobre el tema en México señalan un vínculo indisociable entre el embarazo adolescente y las condiciones objetivas de vida. Persisten grandes diferencias según las condicionantes sociales tanto en los niveles de fecundidad, como en los niveles de embarazo. Las adolescentes que presentan un mayor nivel de embarazo y de fecundidad adolescente en el país son las que viven en unión libre (convivencia marital no legalizada), con menor escolaridad, que no trabajan por ingresos, que provienen del estrato socioeconómico más bajo, que residen en zonas rurales, las indígenas. En el ámbito nacional, la proporción de embarazos adolescentes decrece conforme mejora el estrato de pertenencia, las chicas alcanzan el 40,0 % en el estrato bajo y 3,8 % en el alto (Menkes, *et al.*, 2016). Muchos de estos embarazos no son por accidente, son deseados por las propias mujeres debido a la alta valoración de la maternidad. Además, en contextos sociales muy pobres, se restringe la posibilidad de otros proyectos de vida entre las jóvenes.

En general, el embarazo de adolescentes se asocia con madres solteras, sin embargo, el matrimonio de menores de edad es común en México; y el primer obstáculo para erradicarlo es que no hay consciencia de que sea un problema (Pérez Amador *et al.*, 2015), a pesar de las consecuencias negativas que este hecho tiene para el curso de vida de las menores.

3.4.5. *Violencia en el noviazgo*

Desafortunadamente, la violencia en el noviazgo es una experiencia relativamente común en México (Castro y Casique, 2010)¹⁹. Naturalmente los valores de los índices estadísticos al respecto varían según sexo y edad, las cifras plantean la dimensión que tiene el problema entre las personas jóvenes en México. Las conductas de abusos, a veces unidireccional y a veces recíproca, entre las parejas jóvenes tienen una amplia gama de efectos negativos temporales o de por vida; no por solo el potencial de daño físico, que puede ir desde lesiones leves hasta muy graves, o incluso la muerte, sino también conllevan para la víctima pro-

¹⁹ Los autores analizan la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVINOV, 2007). Esta encuesta se aplicó a jóvenes –hombres y mujeres– entre 15 y 24 años.

blemas como disminución de la autoestima, problemas cognitivos, dificultades para realizar sus tareas y actividades, depresión, suicidio, ansiedad, enojo, adicciones, y embarazos no deseados, entre otros.

3.4.6. *Cooptación o secuestro por el crimen organizado*

Con frecuencia los jóvenes sin alternativas claras para el futuro, sin identidad dentro de un grupo de pertenencia y soledad, son víctimas del crimen organizado, no solo para ser consumidores de droga, sino también para ser vendedores e introductores (narco-menudistas). Por otra parte, también hay evidencia de que son usados como sicarios o agentes para la trata de personas con el fin de conseguir víctimas para sexo-servicio y pornografía. Todo esto se da en un contexto de una profunda desigualdad del ingreso, donde un amplio sector de la población vive en extrema pobreza y expuesto a la demostración de un consumo suntuario; aunque el problema no es exclusivo de los jóvenes pobres.

Las mujeres también son víctimas, especialmente para la trata o comercio sexual. Desgraciadamente también se presenta el uso sexual de menores fuera del crimen organizado, en círculos cercanos al menor (la escuela, la iglesia, el vecindario e incluso la propia familia).

4. **Propuesta de política pública de cuidado para personas entre 6 y 17 años²⁰**

La población objetivo de la propuesta son todas las personas entre 6 y 17 años, vayan o no a la escuela, trabajen o no y de todos los estratos sociales. Todas necesitan atención en esas edades críticas de formación de su identidad y de la construcción de su futuro como personas y como trabajadores o trabajadoras. Algunas requieren más atención que otras. Por condiciones económicas marginadas, algunas se encuentran en situaciones más vulnerables, pero otros estratos, aun estando en situación económica privilegiada, están muy necesitadas de atención, de compañía, de comprensión. Todas deben potenciar el desarrollo de sus capacidades, asegurar su florecimiento humano e incluso su integridad física, psicológica y emocional.

Para este grupo, *no* se puede hablar de *política pública* con solo la idea de desarrollar programas aislados sin objetivos específicos, porque terminarían en actividades de entretenimiento. Para que realmente constituyan *política pública* deben tener objetivos claros, que aquí se plantean como la construcción de bienestar para que los y las jóvenes se desarrollen mediante: autocuidado, autoestima,

²⁰ Una versión previa fue elaborada para la Ciudad de México, que corresponde al documento de Pedrero *et al.* (2016). Necesariamente fue revisada, con cambios a la luz de nuevas experiencias.

autoeficacia y asertividad o autodeterminación; este es el planteamiento de la *teoría del bienestar*, todo esto es muy positivo en cuanto a sus objetivos porque son esenciales para el bienestar, sin embargo, como son planteamientos individualistas, en esta propuesta se trata también de reconstruir el tejido social, por eso se le suma construir el sentido de responsabilidad de sus actos con la sociedad.

El bienestar alude a una condición del ser humano construida desde la infancia en interacción con el medioambiente, familiar y social que da a sí mismo su característica de continuidad y fortaleza para enfrentar diferentes eventos en la vida. Todo niño, niña y adolescente tiene una historia construida desde las oportunidades que han tenido sus padres y madres, los cuidados que les han proporcionado y la comunicación que hayan podido construir en el núcleo familiar.

La construcción del bienestar tiene varios componentes reconocibles y susceptibles de desarrollar en la experiencia cotidiana con el niño, niña y el adolescente (Oramas, Santana y Vergara, 2006). Esto se puede lograr a través de la construcción creativa y sana del tiempo libre en la infancia y en la adolescencia, lo cual requiere de profesionales con alta cualificación con sistemas de monitoreo permanentes.

En las edades consideradas, entre las necesidades están la identidad y el sentido de pertenencia a un grupo de referencia, más allá de la familia, incluso justamente una de las necesidades en esa etapa es tomar distancia de la familia para lograr su propia madurez.

Un problema que ha surgido para esta generación es por el acceso a Internet, que si bien abre miles de puertas para contactarse con un acervo incalculable de información, posee desde altos estándares de calidad hasta contenidos y contactos con personas que pueden lastimar. Para los padres y madres resulta difícil controlar el tiempo que los hijos e hijas dedican al celular, la computadora y la televisión; y también los contenidos que estos medios aportan, los cuales están creados desde la mente de instancias que utilizan todas sus herramientas técnicas, creativas e ideológicas para ello. Con frecuencia los niños y niñas están expuestos a historias muy violentas y complicadas que les dicen que «así es el mundo», limitando el mundo que ellas y ellos mismos podrían conocer, crear o imaginar.

Se requieren espacios de convivencia para evitar los riesgos que sufren los y las menores, mencionados en la sección anterior.

Las instituciones educativas no pueden cubrir estas necesidades, en primer lugar, los horarios de la educación preescolar, primaria y nivel medio son muy limitados, y rara vez coinciden con el horario de trabajo de los padres y madres, lo que puede tener una incidencia en los riesgos a los que están expuestos el conjunto de menores ²¹, al trasladarse sin acompañamiento de la escuela a la casa o permanecer mucho tiempo en ella sin supervisión, sobre todo entre los 6 y 11 años, quienes por falta de madurez no tiene conciencia de ciertos peligros.

Por eso se plantea un proyecto para emplear el tiempo libre de manera supervisada, representando una gran oportunidad para niños, niñas y adolescentes, un espacio de crecimiento, respeto y compa-

²¹ Recientemente se ha tomado conciencia de la necesidad de contar con escuelas con horario extendido. Pero su implementación con amplia cobertura aún es un proyecto.

ña saludable; además responde a la necesidad de los padres y madres de facilitar actividades para ocuparlos creativamente; no es matar el tiempo, no es que simplemente se entretengan, conlleva una filosofía positiva. Parte de esto se cubre con educación especial con actividades ofertadas en el mercado, pero frecuentemente salen del presupuesto de ambos progenitores.

Se trata de un espacio que contribuya a su bienestar, favoreciendo habilidades como el autocuidado, la autoestima, la autoeficiencia y la autodeterminación, cuidando siempre la prevalencia de equidad de género; y su sentido de pertenencia a la comunidad. Se fomenta la convivencia con chicos y chicas de su edad en un ambiente de respeto y compañerismo. La ciudadanía joven desea esto, señalado por Morduchowicks (2013), cuyo estudio revela que antes de ocupar tiempo en ver televisión, video-juegos o el celular, prefieren estar con amigos y amigas.

Las estrategias de trabajo en barrios y vecindarios tienen un largo recorrido²² no solo con el objeto de reducir la violencia sino de incrementar la cohesión social, promover la cultura de la paz, y dotar a las poblaciones objetivo de actividades a las cuales difícilmente hubiera tenido acceso sin estos programas. Una de las principales estrategias consiste precisamente en proveer iniciativas centradas en menores, que procuren ofrecer alternativas para el empleo de su tiempo libre, habilitando sedes y lugares para que puedan reunirse. En este sentido, las evidencias empíricas sugieren que las actividades de movilización social de la comunidad por medio de trabajos de educación informal en el vecindario, a través de deportes, prácticas recreativas, artes escénicas, música, producción de medios de comunicación comunitarios, talleres, etc., pueden proporcionar ambientes y actividades que para niños, niñas y adolescentes abren oportunidades en torno a objetivos socialmente valorados, con esto pueden recibir el reconocimiento de su comunidad (Abad, 2006). Cuando existe un reconocimiento social, las habilidades socio-cognitivas se refuerzan y aumentan las interacciones sociales positivas, la confianza interpersonal y la resolución no violenta de conflictos, contribuyendo a la autoestima en los niños, niñas y adolescentes.

Se han localizado programas exitosos en México y en el ámbito internacional, que pueden servir de guía para la implementación del proyecto aquí sugerido. Ellos buscan un desarrollo integral del menor. Entre los que se han localizado y que están más acordes con la presente propuesta, la de Matthew Lipman (2010) denominada *Filosofía para Niños* (FPN) y la propuesta de UNESCO (2011) de la Enseñanza del Arte para la Transformación Social, para contrarrestar la formación tecnocrática de acumulación de información que no permite la creación de habilidades, cuando justamente en esta época se requiere capacidad de innovación y creatividad para el desarrollo pleno de las personas y el trabajo colaborativo.

Los planteamientos de la *Filosofía para Niños* (FPN) buscan potencializar la inteligencia en todas sus dimensiones: en la capacidad creativa, en el espíritu crítico, la independencia de pensamiento, coherencia y lógica mental; desde edades tempranas; entre otros aspectos fomenta la exploración, junto con otros compañeros y compañeras, de los valores y las bases en las que éstos se sustentan, consoli-

²² Desde la década de 1950, este enfoque aparece en Holanda, Bélgica y Gran Bretaña asociado a problemas de empleo, educación y actividades socioculturales (Abad, 2006).

dan y transforman como consecuencia de su experiencia en una comunidad de indagación. Ser capaz de considerar y estudiar las ideas de los otros, etc. (Peña, 2013).

Por otra parte, existen *organizaciones* cuyo planteamiento es «Arte para la Transformación Social» cuyos objetivos principales giran en torno a la generación de cohesión social, ciudadanía efectiva, promoción de los derechos humanos, interculturalidad y sustentabilidad a través del arte y de actividades culturales (Johnson, 2006). Los resultados de dichas acciones son, en la mayoría de los casos, incipientes pero prometedoras como lo demuestran algunas experiencias exitosas. En Medellín (Colombia) el fomento a las actividades culturales fue muy exitoso para reducir la violencia.

A finales de 2018 hubo cambio de Administración en el Gobierno de la Ciudad de México. Uno de los programas relevantes planteados por la jefa de Gobierno de la Ciudad de México²³ fue la creación de 300 *centros comunitarios*, especialmente en zonas de mayor marginación. Lo denominan *pilares* por considerar cinco pilares básicos de desarrollo para los y las jóvenes: *innovación, libertad, arte, educación y saberes*. Se plantea contar con personas capacitadoras, psicológicas y trabajadoras sociales que ayuden a identificar, mediar y prevenir situaciones de violencia. Aún no es posible conocer su desarrollo, su planteamiento se ha hecho con mucha seriedad; sería conveniente que consideren la filosofía de la propuesta que aquí se presenta, o una alternativa cercana, para que tengan impacto entre la población joven y que, además de prevenir la violencia, velen por su pleno desarrollo. Ojalá sea exitoso y permanente.

4.1. Fundamentación del proyecto

El descubrimiento de los talentos que cada quien tiene es importante a temprana edad para poder desarrollar plenamente las capacidades personales, en donde el menor o la menor encuentre el sentido de pertenencia a su comunidad y en ella la posibilidad de desarrollar sus habilidades y talentos; esto es dando buen empleo de su tiempo, además de las actividades *per se*, a través de convivencia enriquecedora con diálogos que motiven el desarrollo de las potencialidades, esto lleva a la pregunta: ¿es posible construir estos espacios comunitarios?

4.2. Objetivos

- ♦ Diseñar espacios para la infancia y la adolescencia donde se puedan realizar actividades saludables en el tiempo libre, privilegiando las actividades colectivas con la finalidad de reconstruir o mantener la pertenencia comunitaria y el tejido social.

²³ Claudia Sheinbaum.

- ♦ Propiciar un ambiente de salud, crecimiento y descubrimiento de habilidades y talentos en cada niño, niña y joven que acuda al centro.
- ♦ Fomentar un ambiente de cordialidad y apoyo tanto intergeneracional con el profesorado como de respeto entre chicos y chicas.
- ♦ Dar la oportunidad para que ese espacio propicie la conformación de comunidad entre los padres y madres de familia.
- ♦ Ofertar a la comunidad charlas de temas que les apoyen en su desarrollo personal y la convivencia familiar.

4.3. Operatividad

Para toda actividad se debe contemplar espacio físico, personal profesional y de apoyo, requerimientos materiales y la institucionalidad del proyecto. Se deben privilegiar las actividades colectivas con la finalidad de reconstruir la pertenencia comunitaria y el tejido social. Es necesario contar con: *espacio físico* (seguro, limpio y agradable); *coordinador/a con nombramiento tiempo completo* (persona capacitada en la filosofía del proyecto); *psicólogo/a familiar o comunitario/a* que debe cumplir con un perfil específico: cognitivo, habilidades sociales, saber trabajar tanto de manera grupal como individual; *maestros y maestras*, quienes, además de ser diestros en su área de competencia, deben manejar bien los principios del programa; *personal permanente de apoyo* (apoyo administrativo, de intendencia y de seguridad); *requerimientos materiales generales mínimos* (presupuesto para salarios de los/las maestros/as de cada actividad y para quien se encargue de la coordinación, y presupuesto mínimo para material que requieren las actividades, garantía del uso del espacio por una temporalidad larga).

4.4. Actividades que se pueden ofertar en cada centro comunitario

Todas las actividades estarán acompañadas de orientación adecuada para fomentar el autocuidado, la autoestima, la autoeficiencia, la autodeterminación, la equidad de género, la solidaridad y el sentido de responsabilidad. Las actividades hasta ahora identificadas como idóneas, en cuanto a cultura y arte son: *pintura mural comunitaria, coros y orquesta juveniles, clases de música y orquesta, teatro, club de tareas, círculo de lectura, cine club, clases de danza*; estas serán las fundamentales. Las personas participantes deberán participar en al menos una de las colectivas. Adicionalmente se pueden ofertar deportes y talleres. Para deportes: *ping-pong, clases de tae kwo do y capoeira* y los que permitan los espacios asignados. También se plantean talleres como: *horticultura, carpintería, cómo se hace y cómo funciona, barro o escultura, clase de computación*.

Además de las actividades específicas, el proyecto debe estar acompañado de un buen diseño de divulgación, con el fin de atraer a más jóvenes y propiciar la aceptación de toda la comunidad, de la

cual forman parte los padres y madres. Esto puede ser a través de conciertos de su coro y orquesta, competencias deportivas, bailes comunitarios, presentación de obras de teatro.

5. Reflexión final

Los centros comunitarios representan la oportunidad de que la población joven se exprese y participe en actividades que se vuelvan parte esencial de lo mejor de su vida y del buen empleo de su tiempo; lo cual constituye *el cuidado* en sí mismo. Un centro comunitario llega a ser parte de la identidad de un barrio, y muchas veces: su corazón.

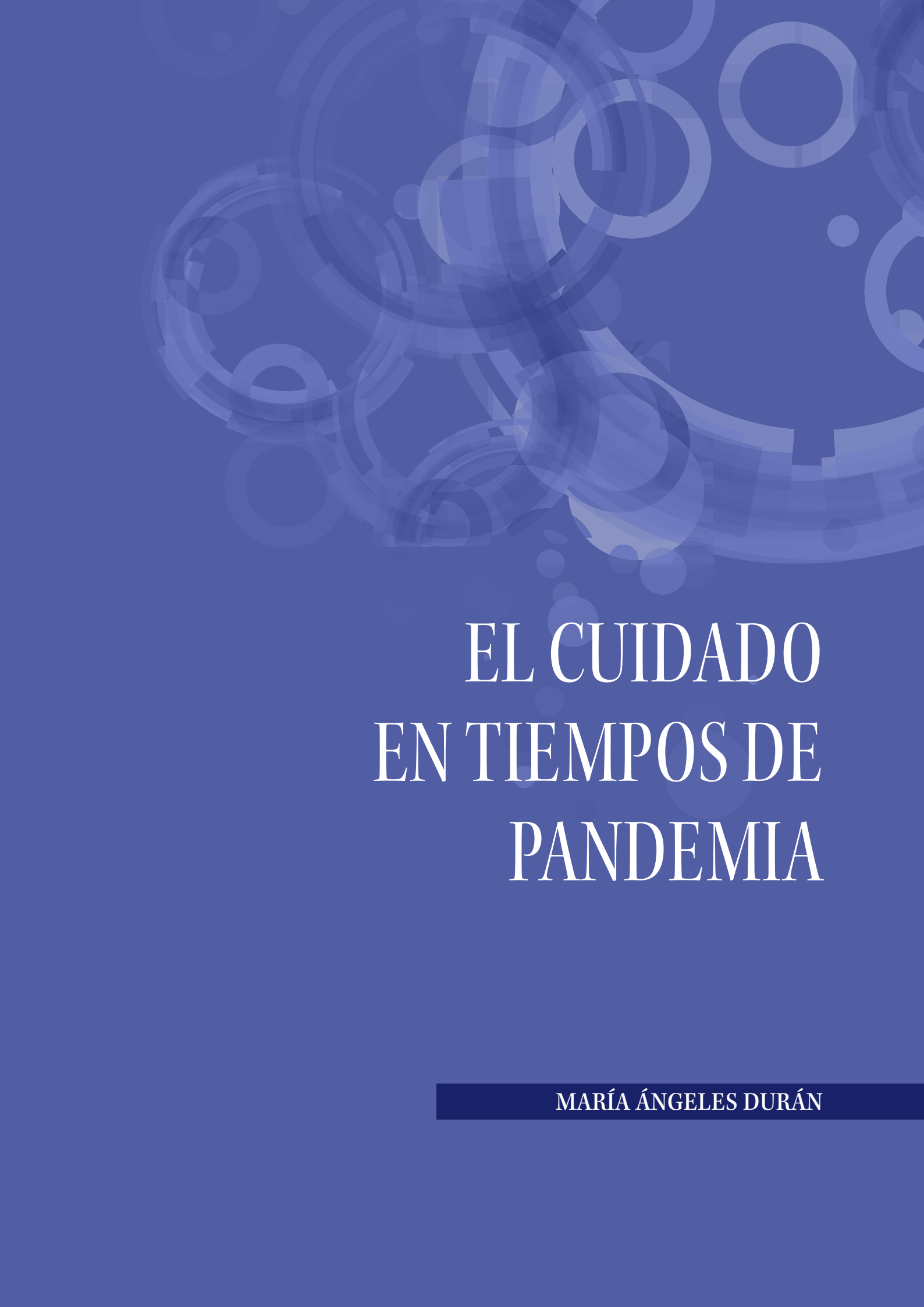
Crear un espacio comunitario para niños, niñas y jóvenes adolescentes, es una gran oportunidad para acercarse a la tarea de reconstrucción del tejido social, que se necesita urgentemente en México (y en muchos otros países latinoamericanos) porque desafortunadamente está atravesando por situaciones muy graves de violencia de todo tipo. Violencia que se manifiesta en muchos casos en el propio hogar, el noviazgo, la escuela, el trabajo, la calle. Se ha demostrado que la violencia reproduce violencia, atender a la gente joven debe formar parte de una estrategia para revertir esa espiral, rompiendo el círculo vicioso hoy existente. La adolescencia es una etapa de la vida en la cual se pueden experimentar toda clase de cambios; la propuesta es que sean positivos.

Referencias y fuentes

- Abad, J. (2006). Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes, basados en el trabajo con la comunidad y la familia con enfoque de género. OPS, Lima.
- Amezcu, N. (2017). «Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil». *Opiniones*. PAF Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación. México. Fuente: <<http://sil.gobernacion.gob.mx/portal>>
- Arroyo, A. y A. Bertomeu (2012). «Métodos suicidas e Internet». *Rev Esp Med Legal*. 38(4).
- Castro, R. y Casique, I. (2010). *Violencia en el Noviazgo entre los Jóvenes Mexicanos*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM (CRIM-UNAM) e Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), México D.F.
- Díaz, M. y Llorente, M., Dema, S. (2018). «Tratamiento económico y modelización del cuidado». *Convergencia*, vol. 25, núm. 76, Enero-Abril, pp. 37-56. Universidad Autónoma del Estado de México, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Durán, M. A. (2018), *La riqueza invisible del cuidado*, Universidad de Valencia.

- Esquivel, V.; Faur, E. y Jelin, E. (2012). «Hacia la Conceptualización del Cuidado: Familia, Mercado y Estado» en *Las Lógicas del Cuidado Infantil. Entre las Familias, el Estado y el Mercado*. Editoras: Ides, UNFPA, Unicef. Buenos Aires.
- Florito, J. (2018). «El Cuidado de Adultos Mayores». En *Las políticas del cuidado en Argentina. Avances y desafíos*. (Unicef, PNUD, CIPPEC, OIT). Edición: Chapar... / Véase: <www.thisistender.com>. Argentina.
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Fuller, N. (2003) «Adolescencia y riesgo: reflexiones desde la antropología y los estudios de género». *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*; José Olavarría (Editor). FLACSO-Chile; FNUAP; Red de Masculinidad/es... Santiago, Chile.
- Guzmán, J. (Coord.) (2014). *Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica. El proceso de construcción 2010-2014*. CEPAL y Cooperación Alemana. Serie: Políticas Sociales (203). Santiago de Chile.
- Ibarra Sánchez, Ernesto. (2014). *Protección de niños en la red: sextig, cyberbullyng y pornografía infantil*. Instituto de Investigaciones Jurídicas; UNAM.
- Jiménez, R. y Cardiel, L. (2013). «El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011». *Papeles de Población*. 19(77).
- Johnson, C., (2006). «El arte como herramienta para la transformación social». Véase: <<https://blogla-casamarilla.files.wordpress.com/2012/05/arte-como-transformacion-social.pdf>>
- Junta Nacional de Cuidados, Uruguay (2015). Plan Nacional de cuidados. Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC): 2016-2020. Montevideo.
- Kiriakidis, S. and Kavoura, A. (2010). «Cyberbullying: a review of the literature on harassment through the Internet and other electronic means», *Fam Community Health*. 33(2):82-93.
- Lipman, Matthew. (2003) *Thinkin in education*. England: Cambridge.
- López, L. y J. Sánchez (2011). «Citas a ciegas y otras conductas de riesgo en Internet: el *grooming* en estudiantes del nivel medio superior en México», *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa* / 17. Convivencia, Disciplina y Violencia en las Escuelas / Ponencia.
- Menkes, C. y Sosa, I. (2016). «Características del Embarazo y de la Fecundidad de las Adolescentes En México». *Retos del cambio demográfico de México*; J. L. Ávila, Hernández, H., López M. (Coord.). Facultad de Medicina. UNAM. pp. 179-210.
- Menkes, C. y Sosa, I. (2013). «Pacto Social, Subordinación Política y Derechos Reproductivos y Sexuales de los Adolescentes». *Iberofórum*. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Año VIII, No. 16. pp. 153-166. ISSN: 2007-0675. Ciudad de México.
- Morduchowicz, R. (2004), *El capital cultural de los jóvenes*. Buenos Aires, FCE.
- Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de trabajo* 7 (1-2), pp. 34-39. Véase: <http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst06106.pdf>

- Pedrero, M.; Arias, G.; Serrano, O., y Sosa, I. (2016). Participación especial: Durán, M. A. (CSIC). «El tiempo de madres hipotecado: desigualdad de género y crianza. Desarrollo de Alternativas Sociales de Cuidado de Personas entre 6 A 17 Años en la Ciudad de México» en *El Descuido de los cuidados*, Vol. 2. INMUJERES, Ciudad de México.
- Peña, J. (2013). *Supuestos teóricos y prácticos de los programas de «filosofía para niños»*. Tesis de doctorado. Universidad Complutense. Madrid.
- Pérez, J. y Hernández, R. (2015). «El matrimonio de menores de edad en México». *Coyuntura demográfica*, núm. 8. SOMEDE. México.
- PNUD (2012). *Modelo de intervención para el fortalecimiento del capital social de adolescentes y jóvenes vulnerables tras una catástrofe: diseño, implementación y casos exitosos*. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Véase:
- <Red de Cuidados (2017) <https://reddecuidadosenmexico.wordpress.com/acerca-de/>>
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Gender and Development Programme, Paper Number 1», United Nations. Geneva.
- UNESCO (2011). *La filosofía una escuela para la libertad. Enseñanza de la filosofía y aprendizaje del filosofar: la situación actual y las perspectivas para el futuro*, ONU. Francia.
- UNICEF (2011). *La adolescencia Una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia*. México.
- UNICEF, 2018. *Las políticas de cuidado en Argentina: avances y desafíos*. OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC, 2018, México. ISBN: 978-92-2-328400-8 (web pdf).
- UNICEF (2012). *Inversión pública en la infancia y la adolescencia en México. Versión actualizada 2008-2011*. México.
- Reguillo, R. (2013), «Jóvenes en la encrucijada contemporánea: en busca de un relato de futuro», *Debate feminista*, Año 24, Vol. 48, octubre, pp. 137-151.
- Smith, P.; Mahdavi, J.; Carvalho, M.; Fisher, S.; Russell, S. y Tippett, N. (2008) «Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils», *Child Psychol Psychiatry*, 49(4):376-85.
- Vilchis, L. M., García, G. y Rivera, P. (2015). «El trabajo de cuidado en los hogares: ¿un trabajo sólo de mujeres?». *Cuaderno de Trabajo 59*. INMUJERES. México,
- Villa, S. (2019). *Las políticas de cuidados en México. ¿Quién cuida y cómo se cuida?*. Fundación Friedrich Ebert. México.
- Waisgrais, S. y Aulicino, C. (2018). «El Cuidado y la Primera Infancia». En *Las Políticas de Cuidado en Argentina. Avances y Desafíos*. (Unicef, PNUD, CIPPEC, OIT). Edición: Javier Chapar... / Véase: <www.thisistender.com>; Argentina.
- Ziccardi, A. (2012). «Espacio público y participación ciudadana El caso del Programa Comunitario de Mejoramiento Barrial de la Ciudad de México». Volumen temático, *Gestión y Política Pública*; PP. 187-226. México.
- Anorexia y la Bulimia (2020): Véase: <www.acab.org/es/documentación/que-son-los-trastornos...>
- Comunidad (2020): Véase: <<https://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad>>



EL CUIDADO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

MARÍA ÁNGELES DURÁN

Índice

1. Epidemia, pandemia, sindemia, endemia*	169
2. La arquitectura institucional del cuidado durante la pandemia	172
2.1. Los niveles territoriales de decisión y ejecución	172
2.2. Las múltiples caras del cuidado y la sucesiva entrada en escena de sus protagonistas	173
2.3. El autocuidado obligatorio: vigilancia, coacción y penalización por incumplimiento	175
2.4. La distancia social y el confinamiento como formas principales de autocuidado: tensión entre empresas privadas y sindicatos por el reparto del coste	176
3. El cierre de establecimientos de enseñanza y el traslado a los hogares de la función educativa y de cuidado de menores	177
4. Confinamiento general como condición imprescindible para el cuidado: actividades esenciales y permisos retribuidos durante el estado de alarma	178
5. Los hogares: reductos defensivos e indefensos ante el aumento de la presión externa sobre el cuidado	180
6. El tiempo de cuidado de la infancia	185
6.1. Las dificultades de medición	185
6.2. El cuidado a menores. Si no pueden estar solos; ¿con quién se quedan?	187
7. Las prórrogas del estado de alarma y el cansancio del cuidado	188
8. El punto negro del cuidado en la pandemia	190
9. De la tragedia en las residencias de mayores al propósito de innovación	191
10. Perspectivas para después de la pandemia	193



1. Epidemia, pandemia, sindemia, endemia*

Este artículo se inició cuando la *epidemia* del coronavirus estaba en España en sus inicios y ese era el término que se empleaba para describir el alcance de la enfermedad. El salto al uso del término *pandemia* se produjo a partir del 11 de marzo de 2020, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la enfermedad estaba impactando a nivel mundial¹.

El cambio semántico fue recibido con alivio, aunque implicase mayor riesgo y gravedad; en cierto modo resultaba más tolerable tanto para la ciudadanía como para las autoridades responsables de la sanidad española mostrar que no se trataba de un fenómeno único de nuestro país. Al declararlo pandemia se reducía la culpabilización implícita, individual y colectiva, por no haber sido capaces de impedir su propagación. La semántica va unida a la atribución de responsabilidades, lo que no es cuestión baladí en una situación como la covid-19. Además de vidas humanas la pandemia pone en juego grandes intereses políticos, sociales, ideológicos y de todo tipo. Según sea considerada «desastre natural» o no, las leyes atribuyen distintas responsabilidades a unos y otros². En cualquier caso, al inicio se esperaba que la superación sería cuestión de pocos meses.

* Agradezco a EMAKUNDE el encargo de escribir este artículo sobre el cuidado y la pandemia. Durante ocho meses he estado pendiente de la evolución de la enfermedad, cada día con la esperanza de que terminase y pudiera dar por concluidas mis observaciones. No ha sido así y cierro estas páginas sin saber si tras la segunda ola que ahora atravesamos llegará la tranquilidad o seguiremos atrapados en la incertidumbre.

¹ Véase: www.who.int. Discursos del director general de la OMS. Alocución de apertura del director general, 11 marzo de 2020.

² Baca Baldomero, Enrique (mayo de 2020). «Las epidemias como catástrofes. Algunas reflexiones prospectivas sobre la pandemia de coronavirus». *Documentos del Colegio Libre de Eméritos* n.º 1.

La búsqueda de información fiable ha sido más difícil de lo habitual durante la pandemia. Se trataba de una situación nueva, sobre la que no existía conocimiento previo, y tampoco había tiempo para seguir los procedimientos habituales de diseño, recogida de datos y análisis^{3 4}.

Los medios de comunicación fueron más ágiles para obtener información de actualidad que los centros de investigación, aunque fueran de peor calidad y, en ocasiones, poco contrastadas. Durante la pandemia ha sido difícil separar las informaciones serias de las que producían ruido informativo, precisamente porque cuanto más llamativas, más eco encontraban en los medios de difusión. Algunos blogs personales han alcanzado gran notoriedad y merecido prestigio en la opinión pública.

Por carecerse de indicadores previos para medir el impacto del virus y por hallarse transferida a las comunidades gran parte de la capacidad de investigación y producción de estadísticas, ha sido difícil la elaboración de indicadores homogéneos en todo el país. El cuidado es una actividad principalmente intelectual y afectiva, que no solo consiste en hacer sino en prever e impedir que suceda algo negativo, que traiga malas consecuencias para el sujeto⁵.

Uno de los instrumentos de observación más útiles para conocer el cuidado son las encuestas de uso del tiempo, pero estas encuestas requieren diseños complejos, que no se improvisan fácilmente en circunstancias de confinamiento. Incluso en circunstancias normales, muchas encuestas no permiten la observación de varias actividades o sucesos simultáneos; incluso entre las que lo permiten, es tan poco frecuente consignarlo que raramente se publican los resultados de los tiempos simultáneos.

Respecto a la covid-19, algunas comunidades autónomas han sido especialmente renuentes a la publicación de información y ni siquiera indicadores tan importantes para el cuidado como los de morbilidad o mortalidad han seguido criterios homogéneos que permitan la comparación entre comunidades. El desacuerdo metodológico más importante es el de la estimación del número de muertos, que según se haga con datos de registro, por el cálculo de las muertes esperadas por comparación con el año anterior, o por otros procedimientos, llega a diferir en un 60 %⁶.

Si en un dato tan importante pueden producirse divergencias de ese calibre, esto da una idea de la prudencia con la que hay que tratar cualquier dato referente a una actividad tan variopinta como el cuidado. Durante este período no se ha realizado ninguna gran encuesta representativa a nivel nacional sobre el trabajo de cuidado dentro de los hogares, y la mayoría de los estudios han tenido que utilizar estadísticas ya disponibles de la época anterior a la pandemia. Casi todos los estudios de este

³ Durán Heras, María Ángeles (2020). «Urgencia vs. fiabilidad. El desafío de las fuentes en época de pandemia». *XXI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género*, 10 septiembre de 2020, México (en prensa).

⁴ Giménez, Elea y Lafuente, Antonio (agosto de 2020): «Publicación científica urgente: los cambios en la comunicación científica» en CSIC, Plataforma Temática Interdisciplinar Salud Global, Informe *Una visión global de la pandemia covid-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC*, págs. 256-259.

⁵ Durán Heras, María Ángeles (2020). «La riqueza invisible del cuidado». Publicaciones Universidad Valencia.

⁶ MoMo. (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria). Este sistema calcula el excedente de muertes registradas por comparación con la mortalidad de otros años. El número de muertes por exceso de mortalidad era de 44 285 a fecha 6 de julio, un 60 % más alto que el reconocido por muerte directamente atribuida a la covid-19. Véase: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html

período son ilustrativos, pero no representativos, aunque no todos los autores y autoras o quienes divulgasen los estudios lo reconocieran con claridad.

A la hora de cerrar estas líneas (octubre de 2020) se sigue hablando de pandemia, pero también de *sindemia* e incluso de *endemia*. La *sindemia* implica que la situación es más compleja que si se tratase de una enfermedad única, porque la covid-19 no actúa solo por sí misma sino como detonante y agravante de otras enfermedades previas o subsiguientes. En cuanto a la *endemia*, significa que posiblemente la enfermedad no desaparecerá por completo de una región o ámbito social, sino que sobrevivirá de modo duradero al acecho en reservorios, de modo similar al virus de la gripe, con brotes de nuevas cepas y repuntes periódicos. El expresidente de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas, J. Rodríguez Baño, alertaba de que el riesgo de rebrotes es muy alto⁷. La posibilidad de que el patógeno se convierta un virus endémico no es una opinión aislada, sino expresada en declaraciones del director de Emergencias Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud⁸.

Para algunos investigadores, como H. Legido-Quigley, Europa podría estar sufriendo ya desde agosto una segunda ola de contagios⁹. El 9 de octubre de 2020, Madrid y otras ciudades españolas han entrado en un nuevo estado de alarma previsto para una duración de 15 días, con menos restricciones de las fijadas para el primero, pero con mucha más fricción política, cansancio de la población y agotamiento económico¹⁰.

En otros países europeos, como Italia, Francia, el Reino Unido, Alemania y la República Checa, han vuelto a alcanzarse cifras altas de contagios, mientras líderes políticos de grandes potencias exhiben fulgurantes curaciones y retorno a su actividad a los pocos días de ser diagnosticados y hospitalizados. La incertidumbre y el disenso siguen siendo la tónica general.

La mayor esperanza está depositada en el próximo desarrollo de una vacuna y de nuevas o mejores técnicas terapéuticas. Aunque en los discursos políticos se acortan los plazos, quienes se dedican a la investigación remarcan que su uso masivo puede demorarse más de un año. En China, donde comenzó la enfermedad, casi se da por superada. No ha habido contagios locales desde el 15 de agosto y las vacaciones de la «semana dorada» de comienzos de octubre se están disfrutando casi con normalidad¹¹.

Nada menos que 425 millones de ciudadanas y ciudadanos chinos se han movilizado en turismo interno, apenas un 25 % o 30 % menos que en el año anterior a la covid-19. No parecen preocupados por las secuelas del virus, que aún no se conocen bien y requerirán cuidados. Este clima optimista y confiado es bastante diferente del de España, donde un estudio preliminar realizado con 3500 pacientes ingresados por coronavirus (referido por tanto solamente a casos graves) ha llegado a la conclusión de que más de la mitad han desarrollado un amplio espectro de anomalías en el sistema

⁷ Declaraciones del expresidente de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas, J. Rodríguez Baño, en *El País* del 22 mayo de 2020. Véase: <https://elpais.com/sociedad/2020-05-22/si-no-tenemos-muchisimo-cuidado-esto-sera-inabordable.html>

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), director de Emergencias Sanitarias, declaración del 14 mayo del 2020.

⁹ Véase: www.dw.com/entrevista-con-helena-legido-quigley (4 de agosto de 2020).

¹⁰ Boletín Oficial del Estado, Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

¹¹ CGTN. «Semana dorada en China». Emisión del 8 octubre de 2020.

nervioso, sin que todavía pueda conocerse la duración de los problemas ni su gravedad o capacidad de recuperación a largo plazo¹².

Otro estudio ha mostrado que la población es en general favorable a las vacunas, pero en el supuesto de que llegase pronto la vacuna de la covid-19, el 40 % de las personas entrevistadas muestran reticencias a vacunarse por temor a efectos laterales imprevistos¹³.

2. La arquitectura institucional del cuidado durante la pandemia

2.1. Los niveles territoriales de decisión y ejecución

La relación entre la covid-19 y el cuidado ha estado mediatizada desde los comienzos por la dimensión internacional y política de la enfermedad¹⁴. En enero del año 2020 todavía se consideraba que el problema del coronavirus, que la OMS había notificado por primera vez el 31 de diciembre de 2019, se limitaba al ámbito de Wuhan, en China, aunque ya se tomaban en muchos países algunas medidas de precaución*. En febrero, Italia sufría fuertes efectos sanitarios y económicos por el contagio del virus, aunque todavía muy limitados al norte del país. Se había desatado una guerra de acusaciones cruzadas internacionales sobre dónde, cómo y por qué se había originado el virus, la fiabilidad de las fuentes de información, la censura de las denuncias médicas o ciudadanas, la capacidad y la legitimidad de los Gobiernos para restringir libertades y otros derechos fundamentales en aras de la protección sanitaria, su impacto en el comercio internacional y en la geopolítica de la lucha por el liderazgo mundial entre Estados Unidos y China.

¹² Sociedad Española de Neurología. Informe basado en datos obtenidos por el registro español «Albacovid». Citado por *República* el 16 de julio de 2020. Según este informe, «el 57 % de ingresados por coronavirus han desarrollado problemas neurológicos». Las manifestaciones neurológicas más frecuentes recogidas son: síndrome confusional o encefalopatía leve-moderada, ictus, anosmia/hiposmia, cefaleas y epilepsia. Véase: <https://www.republica.com/2020/07/16/mas-de-la-mitad-de-los-espanoles-ingresados-por-coronavirus-han-desarrollado-problemas-neurológicos/>

¹³ Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Encuesta sobre actitudes hacia la vacunación, realizada entre junio y julio de 2020. El 32 % se muestran reticentes a recibir vacunas contra la covid-19 y no desean ser los primeros en vacunarse, y el 12,7 % teme efectos negativos para su salud.

¹⁴ Véase: www.mscbs.gob.es/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China

* A finales de enero, en el aeropuerto de Santiago de Chile, pude comprobar presencialmente que todo el personal del aeropuerto portaba mascarillas, aunque no los pasajeros. En el avión de vuelta a España, solo una familia las empleaba. Al llegar a Barajas, nadie llevaba mascarillas y las precauciones adoptadas por la familia chilena parecían exageradas y fuera de lugar.

No es posible hablar del cuidado durante la pandemia sin poner de relieve la *complejísima maraña de instituciones que han llevado la responsabilidad de la toma de decisiones y prestación real de servicios de cuidado* entre enero y octubre de 2020 en España, así como las soluciones propuestas para garantizarlo cuando finalmente se supere la pandemia y retorne la «nueva normalidad». Como el cuidado es un recurso escaso que alguien ha de aportar para que alguien lo disfrute, *todas las decisiones sobre la covid-19 tuvieron un efecto inmediato sobre la cantidad de cuidado, sus tipos, su calidad, la distribución de la producción y las contrapartidas exigibles por las entidades o personas obligadas a adaptarse a las nuevas condiciones de la demanda.*

El 12 de febrero de 2020 el Departamento de Seguridad Nacional de España emitió un comunicado oficial en el que señalaba que el 31 de enero de 2020 se había producido el primer caso confirmado en España, un alemán ubicado en Canarias, seguido por el de un británico en Mallorca¹⁵.

La enfermedad se importaba de fuera, pero empezaba a requerir medidas especiales de aislamiento de las personas enfermas y vigilancia de su entorno, todavía todo ello en el ámbito casi exclusivamente sanitario. Según el comunicado, *el Ministerio de Sanidad se encuentra en permanente contacto con las comunidades autónomas (CC. AA.), el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Microbiología y los organismos internacionales (OMS, Centro de Control de Enfermedades Europeo y Comisión Europea), para evaluar los riesgos de la situación y coordinar las medidas de respuesta.* La estrategia de enfrentamiento y gestión a la enfermedad se establecía claramente en este documento: como responsables y ejecutores políticos, por una parte, *el Ministerio de Sanidad a nivel nacional y, por otro, las comunidades autónomas como entidades administrativas y políticas a las que están transferidas las funciones sanitarias.* Como tercer nivel de referencia territorial, la conexión con el máximo organismo mundial relativo a la salud (OMS), sin poder ejecutivo ni político directo, pero con autoridad científica e, indirectamente, política, y dos organismos europeos (el Centro de Control de Enfermedades Europeo y la Comisión Europea). Todo ello, acompañado por el acceso/respaldo de dos grandes centros públicos de investigación médica y biológica en España¹⁶.

En resumen, *tres niveles territoriales de decisión y ejecución y, en el trasfondo, la aceptación del papel decisivo de la ciencia.*

2.2. Las múltiples caras del cuidado y la sucesiva entrada en escena de sus protagonistas

El Ministerio de Sanidad estableció un comité de seguimiento de la situación con reuniones diarias para evaluar la situación, coordinar las actuaciones de las CC. AA. y mantener el contacto con las instituciones, la población y los medios de comunicación. Una red de alertas rápidas ubicada en el Centro

¹⁵ Véase: [www.dsn.gob.es>actualidad>sala-prensa>coronavirus-covid-19-12-feb...\(sobre la covid-19](http://www.dsn.gob.es>actualidad>sala-prensa>coronavirus-covid-19-12-feb...(sobre la covid-19))

¹⁶ Véase: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/13.05130520204528614.pdf> (31 de enero de 2020).

de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) se encargaría de informar sobre la evolución de los brotes, accesible a todo el mundo a través de un *link* informático.¹⁷

De este modo, entraban en escena tres nuevos protagonistas de la crisis sanitaria nacional sobre los que iban a recaer responsabilidades directas e indirectas en la prevención del contagio y la puesta en práctica de las directrices médicas, incluido el cuidado sanitario y doméstico:

- a) *las instituciones;*
- b) *la población;*
- c) *los medios de comunicación.*

Todos ellos en cierto modo supeditados a la autoridad sanitaria, que hasta ese momento era quien validaba las informaciones circulantes y decidía las políticas a seguir. Los medios de comunicación recibían un reconocimiento implícito como cuarto poder político.

Aunque las referencias eran todavía casi exclusivamente sanitarias, en esas semanas ya empezaban a preverse con claridad las tremendas consecuencias sociales, económicas y políticas que la epidemia traería consigo, y se iniciaba una pugna abierta por el reparto del poder y la distribución de los costes y beneficios que se iban a producir¹⁸.

La magnitud y dificultad de la respuesta a la enfermedad no se hizo esperar. Tras reconocerse abiertamente que no existían fármacos capaces de destruir el virus ni vacunas capaz de prevenirlo, los medios de contención de la epidemia fueron fundamentalmente higiénicos y de distancia social. El 25 de febrero de 2020, los medios de comunicación daban amplia cobertura a la noticia de que, en un hotel de Canarias, tras resultar positivo un médico italiano alojado allí con su esposa, se había confinado a un millar de turistas, así como a personal del hotel¹⁹.

Tanto a los clientes como a los trabajadores y trabajadoras del hotel *se les iría realizando pruebas* y en función del resultado se tomarían decisiones. Las fotos mostraban rostros serios tras los cristales. Los medios de comunicación insistían en que, aun encerrado en sus habitaciones, al conjunto de turistas se le cuidaba y proporcionaba el mayor confort posible. El principal objetivo del confinamiento era contener la expansión del virus y garantizar la continuidad de la actividad económica en el resto de los establecimientos. Efectivamente, lograron un gran éxito de contención en la isla en las semanas siguientes.

El mismo día en que el DSN emitía este comunicado oficial (25 de febrero de 2020), el periódico *La Vanguardia* publicaba los resultados de una encuesta de opinión entre sus lectores sobre si España estaba preparada para afrontar una epidemia de coronavirus²⁰.

¹⁷ Véase: www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes

¹⁸ Véase: www.infosalus.com/actualidad/noticia-coronavirus-El-Defensor-del-Pueblo-traslada-un-millar-de-quejas

¹⁹ Véase: www.hosteltur.com/Hoteles-y-Alojamientos/Actualidad-hotelera

²⁰ Véase: www.lavanguardia.com/Participación/Encuestas (25 de febrero de 2020).

Los resultados reflejaban un pesimismo patente: 23 % creían que sí, frente a 77 % que creían que no. Tal estado de opinión no se refería solamente al sistema sanitario, la capacidad de las instituciones o los gobernantes, sino al desafío provocado por una enfermedad de la que se desconocía casi todo; probablemente la respuesta no hubiera resultado muy diferente si la pregunta se hubiese referido a cualquier otro país europeo (Eurofound, 2020)²¹.

Y hubiera resultado mejor que si se hubiera preguntado respecto a la mayoría de países del mundo, pero en cualquier caso era claramente negativa.

2.3. El autocuidado obligatorio: vigilancia, coacción y penalización por incumplimiento

La semántica juega un papel importante en las relaciones sociales. Para no agravar susceptibilidades, los comunicados iniciales insistían en que se trataba de *vigilancia* y no de *cuarentena*, pero también reportaban que además de las órdenes dadas por el propio hotel, vigilaban el establecimiento *las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado*. Lo habían precintado, acordonado la zona y cortado los accesos por carretera para que no se pudiera entrar ni salir.

Eso significaba la entrada en escena de un cuarto agente social de gran importancia: las *instituciones encargadas del mantenimiento del orden*, que entraban en liza con la consecuente utilización de *medidas coactivas y la imposición de diferentes tipos de violencia y sanciones*. Con ellas se abría el debate sobre el conflicto entre libertad y seguridad, entre privacidad y responsabilidades públicas que iba a acompañar toda la pandemia²².

Llevar la mascarilla o los guantes, quedarse en casa, eran formas de autocuidado cuya desobediencia implicaba castigos; eran formas de cuidado obligatorias, coactivas. Semanas más tarde se sumarían en otros territorios las fuerzas de seguridad autonómicas y el Ejército, aunque más para labores de alto riesgo o que requerían equipos especializados (desinfección de residencias geriátricas, edificios públicos, traslado de personas enfermas y fallecidas, etc.) que para vigilancia.²³

²¹ Eurofound (2020), «Living, working and COVID-19», COVID-19 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg (28 de septiembre de 2020). Según este informe: «Trust in the EU increased in July while trust in national governments declined. The largest increase was in Italy and Spain who were hard hit by the pandemic. Trust in both national governments and the EU is significantly higher among EU citizens that received financial support during the pandemic».

²² Cornelia Betsch, Lars Korn, Philipp Sprengholz, Lisa Felgendreiff, Sarah Eitze, Philipp Schmid y Robert Böhm (2020). «Social and behavioral consequences of mask policies during the COVID-19 pandemic». PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America), el 8 de septiembre de 2020, 117 (36) 21851-21853. Resumen: mediante datos de encuesta, concluyen que las políticas de uso obligatorio de la mascarilla, acompañadas de la transmisión de sus beneficios para reducir la curva y prevenir la transmisión del virus, es más eficaz que la simple recomendación de utilizarla porque produce mayor sentido de justicia, menos estigmatización y tasas más altas de uso.

²³ Véase: www.efe.com > Edición España > Política El ejército mantiene 4.000 militares desplegados por la pandemia

2.4. La distancia social y el confinamiento como formas principales de autocuidado: tensión entre empresas privadas y sindicatos por el reparto del coste

Con menos cobertura informativa, también se daba noticia de que las pruebas habían sido enviadas a Madrid para su análisis, porque en la propia localidad no había recursos técnicos para hacerlas. La ciudadanía media y sobre todo la directamente afectada contenía la respiración preguntándose qué pruebas iban a hacerse, si podían ser dolorosas o peligrosas, en qué plazos, quién las realizaría, quién las pagaría, quién asumiría el coste de mantener la estancia en el hotel más allá de lo previamente pactado. Nadie informaba sobre ello porque todo era incierto, y por supuesto tampoco se sabía quién asumiría el coste de cancelar los viajes de vuelta e impedir el retorno a sus países y ocupaciones de las personas confinadas. El conflicto por la respuesta a estos interrogantes ya pesaba en el ambiente y poco a poco se iniciaban batallas legales para dirimirlo. Con esta noticia, entraban con fuerza en el debate dos nuevos protagonistas que iban a ser esenciales en el resto de la crisis: las empresas privadas y los sindicatos.

En una economía de libre mercado, las empresas son las principales responsables del mantenimiento de los puestos de trabajo y del sostenimiento de la economía monetarizada.²⁴

En la economía española predominan las empresas de tamaño mediano y pequeño, familiares, aunque los sindicatos tienen su mayor fuerza en las empresas grandes. Las empresas de servicios de proximidad (restauración, hostelería, pequeño comercio no alimentario, transporte, servicios sanitarios y personales, ocio, etc.) se quedaron bruscamente sin demanda para sus servicios y abocadas a la quiebra. En las empresas industriales el impacto no fue tan grave e inmediato, aunque también registraron problemas de producción y de venta. Si, para contener la expansión del virus, se cerraba el tráfico o se prohibía el acceso de la plantilla o de la clientela a los establecimientos, las empresas perdían su función económica, e inmediatamente se planteaba *quién había de asumir la factura del cierre: estas mismas, la plantilla, la clientela o la ciudadanía en su conjunto a través del Estado*.

El Estatuto de los Trabajadores reconoce a los comités de empresa la capacidad de intervenir en la prevención de riesgos laborales, y los sindicatos se convirtieron en agente principal de la lucha contra la crisis, tanto en el plano sanitario como en los cuidados no sanitarios. La aclaración legal sobre cómo había de considerarse el tiempo de no asistencia al puesto de trabajo por confinamiento obligatorio o cierre de las instalaciones fue muy rápida, a instancia sindical. En buena parte, el cuidado no sanitario, doméstico, de las personas trabajadoras con empleo se protegía con una cobertura económica específica: el Gobierno aprobó el Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que todas las enfermedades o aislamientos preventivos por exposición a coronavirus se consideraban situaciones asimiladas a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de la incapacidad temporal.

El 12 de marzo de 2020, CC. OO. publicaba el documento *Orientaciones para la participación sindical en el desarrollo de planes de respuesta en las empresas ante el brote de coronavirus SARS-CoV-2* (ver-

²⁴ Declaraciones de José Ignacio Goirigolzarri, presidente de Bankia, del 13 de junio de 2020. Véase: espanamadrid.com > Economía, «La crispación no salva vidas ni crea puestos de trabajo».

sión del 12 de marzo de 2020) en el que resaltaba que el *Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (SARS-COV-2)* para la prevención en diferentes ámbitos de los servicios sanitarios (urgencias, atención primaria, atención domiciliaria, etc.) se había consultado a los agentes sociales y obtenido el apoyo de los sindicatos CC. OO. y UGT. Enfocado principalmente al ámbito laboral, en las *orientaciones* se recogían también numerosas situaciones que requerían el cuidado en los hogares, como se muestra a continuación. Entre ellas, el cuidado de sí mismo (puntos 1, 2 y 5) y el cuidado a otras personas (puntos 3 y 4):

1. *Que ante la presencia de síntomas de la enfermedad se permanezca en el domicilio y se llame a los servicios de emergencia, lo que puede suponer no acudir al trabajo.*
2. *Que personas en activo deban quedarse en sus hogares por periodos de aislamiento preventivo.*
3. *Que hay empleados que deben permanecer en casa por cuidado de familiares de primer grado que padezcan la enfermedad.*
4. *Que hay trabajadores que pueden tener que cuidar a sus hijos o personas mayores porque se haya decretado el cierre de centros educativos o de día.*
5. *Que hay población trabajadora que puede verse afectada por restricciones de movilidad (confinamiento) decretada por las autoridades para un determinado núcleo urbano.*

3. El cierre de establecimientos de enseñanza y el traslado a los hogares de la función educativa y de cuidado de menores

El 6 de marzo de 2020, las autoridades sanitarias desaconsejaban públicamente el cierre de colegios. La preocupación de la ciudadanía crecía al mismo ritmo que el debate social y político. Entre otras cuestiones, hubo abundante debate mediático sobre si las masivas manifestaciones previstas para el 8 de marzo debían cancelarse, y algo menos de debate en torno a otras concentraciones de población en espacios abiertos (de signo político o de otros tipos), semiabiertos (estadios de fútbol, etc.) y cerrados (conciertos, celebraciones religiosas, funerales, etc.). La respuesta de las autoridades sanitarias fue que no había peligro en celebrarlas, aunque ya se evitaban los abrazos y besos y se recomendaba el uso de guantes. En esas fechas hubo muchos actos públicos multitudinarios, pero solamente los que tuvieron algún tipo de matiz político, como las manifestaciones feministas o una concentración del partido político VOX fueron recordadas asiduamente en los medios de comunicación como vectores de propagación del virus. Poco se dijo sobre el contagio en los medios públicos de transporte tales como el metro, mucho más importantes como factor de riesgo en la vida diaria de las ciudades y difíciles de evitar. Si el principal elemento de autocuidado era la distancia social, el uso inevitable del transporte masivo era la antítesis del cuidado, connotado además claramente por las variables de ocupación y clase social.

Puesto que para grandes sectores de la población no era posible evitar los desplazamientos diarios en vagones o autobuses abarrotados, parecía tácitamente preferible no insistir en ellos.

El 12 de marzo se produjo el primer acontecimiento que impactó gravemente sobre las necesidades privadas de cuidado. Cambiando el criterio anterior, las autoridades sanitarias recomendaron el cierre de colegios y universidades en toda España; no por el riesgo para la salud de menores y jóvenes sino para que no sirvieran de transmisores y para contribuir a la reducción de la movilidad urbana. El cierre de los centros escolares significó *la devolución a los hogares de las funciones que hasta entonces asumían los colegios y universidades, que se trasladaban de los espacios públicos a los espacios familiares. La transferencia de la atención a más de ocho millones de alumnos y alumnas de instituciones no universitarias significaba muchos millones de horas diarias de cuidado a la población infantil y adolescente.*

Hasta varios meses después no se supo que el cierre del sistema educativo, una medida tan costosa que dañó la formación de millones de estudiantes, especialmente en las familias de menor nivel educativo, elevó la carga del cuidado sobre los hogares y puso en riesgo el empleo o la vida profesional de millones de trabajadores jóvenes, especialmente mujeres, apenas contribuyó al freno de la pandemia²⁵.

4. Confinamiento general como condición imprescindible para el cuidado: actividades esenciales y permisos retribuidos durante el estado de alarma

El 14 de marzo, tras nuevos informes de la OMS y en medio de la tormenta mediática desatada por los datos del avance de los contagios y la noticia de que habían enfermado varias de las personalidades que formaron la cabecera de la manifestación por los derechos de las mujeres, entre ellas varias ministras del Gobierno, se declaró el *estado de alarma, que conllevaba el confinamiento excepto para las actividades esenciales*. El plazo de vigencia era breve, para no alarmar en exceso a la población y que se aceptasen más fácilmente los sacrificios exigidos.

Como continuación del decreto de 14 de marzo, el BOE publicaba el 29 de marzo la relación de actividades esenciales, que incluía un desarrollo de las actividades básicas según el decreto del estado de alarma. En función de su relación con el cuidado, las actividades esenciales podrían clasificarse en:

- a) actividades relacionadas directa o indirectamente con el *cuidado sanitario* (servicios y bienes de uso sanitario, importación y suministro de material sanitario);

²⁵ Grupo de Biología Computacional, Universidad Politécnica de Cataluña, *Informe para la Comisión Europea* (7 de octubre de 2020). Véase: www.elnacional.cat/salud/scuela-no-extender-virus-informe_544851_1...

- b) actividades relacionadas directa o indirectamente con *el cuidado doméstico al conjunto de la población, a dependientes y grupos vulnerables* (bienes y servicios de primera necesidad, atención a personas dependientes y servicios funerarios, atención a animales, atención contra la violencia de género, atención a personas refugiadas e inmigrantes);
- c) actividades que no se refieren directamente al cuidado, pero sí al mantenimiento de las *condiciones de habitabilidad de los espacios, principalmente los hogares, en que se produce el cuidado* (reparación de averías y gestión de residuos, suministro de agua, hostelería y restauración a domicilio, entregas a domicilio);
- d) actividades de *mantenimiento de las infraestructuras industriales y de servicios públicos sin conexión directa con el cuidado* (industria necesaria para las actividades esenciales, transporte durante el estado de alarma, cárceles, bomberos, policía y seguridad, medios de comunicación y agencias de noticias, bancos y seguros, telecomunicaciones y servicios informáticos, abogados y administración de justicia, gestorías y riesgos laborales, notarías y registros, servicios meteorológicos, correos).

Para quienes desarrollaban trabajos esenciales, el mantenimiento en el puesto de trabajo era por una parte un riesgo mayor de contagio y, por otra, una garantía frente al desempleo. Entre el personal sanitario, la escasez inicial de medios de protección individual (EPI) y las largas jornadas provocaron frecuentes situaciones de agotamiento y estrés. Toda la población trabajadora esencial resultaba forzada a altas dosis de autocuidado para no trasladar el riesgo a sus familiares. Para la no esencial, el estado de alarma trajo mayor protección sanitaria pero variable riesgo laboral, además de confinamiento e interrupción de su vida cotidiana. Se garantizaba el mantenimiento del sueldo a cargo de la empresa, en forma de *permiso retribuido recuperable*. Según el decreto, las horas de trabajo no ejercidas se recuperarían de manera paulatina, consensuando la forma de recuperación con la empresa y con la representación legal de las plantillas. La norma dejaba en el aire infinidad de puntos sueltos, de casuística, pero lo más evidente era que la «recuperación» sería difícil de lograr si el estado de alarma se prolongaba.

El 2 de abril de 2020 se alcanzó la cifra trágica de 950 personas fallecidas en el día por coronavirus. El pesimismo colectivo tocó fondo. La pandemia afectaba ya a casi todos los países y no había suficiente equipamiento médico en los mercados internacionales ni recursos financieros para importarlos. La pandemia y sus efectos sociales y económicos eran el punto de mira en los organismos internacionales^{26 27 28 29}.

²⁶ Boletín Oficial del Estado, Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19.

²⁷ Boletín Oficial del Estado, Real Decreto-ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia.

²⁸ Eurostat, *Key Indicators*, (28 de julio de 2020).

²⁹ «Las banderas blancas del hambre en Perú: el país con más exceso de muertes afronta desbordado la crisis sanitaria, social y económica por la enfermedad». Boletín informativo quincenal, 30 de junio de 2020. Véase: <https://lasalunderecho.es/boletin-electronico-somos-mundi/94-2/>

La tensión entre todas las instituciones que participaban en la gestión de la pandemia lastró la adopción rápida y consensuada de respuestas a la crisis. En algunos casos, los reproches entre entidades derivaron en graves acusaciones, llevadas a instancias judiciales. En otros, más por incapacidad de reacción colectiva que por falta de motivos, las tensiones se mantuvieron casi silenciadas. El 3 de abril, el defensor del pueblo se dirigía a los ministros y ministras de Sanidad, Hacienda, Interior, Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación para hacerles llegar los problemas que planteaba la ciudadanía en relación con la crisis sanitaria, por entender que la solución requería una fuerte cooperación entre todos los ministerios e instituciones citadas³⁰.

El 13 de mayo, el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III revelaban los resultados de la primera oleada del estudio ENE-COVID³¹, realizado mediante el análisis serológico de anticuerpos de la covid-19. Solamente el 5 % de la ciudadanía española había pasado la covid-19, aunque la variación por provincias era muy amplia, desde el 1,4 % de Murcia hasta el 14,2 % de Soria. No se había cumplido la esperanza de alcanzar la inmunidad de rebaño, establecida por entonces en el 60 % o 70 % de la población³².

5. Los hogares: reductos defensivos e indefensos ante el aumento de la presión externa sobre el cuidado

El cierre de los centros educativos y la suspensión o cierre de gran parte de las actividades sanitarias, de restauración, hotelera, sanitaria y de ocio, trajo consigo un vaciamiento de las ciudades y una sobrecarga del trabajo del cuidado en los hogares. Por ejemplo, la ciudad de Barcelona, en la que habitualmente se ubican todos los días dos millones y medio de personas, al iniciarse la pandemia se redujo a 1,750 mil personas. El descenso se debió a la pérdida de turistas, estudiantes y población trabajadora que dejaron de acudir al núcleo urbano (datos obtenidos por el Ayuntamiento de Barcelona a través de la telefonía móvil)³³.

A los hogares se les adscribió, sin posibilidad de réplica, la función de reductos defensivos frente a la enfermedad, la crisis económica y la crisis política. El eslogan *Quédate en casa*, repetido hasta la sa-

³⁰ EUROPA PRESS. Comunicado del defensor del pueblo (3 de abril de 2020).

³¹ Véase: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/informacionENECOVID.pdf>

³² Ministerio de Sanidad (13 de mayo de 2020). «*Avance Informe sobre encuesta serológica*». Posteriores comparecencias públicas de representantes de entidades relacionadas con la Ciencia, Transporte o Defensa pusieron de relieve la amplitud de las ramificaciones de la crisis y su paralela búsqueda de soluciones. El cuidado, sobre todo el no sanitario, parecía un concepto demasiado «blando» cuando se estaba debatiendo sobre la vida y la muerte.

³³ Ayuntamiento de Barcelona, datos proporcionados por Vodafone. Véase: www.elperiodico.com › [movilidad-moviles-confinamiento-793533](#) (28 de abril de 2020). La población que se mueve pasó del 30 % al 16 %.

ciudad en todos los medios de comunicación y en los anuncios publicitarios de los espacios públicos, no era una invitación sino una orden. Sin embargo, un estudio realizado en Valencia mostraba que, en caso de contraer el coronavirus, una de cada cuatro personas no tendría capacidad para aislarse dentro de su propio domicilio con su familia para cumplir una cuarentena efectiva³⁴.

Las dificultades de desplazamiento y el mayor riesgo de las personas mayores mermaron seriamente las posibilidades de reacción de las instituciones benéficas, pero surgieron numerosas iniciativas de pequeños grupos de personas voluntarias para atender a problemas inmediatos.³⁵

Dentro de los hogares, aunque la solidaridad fue la tónica dominante, aumentaron las situaciones de tensión y conflicto, sin válvulas de escape para darles salida. Como indicador, en el mes de abril las llamadas al teléfono de violencia de género aumentaron un 60 % respecto a las del mismo mes del año anterior³⁶.

En todo el mundo se estaban produciendo situaciones parecidas, constatadas por informes de Naciones Unidas y de otras organizaciones³⁷.

Podría estimarse el volumen de horas de trabajo transferido desde las entidades hacia los hogares por el número de puestos de trabajo clausurados durante el confinamiento; pero el trasvase tuvo que adaptarse a la disponibilidad de tiempo en los hogares, al ineludible límite de las 24 horas diarias disponibles para cada persona. Además de aumentar el volumen de horas de trabajo no remunerado, se amplió el horario, se redujo el tiempo dedicado al sueño y se aumentó la densidad de tareas, superponiendo varias actividades al mismo tiempo con el consiguiente estrés y desgaste anímico³⁸.

Los datos publicados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía probablemente son similares en todas las CC. AA. En un 78,5 % de los casos son las mujeres las que están pendientes de las citas médicas del resto de miembros de la familia. El 71,4 % de las mujeres son las que planifican y supervisan cuestiones escolares. Y el 82,1 % organizan y planifican el lavado de la ropa, cómo se visten los hijos e hijas cada día, etc.

La preocupación por la salud de familiares y amistades y la dificultad para verse en los ambientes habituales hizo que apareciese en los hogares una nueva función, directamente relacionada con el

³⁴ Grupo Data Science for COVID-19 (abril de 2020). Dir., Nuria Oliver. Promovido por Presidencia de la Generalitat valenciana para la Estrategia para la Inteligencia Artificial (resultados de encuesta en C. Valenciana).

³⁵ Calvo, Dafne (6 de octubre de 2020). «Social movements in a time of pandemic». CCCLAB. Véase: <http://lab.cccb.org/en/author/dcalvo/>

³⁶ Ministerio de Igualdad. Citado en www.rtve.es por Carolina Pecharromán: «Suben un 60 % las llamadas al 016 para pedir ayuda por violencia de género. Los Servicios de Atención a las Víctimas de Violencia de Género registran 19 000 peticiones de ayuda» (6 de mayo de 2020).

³⁷ 28c UN WOMEN SERIES (2020). Women at the forefront of COVID-19 response in Europe and Central Asia. «The impact of covid-19 on women's and men's lives and livelihoods in Europe and Central Asia: Preliminary Results from a Rapid Gender Assessment». Véase: <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/07/the-impact-of-covid19-on-womens-and-mens-lives-and-livelihoods>

³⁸ 29 UCL, Centre for Longitudinal Studies (julio de 2020). «Parental involvement in home schooling and developmental play during lockdown. Initial findings from the COVID-19 Survey in Five National Longitudinal Studies». Por Aase Villadsen, Gabriella Conti and Emla Fitzsimons.

cuidado. Se trataba del mantenimiento de redes de información y transmisión de afecto a través de las llamadas telefónicas, pronto convertidas en videollamadas, chats y grupos de whatsapp.³⁹

Era una nueva forma de cuidado a distancia, de oferta permanente de ayuda; un telecuidado afectivo y psicológico de gran importancia como antídoto a la soledad e inseguridad provocada por la pandemia. Para muchas personas, el mantenimiento de esta red se convirtió en un servicio a los grupos de pertenencia, una ocupación que consumía largas horas diarias, casi una jornada completa.

En muchos hogares, la imposibilidad de asistir al puesto de trabajo conllevó el ahorro del tiempo de transporte, e incluso una reducción sustancial o total del tiempo dedicado al empleo, ya que no pudo sustituirse por teletrabajo. Esto contribuyó a que la participación de los hombres en el trabajo de cuidado fuese mayor que en ningún momento histórico anterior, pero el ahorro del tiempo en otras actividades no compensó el aumento del tiempo dedicado al cuidado directo y al cuidado indirecto⁴⁰.

En aquel primer momento de la enfermedad se atribuía gran importancia al contagio por contacto directo a través de los fómites, aunque posteriormente este modo de transmisión fue descartándose como principal responsable de los contagios. Se recomendaba no solo lavarse las manos frecuentemente y aplicarse hidrogel, sino desinfectar o lavar la ropa utilizada cada vez que se salía a la calle, lavarse el cabello y, asimismo, desinfectar o limpiar los carritos de la compra, el calzado, e incluso los alimentos (por ejemplo, las naranjas o los tomates) que hubieran podido estar en contacto con las personas vendedoras⁴¹.

Aún no ha sido evaluado el aumento del tiempo doméstico de cuidado que requirieron las nuevas necesidades higiénicas. El virus, coloquialmente llamado «el bicho», podía permanecer hasta once horas en la piel, lo que hacía de la higiene corporal una tarea absorbente (G. Sánchez, IATA. CSIC.)⁴².

No solo se trataba del tiempo de la población adulta para el autocuidado, sino del dedicado a cuidar a quienes no se cuidaban y a imponer la disciplina necesaria para un uso correcto de las medidas higiénicas, los espacios del hogar y sus equipamientos; una tarea bastante más compleja y susceptible de generar conflictos que la propia aplicación de las medidas higiénicas⁴³.

El seguimiento de las indicaciones de las autoridades sanitarias requería una unidad de criterios, una autoridad y una disciplina que pocos hogares podían garantizar.

³⁹ Véase: isanidad.com > ASP (9 de abril de 2020).

⁴⁰ Farré, Lidia y González, Libertad (23 de abril de 2020). «¿Quién se encarga de las tareas domésticas durante el confinamiento? Covid-19, mercado de trabajo y uso del tiempo en el hogar». Fundación BBVA. Véase: <https://nadaesgratis.es/admin/quien-se-encarga-de-las-tareas-domesticas>

⁴¹ García Calvente, María del Mar; Del Río Lozano, María; Maroto Navarro, Gracia (8 de mayo de 2020). «Género, cuidados y coronavirus: antes, durante y después de la pandemia». EASP, Véase: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/author/coronavirusysaludpublica/>

⁴² Sánchez, Gloria. Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos, CSIC. (en comentario al artículo «Survival of SARS-CoV-2 and influenza virus on the human skin: Importance of hand hygiene in COVID-19» <<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1517/5917611>>, por cortesía a la autora).

⁴³ CNN, programa dedicado al aumento del consumo de alcohol y adicciones durante la pandemia, datos internacionales (15 de mayo de 2020).

Una situación especialmente difícil se vivió en los hogares en que residía personal sanitario u otras personas trabajadoras de las actividades esenciales. Las precauciones higiénicas eran aún mayores que en el resto de los hogares. Por la escasez de medios de protección individual, estas reutilizaban sus equipos y los limpiaban a alta temperatura en sus propios hogares. En otros casos, se instalaban en residencias, hoteles o viviendas secundarias para minimizar el riesgo de contagio de sus familiares, por lo que no podían compartir el aumento de la carga de cuidado en sus propios hogares.

La responsabilidad del trato directo con las personas potenciales enfermas de la covid-19 se transfirió en gran parte a sus familiares inmediatos, y no solo por la vigilancia de síntomas. Por temor a la saturación del sistema sanitario, se recomendó a la población que redujese todo lo posible la utilización de servicios sanitarios, y que los síntomas leves de la covid-19 se trataran en el propio domicilio con paracetamol. El temor al contagio en los centros sanitarios fue tan intenso que incluso quienes se encontraban en listas de espera para intervenciones quirúrgicas, aunque llevaran meses aguardando cita, renunciaban a la intervención⁴⁴. La falta de ejercicio físico, el estrés y el empeoramiento de la dieta trajo consigo el aumento de peso, estimado en tres kilos de media por algunos estudios⁴⁵.

Desde sus inicios en China, equipos investigadores habían constatado que el virus era más letal para los varones que para las mujeres. En España, morían mayor número de hombres a pesar de que la edad era uno de los elementos más importantes de vulnerabilidad y el número de mujeres de edad avanzada era mayor que el de hombres. Las investigaciones apuntaban a diferencias genéticas en el sistema inmune⁴⁶. Otros elementos potenciadores de la enfermedad eran la hipertensión y la obesidad. La población infantil y joven apenas resultaba afectada por la enfermedad.

Si bien en sus comienzos la enfermedad atacó más en todo el mundo a personas de clase alta debido a la mayor frecuencia de contactos internacionales, pronto se hicieron notar las diferencias por ocupación y situación socioeconómica. Habitantes de las ciudades de edad avanzada y de bajas rentas eran más vulnerables, debido al mayor grado de hacinamiento en las viviendas y al uso de transporte congestionado para acceder a empleos que no podían desarrollarse más que presencialmente^{47 48 49}.

⁴⁴ Güell, Oriol (2020). «Hasta el 60 % de los pacientes en lista de espera en grandes hospitales rechaza operarse». Reportaje con entrevistas a directores de grandes hospitales en Barcelona, Madrid y otras localidades. El rechazo fue mayor en el primer mes de la pandemia, especialmente para intervenciones no urgentes o de menor gravedad. Publicado en *El País*, Barcelona (2 de junio de 2020).

⁴⁵ Ricou, Javier (2020). «El confinamiento se mide también en peso: 3 kilos en dos meses». Se apoya en tres encuestas que coinciden en sus conclusiones, realizadas por el Instituto IFOP para Darwin Nutrition, en Francia; por Pronokal Group y por profesores del Curso Superior de Nutrición y Herbolietética de Deusto Salud, España. *La Vanguardia* (15 de mayo de 2020).

⁴⁶ BBC News, citando el artículo de Akiko Iwasaki «Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes», publicado en *Nature* el 26 de agosto de 2020. (Margarita Rodríguez, 1 de octubre de 2020).

⁴⁷ Observatorio Metropolitano de Barcelona. Informe sobre datos del área de Estadística y Difusión de Datos del Ayuntamiento de Barcelona, con datos del Catastro. Entre los distritos de mayor y menor renta de Barcelona, la diferencia en el tamaño medio de la vivienda es de 87 metros cuadrados. Citado por Clara Blanchar, *El País*, Barcelona, 18 de abril de 2020. Véase: <https://elpais.com/hemeroteca/2020-04-18/>

⁴⁸ Observatorio de la OIT: «El COVID19 y el mundo del trabajo». Cuarta edición. Véase: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_745965.pdf

⁴⁹ Plataforma del Voluntariado de España. Declaraciones del presidente de la PTS, Luciano Poyato: «La Plataforma del Tercer Sector (PTS), compuesta por 28 000 ONG, exige al Gobierno de España la elaboración de un plan de rescate económico y financiero urgente para no poner en peligro a los más de seis millones de personas en situación de pobreza o exclusión que atienden las ONG al año, y que, debido a la pandemia del Covid-19, han aumentado de manera exponencial» (17 de junio de 2020).

Las personas mayores de 65 años se identificaron por los servicios sanitarios como grupo especialmente vulnerable ante la covid-19. Por esta razón, tuvieron que aplicarse con mayor rigor las recomendaciones de confinamiento y falta de contacto con el exterior, lo que afectó a su autoimagen como ciudadanía libre e independiente y a su función social en el cuidado de personas no residentes en su hogar, especialmente de hijos, hijas, nietos y nietas. El efecto ha sido un aumento del edadismo encubierto, del paternalismo amable, de pérdida colectiva de autoestima y seguridad, y mayor sentimiento de soledad⁵⁰.

La pandemia afectó a las relaciones entre los hogares y las personas cuidadoras remuneradas, especialmente a las empleadas de hogar. Este sector profesional no dispone de seguro de desempleo y en gran parte realiza su trabajo en condiciones de informalidad, sumergido; ni paga impuestos, ni los ingresos no declarados figuran en los registros a efectos de concurrencia ante los bienes públicos, ni recibe las prestaciones de la seguridad social. En muchos casos, sobre todo en hogares de dependientes o personas de edad avanzada, los cuidadores y cuidadoras continuaron trabajando normalmente por considerar que eran trabajadores esenciales. Por el miedo al contagio, especialmente por la posibilidad de transferir el virus recibido en el metro u otros medios de transporte, muchos hogares prescindieron de este servicio. En algunos casos, para evitar los desplazamientos, las empleadas se quedaron a residir en el domicilio de quienes las empleaban. En otros casos fueron las empleadas quienes tomaron la iniciativa de suspender unilateralmente la relación laboral. Se desconoce en qué proporción los hogares continuaron pagando a las empleadas, ni durante cuánto tiempo, ni cuántos asumieron una relación similar a los ERTE o rompieron unilateralmente la relación laboral. No hay fuentes fiables y los medios de comunicación se han hecho eco preferente de las situaciones más dramáticas, pero no de las más comunes. Como era de esperar, algunas asociaciones minoritarias han alcanzado protagonismo aireando los casos más graves de abusos personales, mientras que los sindicatos mayoritarios han evitado las casuísticas personales. Como también era previsible, no se han aireado ante los medios las situaciones de abandono de personas dependientes por sus cuidadoras, o las de quienes tras recibir íntegramente sus salarios durante el confinamiento no se reincorporaron al trabajo una vez terminado. Al igual que entre los familiares, las difíciles circunstancias favorecieron el estallido de los conflictos larvados entre personas empleadoras y empleadas, y generaron nuevos conflictos.

⁵⁰ UNITED NATIONS. «Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons» (mayo de 2020).

6. El tiempo de cuidado de la infancia

6.1. Las dificultades de medición

En España residen 6 875 315 menores de 15 años y 2 399 792 adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años⁵¹. Los indicadores de uso del tiempo para el cuidado de la infancia suelen referirse al tiempo que una persona adulta dedica a interactuar directamente con ella, sea procediendo a su limpieza y alimentación, transporte, jugando o enseñando. Sin embargo, el tiempo de disponibilidad para el cuidado de menores, cuando se analiza desde la perspectiva de lo que requieren, es de 24 horas diarias y 365 días al año. Un instrumento de observación generalista como la Encuesta de Empleo del Tiempo, muy útil y adecuado para otras actividades, recoge peor el cuidado que otros instrumentos de observación más participada o cualitativa. La encuesta no permite medir bien la ampliación e intensificación del esfuerzo en las tareas indirectas de cuidado, como limpieza, compras, gestiones o preparación de alimentos motivadas por la presencia de menores en el hogar.

Es un lugar común que las madres de bebés logran dormir muy pocas horas, precisamente debido a la alta demanda de cuidado que requieren. Las niñas y niños recién nacidos necesitan alimentarse cada dos o tres horas, que significa hasta doce tomas diarias, y cada comida va acompañada de un tiempo extra de atención higiénica (gases, regurgitaciones, cambio de pañales, limpieza de biberones, etc.). Después, van reduciendo el número de tomas progresivamente, a lo largo del primer año de vida, pero a los seis meses todavía necesitan alimentarse cada cuatro o cinco horas, que significa hasta seis tomas diarias. Al año de edad, todavía lo aconsejable y habitual es que reciban alimentación cinco veces diarias (American Academy of Pediatrics).

¿Cómo se refleja esta alta demanda de tiempo de cuidado en las encuestas? Algunas, como la de Empleo del Tiempo de Euskadi 2018, arrojan resultados de solamente hora y media diaria como dedicación media por participante al cuidado de menores de un año: 2 horas y 7 minutos para las mujeres, 1 hora y 42 minutos para los hombres. El tiempo de dedicación de las mujeres a los niños y niñas recién nacidos es muy estable a lo largo de toda la semana, pero el de los hombres es mucho mayor los sábados, donde alcanza las 2 horas y 54 minutos, mientras en los días laborales solo llega a una hora 1 hora y 42 minutos. Estas cifras no coinciden con la percepción general, es sorprendente que solo haya una diferencia de 25 minutos diarios entre los hombres y las mujeres que dicen cuidar menores de un año. También resulta chocante que el tiempo medio de dedicación diaria de las mujeres que cuidan menores de un año sea solamente dos horas y siete minutos. ¿Cómo hay que interpretar estas cifras?

⁵¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). «Cifras de población», 2020 (referidas a 1 de enero de 2020).

No todas las mujeres que cuidan a menores de un año son sus madres, pero sí la inmensa mayoría. La alimentación, la limpieza, la estimulación, las salidas al aire libre, la atención durante pequeños cólicos y otros cuidados sanitarios requieren mucho más de dos horas por menor para las mujeres que asumen su cuidado. A partir del primer año de vida los niños y niñas no necesitan una dedicación tan estricta, pero hasta los cinco años sufren frecuentes episodios de morbilidad. A medida que mejora el grado de atención sanitaria, mayor es el número de ocasiones en que han de visitar estos servicios. Por ejemplo, las sucesivas vacunaciones, revisiones generales, atención dental, ósea, y las cada vez más frecuentes atenciones relacionadas con la estética y la ayuda psicológica. Siguen necesitando muchos cuidados, especialmente compañía y atención, por lo que los hogares han de tener prevista una solución de recambio, generalmente los abuelos y abuelas u otros familiares próximos.

En Euskadi la natalidad es baja desde hace tiempo y hay pocos menores de 15 años (303 000) por comparación con otras épocas o lugares. Solo el 16,40 % de la población mayor de 16 años cuida niños y niñas de modo habitual. Este índice es más elevado los días laborables que los fines de semana, un dato especialmente sorprendente porque, además, los domingos es el día de la semana que menos tiempo dedican (1 hora 28 minutos, frente a 1 hora 38 minutos los días laborables) quienes declaran participar habitualmente de su cuidado. El tiempo medio por participante dedicado a los menores de 14 años de su hogar es de una hora y dieciséis minutos diarios, con una diferencia de 22 minutos entre las mujeres y los hombres.

Aunque el número de niños y niñas se haya reducido sustancialmente, la calidad de los cuidados que reciben ha aumentado, y su cuidado sigue representando un gran esfuerzo colectivo, especialmente para sus madres, que desafortunadamente no recogen con suficiente claridad las encuestas generales de empleo del tiempo del tipo de las preconizadas por Eurostat. La clave metodológica para explicar la aparente escasa dedicación de tiempo a los menores en Euskadi hay que buscarla en la necesidad de superponer tareas para encajarlas dentro del límite horario de 24 horas, y en la separación entre el tiempo indirecto de cuidado y el tiempo directo.

Las cuestiones metodológicas son siempre relevantes, pequeñas diferencias en la definición pueden abocar a resultados muy diversos. En este caso es llamativa la diferencia entre el 28,23 % que dice cuidar niños y niñas en la EPA (España) y el 16,04 % que lo dice en la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (Euskadi), sobre todo porque la tasa de cuidado de personas dependientes es casi idéntica en ambas fuentes. La diferencia es aún más llamativa por la diferente composición por edad de la muestra, ya que la EPA no entrevista a personas mayores de 65 años, en cuyos hogares es menos frecuente que convivan menores.

Contrastan las cifras sobre cuidado de menores obtenidas en la Encuesta de Salud de Valencia del año 2010, en la que la media del tiempo diario dedicado por cada conviviente mayor de 16 años al cuidado de niños y niñas es 5 horas y 12 minutos. La media diaria por cada persona mayor de 16 años, que incluye a participantes y no participantes en este tipo de actividad, es de 1 hora y 3 minutos. En la encuesta monográfica sobre Tiempos de Cuidado que se hizo desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en 2010, la media señalada por el conjunto de participantes para el tiempo de cuidado que requiere un niño o niña fue de 17 horas diarias, aunque podía estar repartido entre varias personas.

6.2. El cuidado a menores. Si no pueden estar solos; ¿con quién se quedan?

En la legislación española no se fija actualmente ninguna edad como límite para prohibir que los menores se quedan solos en casa, pero el Código Penal (art. 226) castiga con penas de prisión entre tres y seis meses el abandono de las obligaciones de la patria potestad, entre las que podría incluirse en algunas ocasiones dejar los niños y niñas o adolescentes en el propio hogar sin una persona adulta que los supervise. La legislación internacional es heterogénea, por ejemplo, en Estados Unidos cada Estado ha legislado de modo diferente esta edad límite, con tanta variación que algunos Estados proponen seis años, otros ocho, nueve u once, siendo lo más frecuente y solicitado por campañas del tipo The National SAFEKIDS Campaign, que no se deje menores solos en el hogar con una edad inferior a doce años. Esto significa una cobertura de veinticuatro horas diarias de acompañamiento y atención que recae sobre alguna persona adulta, compartida con las instituciones educativas.

Las largas jornadas de trabajo y tiempos de desplazamiento de los padres y madres en las zonas urbanas y la reducción de los hogares a su estricto núcleo han generado el fenómeno llamado desde 1942 *enfants à la clé* en Francia o *latchkey children* en Gran Bretaña. Son los niños y niñas de entre cinco y trece años que se cuidan a sí mismos después de la jornada escolar hasta que una persona adulta regresa a casa. Con mayor dramatismo, también han sido llamados *huérfanos de día*. Una variedad de esta figura son *los niños de la llave de la biblioteca*, quienes tres o más tardes por semana se quedan después del horario escolar en la biblioteca pública esperando a que sus padres o madres regresen a casa. No faltan investigadores que destacan algunos aspectos positivos en la personalidad de los *niños de la llave*, aunque en general se utiliza este término en un sentido negativo, atribuyendo a la ausencia de personas adultas numerosas conductas antisociales posteriores. Quienes destacan los aspectos positivos subrayan el mayor grado de madurez y responsabilidad que tienen estos niños y niñas, y recuerdan que la incorporación muy temprana al trabajo y al cuidado de hermanos y hermanas menores ha sido habitual en todas las sociedades hasta la implantación de la escolarización obligatoria.

En España no es una figura común la de los *niños de la llave*, en parte por la existencia de lazos más fuertes con la familia extensa y con el vecindario, y también por la utilización de las actividades extra escolares y, sobre todo, los campamentos urbanos infantiles y de vacaciones para paliar los desajustes entre los horarios y calendarios escolares y los laborales. En la clase media y alta, la incompatibilidad de tiempos se resuelve principalmente con la contratación de personal remunerado, aunque es un sector en el que abunda el trabajo informal. Sin embargo, muchas familias no pueden pagar cuidados remunerados para sus hijos e hijas ni improvisar una persona cuidadora en el caso de que enfermen. Es una queja relativamente frecuente de las direcciones escolares que estudiantes menores acuden a clase con fiebre o síntomas de gripe, así como con otros problemas sanitarios (por ejemplo, piojos) que las instituciones escolares consideran no son de su incumbencia. Se debe principalmente a la dificultad de los hogares para encontrar una solución alternativa al cuidado mientras padres y madres cumplen con otras obligaciones⁵². También es frecuente la queja en sentido contrario, las familias se

⁵² Entrevistas a directores de centros escolares al reinicio de las actividades escolares tras la pandemia publicadas en *El País* (9 de septiembre de 2020).

lamentan de que los centros educativos no quieran compartir la atención a los niños y niñas en los amplios horarios en que los padres y madres no pueden estar en casa.

En la etapa prepandémica, el cierre de los centros escolares se habría resuelto en gran parte con la participación de familiares que disfrutaban ya de la jubilación en la atención a menores mientras sus padres y madres se mantenían en el mercado de trabajo; pero la pandemia había evidenciado que el riesgo de enfermar gravemente era mucho más alto para la población de edad avanzada. Por ello se recomendó a la población mayor de 65 años (9 268 545 personas, según el INE) aislarse en lo posible en sus propios domicilios y reducir al máximo los contactos con otras personas, especialmente con menores, a quienes se consideraba supercontagiadores potenciales. De modo casi repentino, la población de edad avanzada necesitaba aumentar las precauciones y el cuidado de sí misma, y se veía incapacitada para prestar a otros grupos etarios las atenciones y cuidados que anteriormente les venía proporcionando. Los hogares con menores se quedaban sin sus personas cuidadoras ocasionales más frecuentes y comprometidas, al mismo tiempo que la generación madura perdía una base importante de socialidad, relaciones afectivas y autoestima. Algunas voces se alzaron contra el cierre de los centros escolares, pero fueron minoritarias y acalladas por las directrices sanitarias. La enseñanza hubo de transformarse a toda velocidad en virtual o remota, sin que hubiese habido una preparación previa, sin disponer de las infraestructuras y dotación suficiente de aparatos en los centros escolares y en los hogares, y sin dominar la tecnología necesaria para ello⁵³.

7. Las prórrogas del estado de alarma y el cansancio del cuidado

El estado de alarma se prorrogó en seis ocasiones, y terminó el 21 de junio de 2020. Durante este largo e inesperado periodo de confinamiento, el autocuidado y el cuidado de otras personas fueron protagonistas absolutos de la vida social, junto con la atención sanitaria. Las funciones productivas y en muchos casos también las del consumo de servicios alimentarios, sanitarios y de ocio que anteriormente se satisfacían fuera de los hogares por servicios públicos, empresas privadas o entidades sin ánimo de lucro, tuvieron que dejarse desatendidas o trasladarse inmediatamente a los hogares. Igual que con las funciones educativas, la restricción de las funciones productivas, alimentarias y de ocio podrían cuantificarse en los millones de horas diarias de cuidado que tuvieron que producir los hogares.

Aunque no se le identificaba por su verdadero nombre, el cuidado había entrado de lleno, como protagonista principal, en la crisis provocada por la pandemia. Dentro de los hogares, el cuidado recayó principalmente, aunque no en exclusiva, sobre las mujeres. CC. OO. denunciaba que «esta situación

⁵³ Durán Heras, María Ángeles (agosto de 2020). «El trabajo después de la covid-19», en CSIC, Plataforma Temática Interdisciplinar Salud Global, Informe *Una visión global de la pandemia covid-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIS*, págs. 241-256.

está teniendo y va a tener a medio plazo un impacto innegable en la salud física y mental de las mujeres: se incrementan los cuadros de ansiedad y estrés, y el número de consultas a clínicas de fisioterapia por contracturas»⁵⁴.

Sin datos de calidad, tentativamente puede estimarse que el número medio de horas de cuidado y autocuidado había aumentado respecto a la época prepandémica en tres horas diarias para las mujeres.

La presión asistencial asumida y el temor a contagiar o ser contagiados había hecho mella hasta en el personal sanitario más joven. Según un informe del Colegio de Médicos de Barcelona, una cuarta parte del colectivo facultativo se había planteado dejar la profesión⁵⁵. La Sociedad Española de Neurología (SEN), a partir de otra encuesta, concluía que casi la mitad de sus residentes habían sufrido ansiedad o insomnio durante los primeros meses de la pandemia y advertía que si hubiese una segunda ola, estas personas llegarían más cansadas y agotadas.

A partir de junio, la situación sanitaria mejoró, pero la reactivación económica fue muy débil, especialmente debido al desplome del turismo, el transporte, la restauración, el ocio y todas las actividades de proximidad⁵⁶.

A fecha 6 de octubre de 2020, reconocida la llegada de la segunda ola de la pandemia, el informe diario del Gobierno daba cuenta de que el día anterior se habían producido 4030 nuevos contagios, y el total de casos diagnosticados en España ascendía a 825 410. Según Sanidad, había 10 696 pacientes ingresados con la covid-19, lo que supone el 9 % del total de la capacidad asistencial hospitalaria, y 1544 en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 17 % de la capacidad actual de estas unidades. El mayor índice de ocupación de las UCI se daba en la comunidad de Madrid (40 %), seguida de Castilla y León (29 %) y Castilla-La Mancha (25 %).

El 10,2 % del total de pruebas PCR arrojaban un resultado positivo, una de las tasas más elevadas de Europa, pero lejos de alcanzarse la inmunidad de rebaño. La positividad de las pruebas PCR era muy heterogénea entre territorios, casi diez veces más alta en Melilla (26,5 %) que en Asturias (3 %).

La virulencia de la segunda ola del coronavirus era intensa, aunque no tanto como en la primera oleada, en marzo o abril. La saturación se define como la incapacidad de ingreso en las unidades de cuidados intensivos de quien lo necesita, y no se había llegado a ese punto. El esfuerzo diagnóstico era mayor, el sistema sanitario había aprendido a lidiar con el virus, aunque no a vencerlo, y los grupos de mayor riesgo tomaban más precauciones. Sanidad consideraba reducir la duración de las cuarentenas de catorce días a solo diez o siete.

⁵⁴ CC. OO. Andalucía: «la crisis del COVID-19 ha demostrado que también existe una *brecha de salud* en las mujeres» (28 de mayo de 2020).

⁵⁵ Colegio de Médicos de Barcelona (Comb). Informe sobre la situación de los profesionales de la medicina tras la pandemia. Citado por Jessica Mouzo en «Sanitarios agotados», Barcelona (9 de octubre de 2020).

⁵⁶ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. «*Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*». Actualización nº 182, emitida el 11 de agosto de 2020.

8. El punto negro del cuidado en la pandemia

Durante el período álgido de la pandemia, con los hospitales colapsados, en las salas de cuidados intensivos no había equipamiento suficiente para atender a todas las personas enfermas de coronavirus y se acudió a una medicina de guerra, de triaje. Cuando solo existía un respirador, se aplicaba a quien tuviera mayores posibilidades de sobrevivir, lo que se concretó en muchas ocasiones, sin necesidad de consignarlo en ningún documento formal, en la exclusión de las personas de edad muy avanzada o que sufrían también otras enfermedades⁵⁷.

Solamente después de las protestas por parte de familiares de fallecidos, se ordenó no tener en cuenta el criterio de edad como simplificador del triaje, sino solamente las probabilidades de supervivencia. Estas duras condiciones impactaron fuertemente en la opinión pública y motivaron múltiples denuncias. Para el personal sanitario fue también una experiencia extenuante, terrible, agravada por su judicialización⁵⁸.

Actualmente se encuentran en los tribunales de varias CC. AA. los litigios por la posible responsabilidad penal incurrida por responsables de la salud y de servicios sociales por haber ordenado o facilitado que las residencias de mayores no enviasen a las personas residentes enfermas de covid-19 a los hospitales. Añadió gravedad a este tema que la imposibilidad de acceder a la hospitalización tuvo un sesgo de clase social, puesto que pacientes con seguros privados pudieron ser derivados a hospitales privados que no estaban tan saturados.

Una consecuencia indirecta de la pandemia ha sido la visibilización de las implicaciones inmediatas de la eutanasia, sus lados positivos y negativos. El 9 de octubre de 2020, el Comité de Bioética que asesora al Gobierno emitió un informe rechazando el reconocimiento de la eutanasia como un derecho subjetivo exigible. El informe instaba, en cambio, a protocolizar la sedación paliativa. No obstante, los informes de este comité no son vinculantes y es probable que la ley de eutanasia en trámite sea aprobada porque se mantiene el consenso entre la mayoría parlamentaria que la promueve⁵⁹. La sustenta una tendencia en ese sentido en la legislación internacional y una opinión pública mayoritariamente a favor de no prolongar el sufrimiento de las personas enfermas terminales y de darles mayor autonomía en las decisiones que les afectan.

⁵⁷ RTVE (2020). «Coronavirus: Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 19.600 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles». Véase: <https://www.rtve.es/noticias/20200621/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>. (315) Sociedad Española.

⁵⁸ Heras, Javier. Entrevista en revista virtual *Dice* sobre el proyecto «Humanizar las UCIS», 10 de junio de 2020.

⁵⁹ Posteriormente a la redacción de este artículo, el 17 de diciembre de 2020, el Congreso de los Diputados aprobó la proposición de ley que regulará la eutanasia. Contó con el voto a favor de 198 diputados y diputadas, 138 votos en contra y 2 abstenciones. La norma ha pasado ahora al Senado para ser aprobada definitivamente en 2021.

9. De la tragedia en las residencias de mayores al propósito de innovación

Según Abellán y Rodríguez, en 2019 en España había 372 985 plazas residenciales para mayores, distribuidas en 5417 centros. El 72,8 % eran de titularidad privada (271 579), incluidas las privadas sin ánimo de lucro (49 832) y el resto de titularidad pública (101 406). La población de 80 y más años supone el 79 % de toda la población que vive en residencias, la media de edad es 86 años y hay una elevada proporción de personas residentes con deterioro cognitivo. El índice de ocupación es 89 %⁶⁰.

La pandemia ha aflorado dos problemas distintos en el sistema de residencias para mayores. El primero es organizativo y el segundo, económico. En cualquier caso, no es previsible que el número de personas cuyas condiciones de salud no les permiten vivir autónomamente y necesitan residir en un espacio protegido, varíe sensiblemente tras la pandemia. En el plano organizativo, para atender a la población con salud frágil o deteriorada, pero que no requiere hospitalización, hay que elegir entre entornos medicalizados y entornos residenciales. Todos los expertos coinciden en que el ambiente hospitalario no es bueno para la calidad de vida de las personas de edad avanzada, y defienden por tanto sistemas residenciales protectores, pero no hospitalarios⁶¹. Por eso, la mayor parte de las residencias no son entidades sanitarias ni están fuertemente medicalizadas.

La recomendación del distanciamiento mínimo de dos metros entre personas se demostró imposible de aplicar en todas las llamadas *instituciones totales*, donde los servicios son comunitarios y estrechamente compartidos, desde los comedores hasta los espacios de convivencia y los dormitorios. Este diseño tiene una dimensión económica insoslayable: una habitación doble es más barata que una individual en la que no se comparten ventanas ni cuartos de baño. En octubre de 2020, muchas webs ofertan plazas para residencias privadas entre 1900 y 2300 euros mensuales según el tipo de habitación, pero el precio se acompaña por la oferta de numerosos servicios que han de pagarse aparte. Si la habitación tiene una pequeña terraza, el precio aumenta entre el 5 % y el 10 %. Puede compararse con otro tipo de residencias privadas, las universitarias, destinadas a población joven y por tanto menos necesitada de servicios; el alojamiento cuesta entre 635,29 euros y 1295 euros en pensión completa según que la habitación sea compartida por tres estudiantes o de uso individual. El precio no incluye comidas en fin de semana ni limpieza de ropa y otros servicios que han de pagarse aparte⁶².

Tampoco incluye los servicios de atención personal que son habituales en las residencias de personas mayores. Puede preverse el incremento inevitable de costes que supondrá proporcionar espacios comunes más amplios y habitaciones individuales en las residencias geriátricas públicas y concertadas.

⁶⁰ Abellán, Antonio y Rodríguez, Vicente (agosto 2020), «Covid-19 y efectos en la salud mental», en CSIC, Plataforma Temática Interdisciplinar Salud Global, Informe *Una visión global de la pandemia covid-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC*, págs. 183-191.

⁶¹ Cuerdo, Teresa y Oteiza, Ignacio (agosto de 2020). «Habitabilidad», en CSIC, Plataforma Temática Interdisciplinar Salud Global, Informe *Una visión global de la pandemia covid-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC*, págs. 238-241. y 74b.

⁶² Vid. web del colegio mayor Galileo Galilei de Valencia (octubre de 2020).

Durante la pandemia ha sido común la crítica por la baja proporción de personas cuidadoras respecto a residentes, especialmente por las noches y festivos. Ha habido quejas de que en ocasiones solo había dos auxiliares por la noche para atender 150 residentes. Fueron muchas las personas cuidadoras que tuvieron que darse de baja por enfermedad o por haberse producido casos de enfermedad entre su familia o entorno inmediato, por lo que las ratios empeoraron en todas las instituciones. Eso evidenció la distancia entre la ratio ideal de personal/residente y la ratio sostenible con los presupuestos públicos y privados de las entidades⁶³.

Debido al elevado número de fallecimientos durante la pandemia, se ha hablado mucho de la necesidad de sustituir el sistema actual de residencias para personas mayores por un nuevo sistema, pero poco se ha profundizado en el análisis de las causas de la elevada mortalidad y las alternativas realistas a este modelo.

La ratio óptima de personal es siempre difícil de establecer por la heterogeneidad de situaciones de las personas residentes y la cualificación y salarios del personal que las atiende: con todas las caute- las, una cifra frecuentemente empleada es la ratio de 0,45 cuidadoras o cuidadores directos y 0,85 si se incluye a las personas de cuidado indirecto⁶⁴.

Las residencias no pueden permitirse que la proporción entre residentes válidas, semi válidas y grandes dependientes se desestabilice, porque si aumentase la necesidad de cuidados, no podrían abas- tecerlos con las ratios de personas cuidadoras disponibles. Si la ratio mejorase hasta establecer una cuidadora directa por residente, o se mejorasen las condiciones del espacio disponible para dotar a cada residente de una habitación individual y espacios más amplios de convivencia, el coste por plaza se duplicaría o triplicaría.

En algunas convocatorias públicas para la descentralización de servicios por *outsourcing*, el pliego de condiciones pone como límite un coste de 50 euros diarios por residente (1500 euros mensuales). El coste medio de las residencias básicas se estimaba para 2019 en 1700 euros. Las residencias han de proveer atención a la persona residente durante 24 horas y 365 días al año, incluyendo alojamiento, cuatro comidas diarias, limpieza de ropa y cama, higiene personal, atención a la toma de medica- mentos y otras terapias comunes, etc. Eso, en el caso de que no estén medicalizadas, puesto que no incluye la oferta de servicios sanitarios que incrementarían su coste. Como se evidenció por las de- nuncias contra directivos en Galicia, el pago de la residencia supone una cantidad muy elevada para los familiares de residentes⁶⁵. Han sido frecuentes tanto las manifestaciones de agradecimiento al personal por su dedicación personal como las quejas por no disponer de suficiente atención médica, personal y equipamiento. La queja ya no es individual, sino convertida en colectiva a través de asocia-

⁶³ Gómez Ordoki, Alejandro (2019). «Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)». Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servi- cios sociales, ISSN 1134-7147, Nº 69, págs. 121-1477. Sancho Castiello, Mayte (2020), «Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional», *Revista internacional de estudios vascos* (en prensa).

⁶⁴ Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). «Resumen Normativa de residencias». Rev.17 (junio de 2020).

⁶⁵ Usuarios de residentes denuncia a los dueños y directores (18 de abril de 2020). Véase: www.vigoe.es/vigo/local/usuarios-de-re- sidencias

ciones de personas usuarias o de familiares de residentes, expandida en los medios de comunicación y, en algunos casos, judicializada.

¿Qué calidad de servicios puede ofrecerse con una asignación tan baja de recursos? En Euskadi, una CC. AA. de alta renta per cápita, y que además potencia la calidad de los servicios sociales, esta oferta alcanza una cantidad dos veces mayor, pero es una excepción.

10. Perspectivas para después de la pandemia

La pandemia ha impactado en todo el mundo y cuando el punto álgido se supere, no se retornará a la situación anterior a la llegada de la covid-19⁶⁶. En el plano social y económico, a corto y medio plazo, cualquier política de cuidado tiene que tener presente que como consecuencia de la covid-19, los recursos de todo tipo escasearán.^{67 68 69 70}

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) pronostica para España, en caso de doble oleada, un descenso del 14,5 % del PIB en 2020 y solo una recuperación del 5 % en 2021. La deuda llegará al 129 % del PIB en 2020⁷¹. En estas circunstancias, será difícil mantener las pensiones.

La competencia en los mercados internacionales se agudizará y la desigualdad aumentará en todos los frentes, también la desigualdad de género⁷².

Aumentará la tecnificación y robotización, con importantes secuelas de desaparición de algunos tipos de empleos en los que abunda la mano de obra femenina⁷³. Aunque los cuidados se producen y consumen principalmente en el sector no monetarizado de la economía, para la subsistencia de la población es imprescindible el mantenimiento de los empleos en el sector monetarizado^{74 75}. Para

⁶⁶ Lamo de Espinosa, Emilio. Webinar «¿Nada será igual? El mundo post-pandemia», en *Tribuna independiente* (octubre de 2020).

⁶⁷ OCDE (2020), «ODCE economic outlook, interim report september 2020», OECD economic outlook: statistics and projections (database).

⁶⁸ CEPAL (mayo de 2020): «El desafío social en tiempos del COVID-19».

⁶⁹ CEPAL (junio de 2020). «Los Efectos Económicos y Sociales del COVID-19 en América Latina y el Caribe».

⁷⁰ Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE). COVID19: IvieExpress - Web [IvieWeb Ivie](#)

⁷¹ OECD (2020). «Economic Outlook No 107». June 2020 Double Hit Scenario.

⁷² CGLU (Ciudades y Gobiernos Locales Unidos), ONU, Habitat, y Metrópolis. «El liderazgo de las mujeres será fundamental para repensar el futuro en la era post-COVID-19» (8 de mayo de 2020).

⁷³ International Federation of Robotics (IFR) (14 may. 2020). Economy: «Robots Create Jobs». Véase: [ifr.org › ifr-press-releases › Post-COVID-19](#)

⁷⁴ UCL, Centre for Longitudinal Studies. «Finances and employment during lockdown Initial findings from the COVID-19 Survey in Five National Longitudinal Studies». By Bożena Wielgoszewska, Francis Green and Alissa Goodman. July 2020.

⁷⁵ Foro de Expertos del Instituto BBVA de Pensiones. «¿Qué impacto tendrá la crisis del COVID-19 en los sistemas de pensiones?» (1 de julio de 2020).

España, según el INE, en el segundo trimestre de 2020 se había producido una caída de la recaudación del 18,5 % y se estimaba que llegaría a ser del 22,1 % anual^{76 77}.

Por lo que se refiere a Euskadi, en su economía se entrelazan el sector monetarizado y el no monetarizado. En el primer trimestre de 2020, el número de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en Euskadi era 945 045, de los que la mayoría corresponden al sector servicios, 674 862 (datos publicados el 5 junio de 2020). La tasa de paro, que en Euskadi en 2019 solo fue del 9,6 %, se estima que en 2020 alcanzará el 13,7 % y en 2021 seguirá siendo alta, 12,2 %⁷⁸.

Según Eustat, «el PIB de la Comunidad Autónoma de Euskadi retrocederá interanualmente un 20,1 % en el segundo trimestre de 2020, o un 16,9 % si se extraen los efectos estacionales y de calendario, respecto al segundo trimestre del año 2019⁷⁹». El empleo se reducirá en este período un 19,8 %. Para el conjunto del año 2020 se espera una disminución del PIB del 8,7 % y una caída de la recaudación del 18 %, que repercutirá en la capacidad de financiación de todos los servicios públicos y en la pérdida de ingresos o endeudamiento de numerosas empresas y entidades sin ánimo de lucro.

España ha sido, hasta ahora, uno de los países que ha sufrido con mayor dureza la covid-19 y podría dar origen a un cambio profundo en las estructuras productivas y redistributivas que pusiera el cuidado en un lugar prioritario. Sin embargo, y a pesar de que la pandemia ha demostrado la importancia del cuidado como garante de la calidad de vida de toda la población, *no es probable que a corto plazo se implanten medidas que conlleven aumento presupuestario en ningún agente económico; ni en las familias, ni en las empresas, ni en las entidades sin ánimo de lucro, ni en las Administraciones públicas.*

Si no hay recursos para la ampliación de servicios, *la única salida es la redistribución del esfuerzo del cuidado y el acuerdo sobre un nuevo contrato social. Situar el cuidado como objetivo fundamental de la vida social no es un objetivo fácil de lograr, y solo se hará si toda la sociedad le presta el apoyo eficaz, público y rotundo que necesita.*

⁷⁶ INE (2020). «Información estadística para el análisis del impacto de la crisis COVID-19».

⁷⁷ INE. Encuesta de Población Activa (EPA), segundo trimestre de 2020.

⁷⁸ Dirección General de Economía y Planificación, publicado el 9 de junio de 2020.

⁷⁹ Datos publicados el 24 de julio de 2020.