

CAPÍTULO V

IMPACTOS DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA SOBRE LAS GENERACIONES Y LOS CUIDADOS EN EL MARCO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN

El capítulo precedente planteó la crisis del cuidado en América Latina en base a las tensiones entre trabajo remunerado y no remunerado, con especial énfasis en su distribución según género. Especial importancia se asignó a la inserción laboral de las mujeres por nivel de ingresos y según su condición de fecundidad. El presente capítulo complementa el análisis en varios sentidos. En primer lugar, con una visión de largo plazo de los cambios demográficos y, con ello, mostrando la creciente proporción de dependientes de edad avanzada, que irá modificando radicalmente la distribución etaria de población requerida de cuidados. Esta dinámica implica un desplazamiento progresivo desde la población infantil a la población envejecida entre el total de quienes, por categoría de edad, requerirían mayor atención. En segundo lugar, este capítulo desplaza el énfasis desde el eje más genérico de trabajo no remunerado al eje más específico del trabajo en cuidado de quienes efectiva o potencialmente lo requieren, por razones de edad o de condiciones de salud.

Esta última diferencia es importante, pues el trabajo no remunerado que habitualmente llevan las mujeres en el hogar incluye, entre otras cosas, las tareas domésticas y la atención de otros que no necesariamente son sujetos de cuidado, y que incluso se encuentran en edades potencialmente productivas y con capacidad para ejercer como “cuidadores”. Ejemplo clásico de ello es el propio cónyuge masculino en familias biparentales.

Desde la perspectiva de la protección social, la noción específica de cuidado, tal como se entiende en el presente capítulo, es distinta y denota la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. Se instala, con esta definición, una perspectiva complementaria, cuyo acento no recae sobre la reproducción social doméstica sino sobre las necesidades efectivas (o potencialmente efectivas) de cuidado en la sociedad y en los hogares, el tipo de servicios que requiere, cómo esta necesidad es atendida, y cómo se distribuye sexualmente la carga en este trabajo de cuidado. Con ello se busca darle mayor visibilidad en el análisis a la demanda efectiva de cuidado requerido y la capacidad de atenderla desde la perspectiva sociodemográfica.

Esta perspectiva sociodemográfica permite grandes estimaciones para pesar oferta y demanda de cuidado según edad y condición de salud. Por cierto, hay que subrayar que aunque la edad no es inexorable en cuanto a requerimientos del cuidado por otros, sí constituye una categoría aproximativa fundamental, y sobre todo, permite proyecciones en el mediano y largo plazo, dado que es en esta dimensión demográfica donde tales

proyecciones son posibles. En la medida que estas proyecciones muestran cambios importantes en la estructura por edades, también “desnaturalizan” las ideas más asentadas sobre la alta prevalencia de población infantil como “objeto” y “sujeto” de cuidado, mostrando que en un futuro no muy lejano otros grupos competirán fuertemente, en peso demográfico, por servicios de cuidado (claramente, la población más envejecida).

Por otro lado, la necesidad de cuidado no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de terceros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, el modo como se ha dado respuesta a esta necesidad ha experimentado notables cambios desde finales del siglo XX (Casado y López, 2001), debido principalmente a que la magnitud del fenómeno está cambiando. Así, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno a causa de las peculiaridades de la situación actual. Así, si bien siempre hay personas que no pueden valerse por sí mismas, hoy están en crisis los modos tradicionales de atenderlas, en gran medida por los cambios en la distribución sexual del trabajo, la incorporación de la mujer al empleo remunerado y las transformaciones en la vida de las familias. Esto coincide con una fase en que aumenta la población que precisa ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras, que conllevan situaciones de dependencia de los adultos (Sempere y Cavas, 2007).

A ello se suma que, aunque en la región las tasas de fecundidad han disminuido, aún hay un gran número de niños que requiere atención y ayuda. Ello suele coincidir con el período de inicio y consolidación de las familias y, en muchos casos, de las opciones laborales de las mujeres, por lo que la satisfacción plena de la tradicional demanda de cuidado en la infancia se enfrenta hoy a numerosos desafíos. De ahí que múltiples estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que exige una serie de servicios de protección pública especializados .

La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse a partir de los años setenta del siglo XX (OCDE, 1973); actualmente, los sistemas de protección social no solo proporcionan prestaciones para sustituir los ingresos salariales en caso de desempleo, enfermedad o jubilación, sino que también ponen a disposición de la ciudadanía asistencia médica y cuidados de larga duración, cuyos costos a menudo sobrepasan las posibilidades financieras de los beneficiarios y sus familias (Pérez Menayo, 2004). Asimismo, las políticas de cuidado de los niños tienen en común el hecho de considerar el apoyo a los padres desde el nacimiento y durante la infancia, a través de la cobertura pública y las transferencias en efectivo dirigidas a ampliar su libertad de acción en torno a las opciones de ayuda (Crompton y Lyonette, 2007).

En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien avanzados los años ochenta, y porque las personas de edad no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población. Se trata, por lo

tanto, de un profundo cambio de escenario, cuyo impacto se sentirá con más fuerza en las próximas décadas, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno exija modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a las personas mayores, a las y los niños y a las personas con dependencia. Esto reclama cada vez más el tema del cuidado en problema público a solucionar colectivamente, evidenciando las limitaciones de la mera resolución en el ámbito problema.

Los cambios se precipitan y nos interpelan. En las últimas décadas, el acelerado descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida moldean un escenario híbrido en que se diversifican los tipos de hogares. Las formas familiares de la época pre-industrial coexisten con nuevos arreglos residenciales (Arriagada, 2007; Sunkel 2006). Ya en la década pasada las familias enfrentan también nuevas presiones asociadas al envejecimiento, la permanencia de los hijos en el hogar de origen y la fecundidad adolescente, generando en el seno de las familias nuevas responsabilidades de protección y seguridad hacia sus miembros (Sunkel, 2006).

Todo esto se da en un contexto en que la capacidad de las familias para prestar asistencia se ve condicionada por distintos factores. Uno de ellos, como se vio en el capítulo precedente, es la incorporación creciente de la mujer al trabajo extradoméstico, lo que disminuye la disponibilidad de un recurso que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Esto merma la capacidad de las familias para brindar asistencia, siendo necesario recurrir a servicios externos, a través del Estado o del mercado (Maldonado y Hernán, 1998). Otro factor es el aumento de la esperanza de vida, que implica una prolongación de la etapa de la vejez y la coexistencia de las necesidades de cuidado de las personas de edad con las de los niños. Como resultado, se extienden e intensifican las responsabilidades de asistencia y los roles asociados a ellas (Calasanti, 1996, en Sánchez, 1996). Un último elemento es la crisis del modelo familiar encabezado por un padre proveedor, que sirvió de base al diseño de la protección social. Este tipo de familia está cambiando aceleradamente debido a las transformaciones demográficas, económicas y culturales (CEPAL, 2006a). Pese a todo lo anterior, persiste un rezago en las formas de protección que los Estados ofrecen a las personas y familias.

En la primera parte de este capítulo se describe el panorama demográfico que permite contextualizar los sistemas de cuidados. Específicamente, se muestra la heterogeneidad entre y en los países en cuanto al avance de la transición demográfica. Especial énfasis se coloca en el cambio en la estructura por edades de la población, que incide directamente en la demanda de cuidados y en la posibilidad demográfica de responder a ella. En la segunda parte se presentan y analizan los escenarios de la demanda de cuidado, así como las posibilidades de satisfacerla., según distintos indicadores empleados internacionalmente para estudiar este tema, pero que hasta el momento no habían sido utilizados con esta extensión y profundidad en la región. Por último, el capítulo evalúa la demanda de cuidados al nivel familiar y con las actuales posibilidades de atenderla.

A. EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN

Las transformaciones demográficas que ha experimentado la región a lo largo de las últimas décadas, por efecto del descenso sostenido de la mortalidad y especialmente de la fecundidad, han hecho que la población latinoamericana crezca a un ritmo más lento y presente una estructura por edades completamente distinta de la que existía décadas atrás.

Se aprecia un descenso de la proporción de menores de 15 años y un aumento sostenido de la de personas de 60 años y más, mientras que la población con edades centrales tiende a mantenerse estable. Sin embargo, esta tendencia regional revela heterogeneidades entre los países y a su interior.

Este progresivo envejecimiento de la población modificará las demandas de los diferentes grupos etarios, y sobre todo obligará a los Estados, y a la sociedad en general, a responder a una creciente necesidad de cuidados, en un contexto de cambio demográfico y familiar.

1. La transición demográfica

El proceso de transición demográfica supone en un primer momento el paso de un alto a un bajo nivel de mortalidad, seguido de un descenso sostenido de la fecundidad, para llegar finalmente a niveles bajos en ambas variables. Tanto en sus etapas iniciales como en las más avanzadas se experimenta una dinámica de escaso incremento de la población, pero en el estadio intermedio se registran elevadas tasas de crecimiento, como resultado del desfase entre el comienzo del descenso de la mortalidad y el de la fecundidad (Chackiel, 2004; Schkolnik y Chackiel, 2003; Villa, 2004; CEPAL/CELADE, 2008).

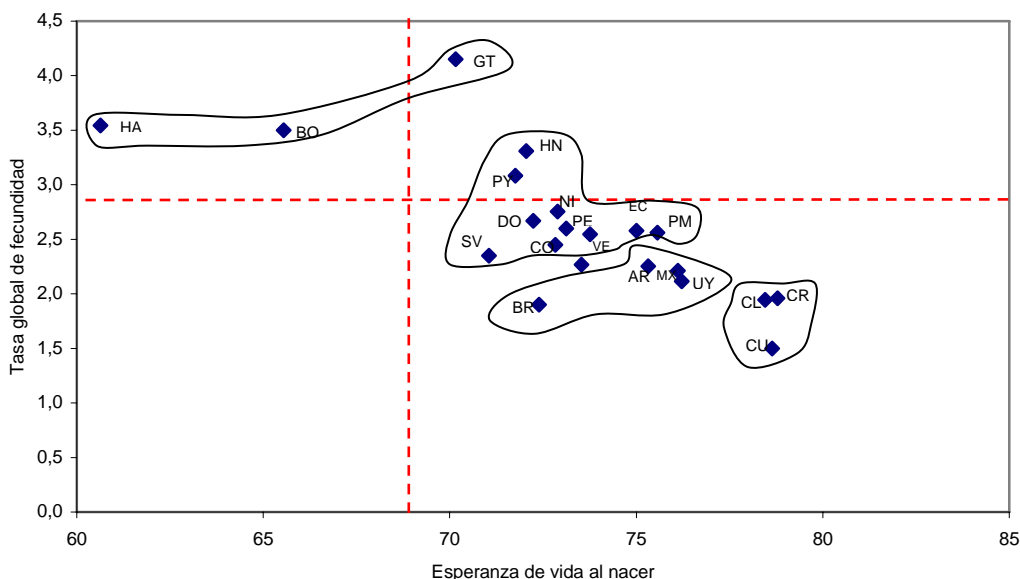
En estos últimos 50 años todos los países latinoamericanos han avanzado en la transición demográfica y en la actualidad se observa una consolidación de este proceso. Sin embargo, como se aprecia en el gráfico V.1, que ilustra la ubicación de cada país en el plano cartesiano según el valor de su tasa global de fecundidad y su esperanza de vida al nacer en el período 2005-2010, se conforman cuatro grupos de países representativos de diferentes situaciones de la transición demográfica, en donde persiste la heterogeneidad entre los grupos y al interior de ellos.

En el primer grupo se ubican los países más atrasados en la transición, que aunque han bajado su fecundidad, continúan teniendo tasas elevadas en comparación con el promedio regional (2,3 hijos por mujer). Entre ellos, Guatemala posee la tasa global de fecundidad más alta de la región (4,2 hijos), seguido de Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia, los que además registran las esperanzas de vida al nacer más bajas, con 60,6 años y 65,6 años

en 2005 y 2010, los que suponen, respectivamente, 12,9 y 8 años menor que el promedio regional (CEPAL/CELADE, 2008).

Un segundo grupo de países actualmente presenta una tasa de fecundidad media similar (entre 3,3 y 2,3 hijos), pero con trayectorias algo diferentes. Por una parte están los que lograron considerables descensos a comienzos de los años ochenta (Colombia, el Ecuador, El Salvador, Panamá, el Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela) y, por la otra, aquellos que lo hicieron en los últimos años (Honduras, Nicaragua y el Paraguay) (CEPAL/CELADE, 2008). Este conjunto de países presenta, a su vez, esperanzas de vida al nacer muy similares, que van desde los 71,1 años en El Salvador a los 75,6 años en Panamá (CEPAL/CELADE, 2008).

Gráfico V.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN
LA SITUACIÓN DE SU TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 2005-2010



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

El tercer grupo lo componen Argentina y Uruguay que tuvieron un descenso temprano de sus tasas vitales, en la primera mitad del siglo pasado, y ya a partir de 1950 exhibían niveles cercanos a los 3 hijos por mujer (CEPAL/CELADE, 2008); Brasil y México con tasas globales de fecundidad alrededor de los 6 y 7 hijos por mujer en el período 1960-1965, pero avanzaron de manera muy acelerada en la transición y como consecuencia, en la actualidad exhiben tasas de 2,2 hijos por mujer en México e incluso bajo el nivel de reemplazo (1,9 hijos por mujer) en Brasil. Respecto a la esperanza de vida al nacer, Uruguay, México y Argentina ya superan los 75 años, mientras Brasil muestra menores logros con un valor inferior al promedio de la región (72,4 años),

En el cuarto grupo están los países más avanzados en el proceso de transición demográfica que exhiben tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y esperanzas de vida superiores a los 78,5 años. En Costa Rica el descenso de la fecundidad es más reciente y acentuado desde niveles mayores que los de Chile en 1975. Cuba en cambio, alcanzó el nivel de reemplazo muy precozmente para los estándares de la región, entre fines de los años setenta y comienzos de los ochenta y en la actualidad, con 1,5 hijos por mujer representa una situación de avanzada totalmente atípica en América Latina y el Caribe. En cuanto a su nivel de mortalidad, Cuba constituyó por muchos años la vanguardia en el aumento de la esperanza de vida, hasta ocupar el primer lugar de la región en el quinquenio 1970-1975. Actualmente su esperanza de vida al nacer es de 78,3 años, precedida por Costa Rica (78,8) y Chile (78,5).

Sin duda, la heterogeneidad expresada al comparar los grupos de países plantea necesidades de cuidado diversas y, con ello, también reclama políticas diferentes. Las dependencias son diversas según se concentren en mayor o menor grado en la infancia o entre las personas mayores, pero en toda la región ejercen presión sobre la capacidad de las familias y la carga de trabajo de las mujeres para seguir asumiendo la plena responsabilidad en la provisión de soluciones. Porque independientemente del momento de la transición demográfica en cada caso nacional, los cambios en las familias y la mayor participación de la mujer en el mercado laboral son fenómenos que atraviesan a toda la región.

2. La evolución de la mortalidad y la fecundidad

Los cambios en la fecundidad y en la mortalidad registrados en los países de la región, independientemente de la intensidad y del tiempo que han tomado, implicaron profundas transformaciones demográficas, que han derivado en la disminución del crecimiento de la población y un progresivo envejecimiento de su estructura por edades (CEPAL, 2004).

a. El descenso de la mortalidad y la prolongación de la vida

La transición demográfica en América Latina se inició con el descenso de la mortalidad, especialmente la infantil, que incidió en un aumento de la esperanza de vida al nacer, lo que contribuyó al incremento del número de sobrevivientes en la base de la pirámide de edades. Si bien se produjo un crecimiento de la población en todos los grupos etarios, fue proporcionalmente mayor en las edades más tempranas, ya que la reducción de los riesgos de muerte en la infancia y en la niñez promovieron, en un comienzo, el rejuvenecimiento de la población (CEPAL/CELADE, 2007); en tanto, el mejoramiento de la salud y la mayor supervivencia de las mujeres en edades fértiles permitieron que se elevara el número de nacimientos. Con todo, cuando la mortalidad infantil ha alcanzado un nivel bajo y la esperanza de vida se acerca al valor máximo observado, los declives de la mortalidad son menores y más lentos (CEPAL/CELADE, 2008).

En el quinquenio comprendido entre 1975 y 1980 la mortalidad ya había comenzado a descender en la mayoría de los países de la región, pues la esperanza de vida al nacer superaba los 63 años y la tasa de mortalidad infantil a nivel regional para ambos sexos se ubicaba en las 69,8 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. En los

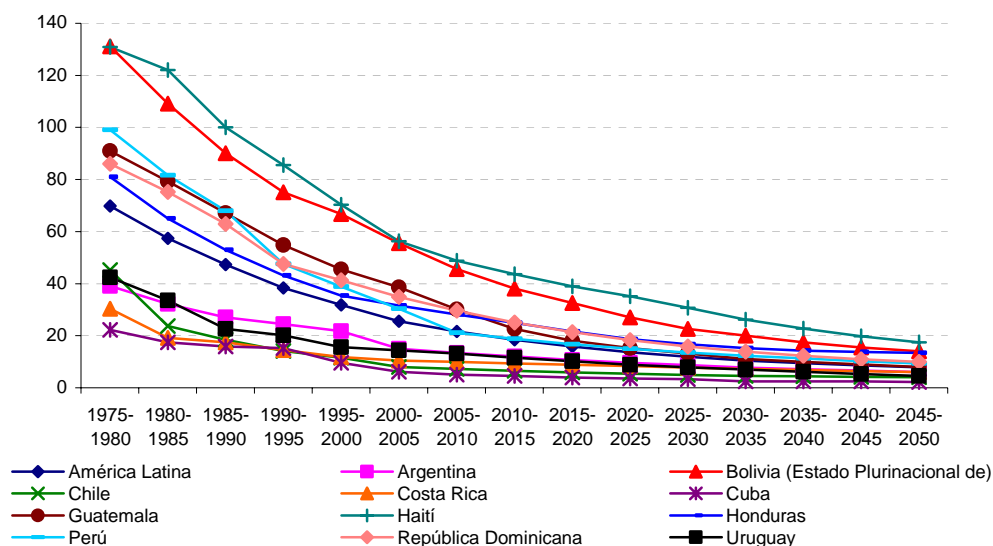
siguientes 35 años se produjeron avances importantes en el descenso de la mortalidad, lo que ha incidido en la prolongación de la vida. Los latinoamericanos viven en promedio 73,5 años en el quinquenio actual 2005-2010, y las mujeres aventajan a los hombres en 6,3 años de vida en promedio. Sin embargo, existen brechas importantes entre los países tanto en la esperanza de vida total, como en la diferencia entre los sexos: hay 18,2 años de diferencia entre el país que tiene la mayor esperanza de vida al nacer (Chile) y el que registra la menor (Haití). Las chilenas alcanzan una expectativa de vida de 81,5 años, los chilenos viven en promedio 75,5 años, 6 años de diferencia, en tanto, la diferencia en la esperanza de vida al nacer de haitianos y haitianas solo es de 3,5 años. En la actualidad, en la región ha seguido aumentando la expectativa de vida al cumplir los 60 años¹, aunque persisten las diferencias según sexo: los hombres tienen en promedio 19 años de sobrevivencia, mientras que las mujeres superan los 22 años. Además, se mantienen las diferencias entre los países.

Si se considera que el nivel de mortalidad de los países de la región es similar al que exhibían los países más desarrollados hace ya 25 años, puede deducirse que todavía se pueden lograr avances significativos en este plano y que hay experiencia acumulada sobre la manera de hacerlo (CEPAL, 2007b). Siguiendo esta consideración, en las proyecciones para los próximos 45 años la mortalidad continuará descendiendo, aunque con diferente intensidad entre los países. Los países que actualmente mantienen mortalidad relativamente elevada en comparación con el promedio regional (Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala) la disminuirán a un ritmo un tanto más acelerado que los países que presentan índices más bajos. Así, aunque a nivel regional los latinoamericanos ganarán 6,1 años de vida al nacer, pues pasarán de 73,5 años en 2005-2010 a 79,6 años en 2045-2050, las ganancias más importantes se apreciarán en Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia, que aumentarán en más de 10 años su esperanza de vida. En cambio, las poblaciones de Cuba, Chile y Costa Rica, que ya en el quinquenio 2005-2010 tienen esperanzas de vida superiores a los 78 años, solo incrementarán entre 3 y 4 años su supervivencia. En las proyecciones también se aprecia un aumento sostenido de la esperanza de vida a los 60 años, tanto para los hombres como para las mujeres, aunque estas continuarán siendo más longevas. Los mayores incrementos en tasa de sobrevivencia se verificarán en las mujeres chilenas (27,3 años en 2045-2050) y en los hombres cubanos (23,6 años en el mismo lapso); en cambio, los hombres y mujeres de Haití seguirán registrando la menores ganancias de años de vida luego de cumplir los 60 años.

La mortalidad infantil, en tanto, continuará decreciendo. La región pasará de 21,6 a 7,9 defunciones por cada mil nacidos vivos durante el período 2005-2050, y las disminuciones más importantes se darán en el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití y Guatemala, mientras que Cuba, Chile y Costa Rica presentarán los descensos menos notorios, puesto que ya registran tasas bajas, y por lo tanto las reducciones que pueden alcanzar son menores (véase el gráfico V.2).

¹ La esperanza de vida a los 60 años es una estimación del número promedio de años que le restaría vivir a una persona si las condiciones de mortalidad al momento del cálculo permanecieran constantes. Es considerada un buen indicador del proceso de envejecimiento, ya que permite estimar el número medio de años que le resta por vivir a las personas mayores, y además indica las condiciones de salud de los mismos.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS):
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 1975-2050
(En cantidad de defunciones por cada mil nacidos vivos)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

b. La transformación de los comportamientos reproductivos y el descenso de la fecundidad

Si bien la transición se inicia con el descenso de la mortalidad, una de las transformaciones demográficas regionales más significativas ha sido el descenso intenso y sostenido de la fecundidad (Rodríguez, 2003). Esta disminución se inició en la segunda mitad de la década de 1960 y respondió a una constelación de factores determinantes, entre los que se destacó la transformación de las estructuras económicas y sociales que experimentó la región, pues trajo consigo cambios culturales que incidieron en la adopción de nuevas pautas de comportamiento reproductivo asociadas a la idea de una familia menos numerosa, aspiración facilitada por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos (Villa y González, 2004).

Actualmente, todos los países de la región han entrado con mayor o menor intensidad en este proceso de reducción de la fecundidad, aunque las experiencias han sido muy heterogéneas, tanto entre países como al interior de cada uno de ellos (véase el recuadro V.1). Esta reducción agudiza los cambios en la estructura por edades, incidiendo decisivamente en el envejecimiento de la población (Huenchuan, 2009). Además, la influencia de esta variable se extenderá más allá del momento en que se llegue al nivel de reemplazo, justamente por medio de la estructura por edades, que proviene sobre todo de los niveles anteriores de la fecundidad (CEPAL/CELADE, 2008). Respecto de la tendencia futura, no hay duda que en todos los países de la región es posible que el ritmo reproductivo siga bajando y se acelere por ciertos factores que lo hagan descender por

debajo del nivel de reemplazo, aun cuando no hay certeza acerca del tiempo que este proceso tardará y hasta qué nivel llegará.

Recuadro V.1
LA FECUNDIDAD POR ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS: DISPARIDADES Y CONVERGENCIAS

En muchas ocasiones, los indicadores agregados de la fecundidad a nivel nacional ocultan disparidades territoriales y socioeconómicas en su intensidad y calendario. El CELADE-División de Población de la CEPAL ha realizado diversos estudios nacionales y regionales que han permitido analizar la amplitud de esta disparidad, a través de diferentes procedimientos e indicadores (para obtener mayor información respecto de las técnicas y procedimientos, pueden revisarse CEPAL, 2006c y Delgadillo, 2007).

En estas investigaciones se ha considerado la diferencia entre el valor de las tasas globales de fecundidad de los estratos de menor y mayor nivel socioeconómico. Según los resultados obtenidos de los censos de la ronda de 2000, en Chile la brecha es de apenas 0,3 hijos por mujer, mientras que en todos los otros países es superior a 1,5 hijos y llega a casi 3 en Panamá. En el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, en cambio, la diferencia se ha incrementado, lo que se explica por el más rápido declive de la fecundidad en el segmento superior; en Panamá y Honduras, en tanto, se ha estrechado en términos relativos durante los últimos años, pese a que las brechas que todavía separan a los estratos extremos son abultadas.

Estos trabajos realizados por el CELADE revelan algunos aspectos sugerentes de la desigualdad socioeconómica en materia reproductiva. Uno de los más significativos, por sus implicaciones para los pronósticos regionales, es la sostenida disminución de la fecundidad en los estratos socioeconómicos medios y altos urbanos del Brasil, que condujo a tasas por debajo del nivel de reemplazo en esos estratos. En el ámbito rural las situaciones son heterogéneas. En Brasil se ha registrado una baja notable de la fecundidad en el menor nivel socioeconómico, y la diferencia absoluta con respecto al estrato más aventajado pasó de 2,7 a 1,5 hijos por mujer. En Honduras las mujeres del segmento socioeconómico más acomodado han mostrado avances muy considerables en su proceso de transición, ya que en el período intercensal dejaron de tener 2 hijos en promedio, pero aumentó el grado de desigualdad con respecto al estrato más pobre, en el que la tasa global de fecundidad, pese al descenso experimentado, todavía es de 6 hijos por mujer.

Las estimaciones de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos aportan nuevas y poco alentadoras evidencias, porque revelan que en algunos casos este fenómeno tiende a incrementarse en términos tanto de intensidad como de desigualdad social. En todos los países las disparidades de la fecundidad adolescente entre los más ricos y los más pobres no solo son más marcadas que las observadas en el caso de la fecundidad total, sino que, además, su tendencia es creciente. En Chile, Brasil, Paraguay, Panamá y la República Bolivariana de Venezuela el riesgo de procreación de las jóvenes de 15 a 19 años de edad del estrato socioeconómico inferior supera en cuatro o cinco veces el del estrato superior.

Es sabido que el nivel y las diferencias de la fecundidad están determinados por una serie de factores económicos, sociales y culturales que actúan a través de las llamadas variables intermedias o determinantes próximos (la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la infecundidad posparto, entre otras), aunque el uso de anticonceptivos es la variable que más ha contribuido a su descenso en la región. Los países en los que la tasa de uso de métodos anticonceptivos ha alcanzado altos valores, como Brasil, Costa Rica, Colombia y México, entre otros, han logrado reducir aceleradamente el promedio de hijos por mujer. Además, en ellos predominan los métodos anticonceptivos modernos. Por su parte, en Haití, Guatemala y el Estado Plurinacional de Bolivia, los países más rezagados en su transición demográfica, la frecuencia de uso de anticonceptivos es bastante más baja. Las prácticas anticonceptivas son menos utilizadas en los sectores más desfavorecidos (con bajo nivel educacional, pobres, rurales e indígenas), aunque en algunos casos en que los programas nacionales de planificación familiar han logrado una amplia difusión, esos grupos tienen ahora un acceso menos restringido a la anticoncepción.

El estudio de las diferencias entre la fecundidad deseada y la observada aporta una mirada complementaria al análisis de los determinantes próximos. Estas divergencias permiten conocer la medida en que las mujeres tienen la capacidad necesaria para hacer coincidir deseos y expectativas con la realidad. Al respecto, hay una diferencia notable entre las mujeres sin educación formal y aquellas con educación secundaria o más. Entre las primeras, la fecundidad en “exceso” es notablemente superior. Las mujeres con mayor nivel educativo pueden hacer efectiva su fecundidad deseada, e incluso llegar a una situación en la cual quisieran tener más hijos que los ya habidos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006c), *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), Santiago, Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161; M. Delgado, *Desigualdades sociodemográficas en Nicaragua: tendencias, relevancia y políticas pertinentes*, serie *Población y Desarrollo*, N° 77 (LC/L.2794-P), Santiago, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.129.

3. Las repercusiones de los cambios demográficos en la estructura por edades de la población

El crecimiento y la composición por edades y sexo de la población dependen de la evolución de los componentes del cambio demográfico, principalmente la fecundidad y la mortalidad. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos en la mortalidad y, principalmente, en la fecundidad, esta estructura va cambiando. Sin embargo, una vez que la fecundidad ha alcanzado niveles bajos, es la estructura por edades el factor más relevante del aumento de la población² (CEPAL/CELADE, 2008).

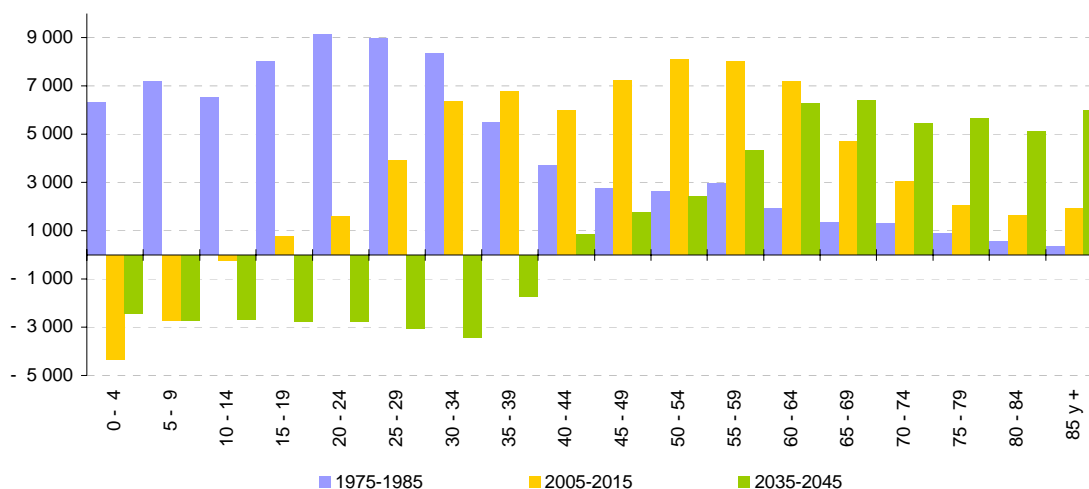
Actualmente, según las estimaciones de población, América Latina cuenta con 575 millones de habitantes, mientras que en 1975 tenía 314 millones, lo que supone un incremento poblacional de 83% durante ese período. En los próximos 40 años la población total llegará a los 723 millones, creciendo en un 26%. Estos antecedentes indican que, aun cuando la fecundidad haya llegado al nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) o incluso se encuentre por debajo de ese nivel en algunos países de la región, la población no dejará de crecer. Dicho de otro modo, el descenso de la mortalidad, la mayor expectativa de vida y el consiguiente crecimiento intensivo de población de mayor edad explican que la población total seguirá aumentando pese a que la fecundidad descienda al nivel de reemplazo. La transición demográfica de los países latinoamericanos está lejos de completarse, pues todos continúan experimentando un crecimiento de su población y cambios sustanciales en su estructura por edades (Feeney y Mason, 2002; CEPAL/CELADE, 2008).

Por cierto, los distintos grupos de edades han tenido cambios notables y continuarán en los próximos 40 años, aunque el ritmo de crecimiento de la población variará marcadamente entre ellos. Entre 1975 y 1985 la población de niños y jóvenes era la que más aumentaba en términos absolutos, mientras que los mayores de 60 años lo hacían en cantidades menores. En el período 2005-2015, en cambio, los menores de 15 años disminuyen en términos absolutos y seguirán disminuyendo en las próximas décadas, mientras que las edades centrales crecen y los mayores de 60 años siguen una tendencia similar, pero de menor cuantía. Durante el decenio de 2035-2045 todos los grupos

² En ausencia de impactos importantes de la migración internacional.

quinquenales menores de 40 años experimentarán una merma absoluta, mientras que los mayores de 60 años presentarán las cifras positivas más altas (véase el gráfico V.3).

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA: CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO ESTIMADO Y PROYECTADO
POR DECENIOS Y GRUPOS DE EDADES, 1975-1985, 2005-2015 Y 2035-2045
(En miles de personas)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

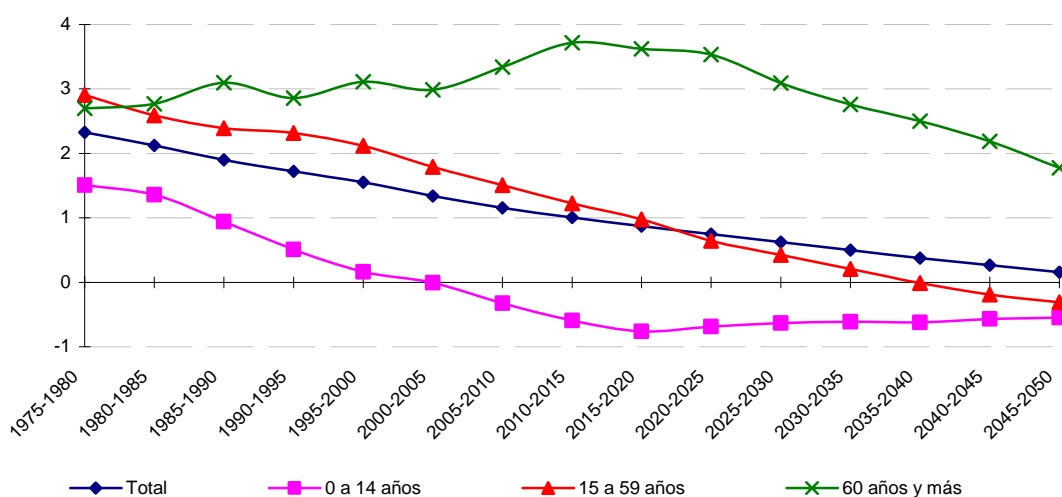
Esta tendencia regional no será igual para todos los países, y si bien las proyecciones indican que en las próximas décadas existirá una convergencia de sus tasas vitales, sus cambios en la estructura por edades no ocurrirán en el mismo momento. Actualmente, los países que se encuentran en plena transición demográfica presentan el mayor crecimiento absoluto en los grupos de edades centrales, mientras que los más avanzados en la transición ya registran un mayor aumento de personas de 60 años y más.

En todos los países el mayor crecimiento absoluto en las próximas décadas se dará en las edades centrales y mayores. Sin embargo, los que se encuentren en una etapa muy avanzada de la transición demográfica, como Cuba, registrarán una merma de las personas de todos los segmentos etarios, aunque decrecerá menos el grupo de 60 años y más. Los países que actualmente están en plena transición experimentarán el mayor crecimiento absoluto en los mayores de 60 años, y los más rezagados, en tanto, lo registrarán en los mayores de 50 años. Entonces, si bien en la actualidad el crecimiento absoluto más importante de la mayoría de los países corresponde a la población en edades centrales, tal condición se irá desplazando progresivamente hacia las personas de 60 años y más en torno al año 2050.

La población de América Latina crece actualmente a una tasa del 1,2% anual. Este valor está muy por debajo del que registraba en el período 1975-1980, cuando se incrementaba a un ritmo medio anual del 2,3%. La tasa de crecimiento total de la población regional continuará reduciéndose. Según las proyecciones vigentes, se espera que para el

quinquenio 2045-2050 dicha tasa alcance tan solo un 0,2% anual. Sin embargo, las tendencias descritas para la región difieren bastante del crecimiento estimado y proyectado de los distintos grupos de edades. Así, al inicio del período 1975 - 2050, la tasa de crecimiento de los menores de 15 años ya había comenzado a descender, ubicándose en el 1,5% medio anual para el quinquenio 1975-1980, mientras que el grupo de 15 a 59 años aumentaba a un ritmo medio anual del 2,9% en el mismo período, y la población de 60 años y más comenzaba a mostrar un crecimiento superior al de los menores de 15 años, pues su tasa era del 2,7% (véase el gráfico V.4).

Gráfico V.4
AMÉRICA LATINA: TASA DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO ESTIMADA Y PROYECTADA, POR QUINQUENIOS Y GRANDES GRUPOS DE EDADES, 1975-2050
(Por cien)



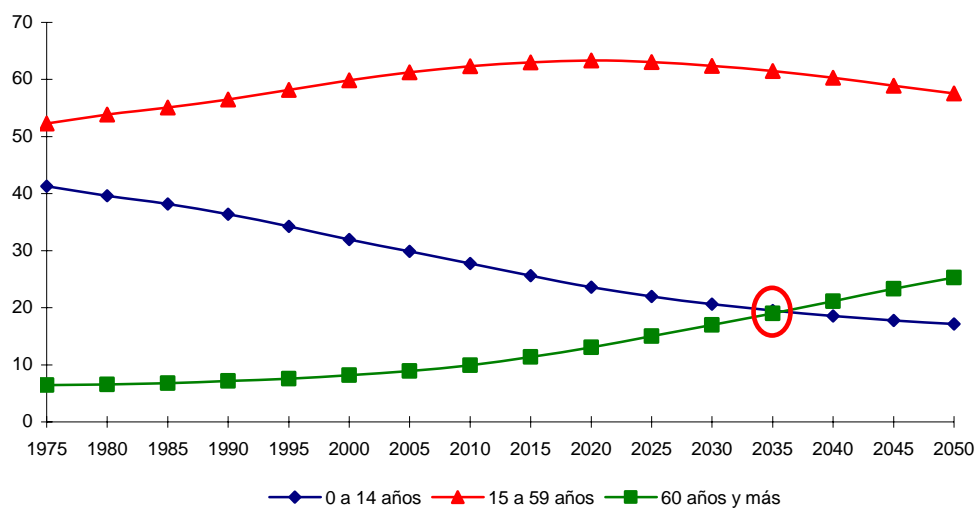
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

En las décadas siguientes, el grupo de 0 a 14 años siguió acentuando su descenso, y en el período 2005-2010 presenta una tasa de crecimiento negativo (-0,3%). En cambio, las personas de 60 años y más continuaron incrementándose con mayor ímpetu, y constituyen actualmente el grupo que crece con mayor fuerza (3,3%), superando ampliamente el incremento de la población de 15 a 59 años (1,5%) (véase el gráfico V.4).

Los menores de 15 años continuarán decreciendo a un ritmo acelerado hasta aproximadamente 2020, para experimentar un leve aumento en su tasa, aunque nunca registrarán valores positivos hasta el final de esta primera mitad del siglo. Por el contrario, la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más va en aumento, y se espera que esta tendencia se mantenga hasta el quinquenio 2010-2015, cuando se apreciará una leve declinación, que en ningún caso implicará acercarse a los ritmos de crecimiento de los otros grupos etarios, pues superará con holgura las tasas de ambos hasta el final del período (véase el gráfico V.4).

Cabe tener en cuenta que los cambios tecnológicos y sociales futuros pueden incidir aún más en la supervivencia de las personas mayores, y así el crecimiento de este grupo podría ser todavía más acentuado. En cambio, es muy poco probable que se pueda modificar el curso actual de la fecundidad, en el sentido de invertir la tendencia decreciente del número de nacimientos (CEPAL/CELADE, 2008). Ello se hace aún más evidente al analizar la evolución de la población latinoamericana según sus grandes grupos de edades. Desde este enfoque, se aprecia que los segmentos etarios extremos son los que mostrarán los cambios más significativos, pues mientras la proporción de menores de 15 años en el total de la población irá disminuyendo, la de las personas de edad se incrementará gradualmente hasta que, hacia 2035, ambos grupos registren una proporción cercana al 20%. Por su parte, la población de 15 a 59 años muestra los cambios menos notables en su peso relativo durante el período considerado, ya que permanece estable en niveles cercanos al 60%, aunque se producen modificaciones internas provocadas por su envejecimiento (véase el gráfico V.5) (CEPAL/CELADE, 2008).

Gráfico V.5
**AMÉRICA LATINA: PROPORCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN
 GRANDES GRUPOS DE EDADES, 1975-2050**
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

En resumen, lo más sobresaliente en la realidad demográfica de todos los países durante las próximas décadas será el creciente peso de la población de 60 años y más y la disminución de la población joven. Ciertamente, este cambio que acompaña el paso de los países hacia etapas más avanzadas de la transición no se producirá en el mismo momento en todos ellos. Cuba, por ejemplo, tendrá ya en 2010 una proporción similar de población en ambos grupos etarios. En 2025 se habrá aproximado el peso relativo de ambos segmentos en todos los países, e incluso en Chile y el Uruguay ya estará equiparado. Un cuarto de siglo después, solo en los países más atrasados en la transición demográfica (el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y el Paraguay) la importancia relativa de los mayores de 60 años será menor que la de los jóvenes.

Todos estos cambios afectarán la dinámica social y económica de los países, según se vayan modificando las demandas de cada uno de los grupos poblacionales. *Uno de sus efectos más claros ocurrirá en la demanda de cuidado y en la capacidad demográfica de la sociedad de prestar asistencia a las necesidades de ayuda, en un contexto de cambio de las familias y en los roles de las mujeres.*

Como se verá en el siguiente apartado, la ubicación de los países en estas diferentes etapas de la transición demográfica influirá en las demandas de protección social en el ámbito del cuidado. Los países más rezagados en la transición actualmente se enfrentan a una demanda de cuidado concentrada principalmente en los niños; sin embargo, en las próximas décadas las personas de edad también formarán parte de la carga de cuidado que deberán afrontar. En cambio, los países que se ubican en etapas más avanzadas de la transición han comenzado a disminuir de manera paulatina o acelerada – dependiendo del comportamiento de la fecundidad en períodos anteriores- la demanda de cuidado de niños y, de manera prácticamente simultánea, se enfrentan a las demandas de cuidado de personas de edad, hecho que se intensificará en las siguientes décadas. De esta forma, y como rasgo característico de la región, el cambio de composición de la estructura por edades de la población irá envejeciendo la carga de cuidados en todos los países en el futuro.

B. ESCENARIOS DE LA DEMANDA DE CUIDADOS EN AMÉRICA LATINA

La demanda de cuidado está aumentando en América Latina debido a la presencia aún importante de niños, el envejecimiento de la población y el incremento de las personas con algún nivel de dependencia por condiciones de salud. Si bien la región se enfrenta a una demanda de cuidados concentrada principalmente en la niñez, en el futuro serán las personas de edad avanzada y aquellas con dependencia las que constituirán el grueso de la carga demográfica de asistencia, aunque con una amplia variabilidad entre los países. El incremento y modificación de la demanda ocurre en un contexto en el que las proyecciones demográficas sugieren una proporción reducida de cuidadores en relación a la población requerida de cuidados a lo largo del período 2000-2050.

A ello se suman otros retos de orden económico y social, que enmarcan a su vez las posibilidades de apoyo mutuo. Al respecto, en ausencia de un rol activo y movilizador del Estado en la protección, las miradas se vuelven hacia la familia como elemento probable de cohesión social, y le demandan también que, en última instancia, actúe frente a los vacíos de protección. Sin embargo, las posibilidades de las familias —y en particular de las mujeres— de ofrecer asistencia están limitadas por factores demográficos, económicos y culturales y de progresivas necesidades de profesionalización del cuidado.

Las implicaciones y consecuencias de este fenómeno dependerán de los arreglos institucionales públicos y privados específicos de cada país, lo que afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en materia de cuidado.

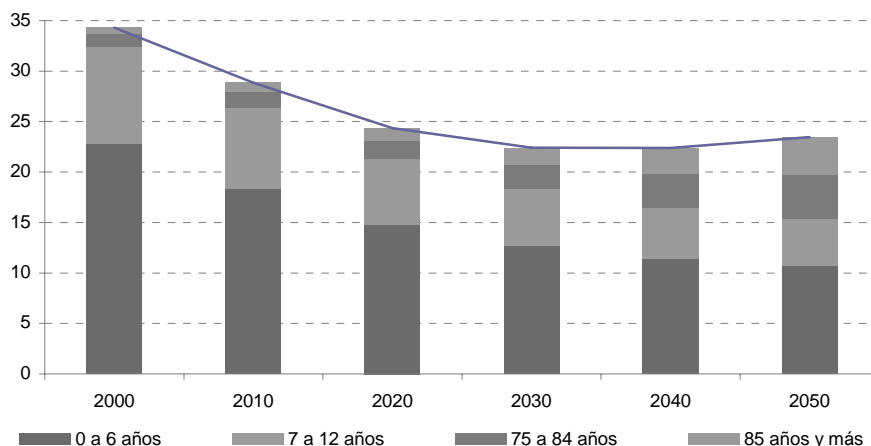
1. Hacia la estimación de la demanda demográfica de cuidados

La población con necesidad de cuidados está aumentando notablemente y las proyecciones demográficas muestran que su composición se irá modificando en el transcurso de las próximas décadas. A continuación se presenta la *relación de dependencia de cuidados* del período 2000-2050 para el conjunto de América Latina como un indicador de la demanda (véase el recuadro V.2). A partir de estos datos se intenta reflejar la relación entre las personas que requieren ayuda y los potenciales cuidadores.

Como se observa en el gráfico V.6, la carga de cuidados era elevada a inicios de esta década, con un promedio de 35 personas con necesidad de cuidados —con una amplia

concentración en el grupo de 0 a 6 años— por cada 100 potenciales cuidadores, mostrando en el transcurso de los siguientes cuatro decenios una trayectoria descendente. Sin embargo, a partir de 2040 se aprecia una inflexión que marcará el inicio de una nueva fase de expansión de la demanda, por efecto del aumento de la población de 75 años y más, la que por cierto se habrá triplicado entre 2000 y 2050.

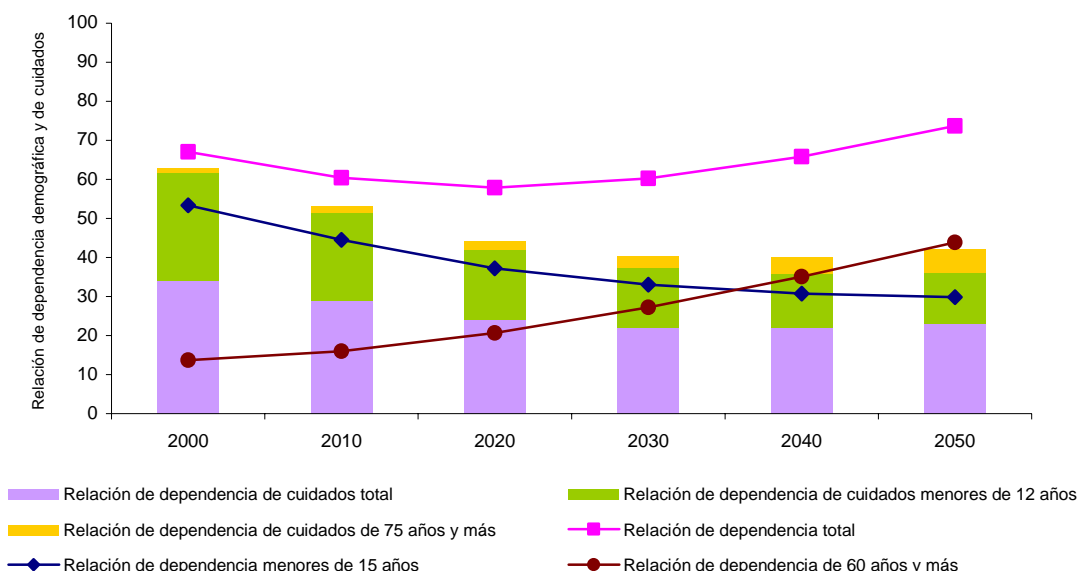
Gráfico V.6
AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

Si se compara la relación de dependencia de cuidados con la relación de dependencia demográfica (gráfico V.7) es posible apreciar trayectorias que confluyen durante el período en estudio. En la región, se proyecta que la relación de dependencia demográfica se mantendrá en descenso hasta 2020, mientras que la relación de dependencia de cuidados lo hará por dos décadas más. A su vez, la población menor de 15 años seguirá siendo numéricamente superior a la de personas de edad hasta 2040 aproximadamente, y de ahí en adelante ésta aumentará notablemente, superando a los menores. Hacia 2050, la distribución de la población entre niños de 7 a 12 años y personas de 75 a 84 años con necesidad de ayuda irá equiparándose cada vez más, en un escenario en el que la carga del cuidado en la niñez tenderá al descenso y en la vejez hacia el aumento.

Gráfico V.7
AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA
Y DE CUIDADOS, SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2000-2050

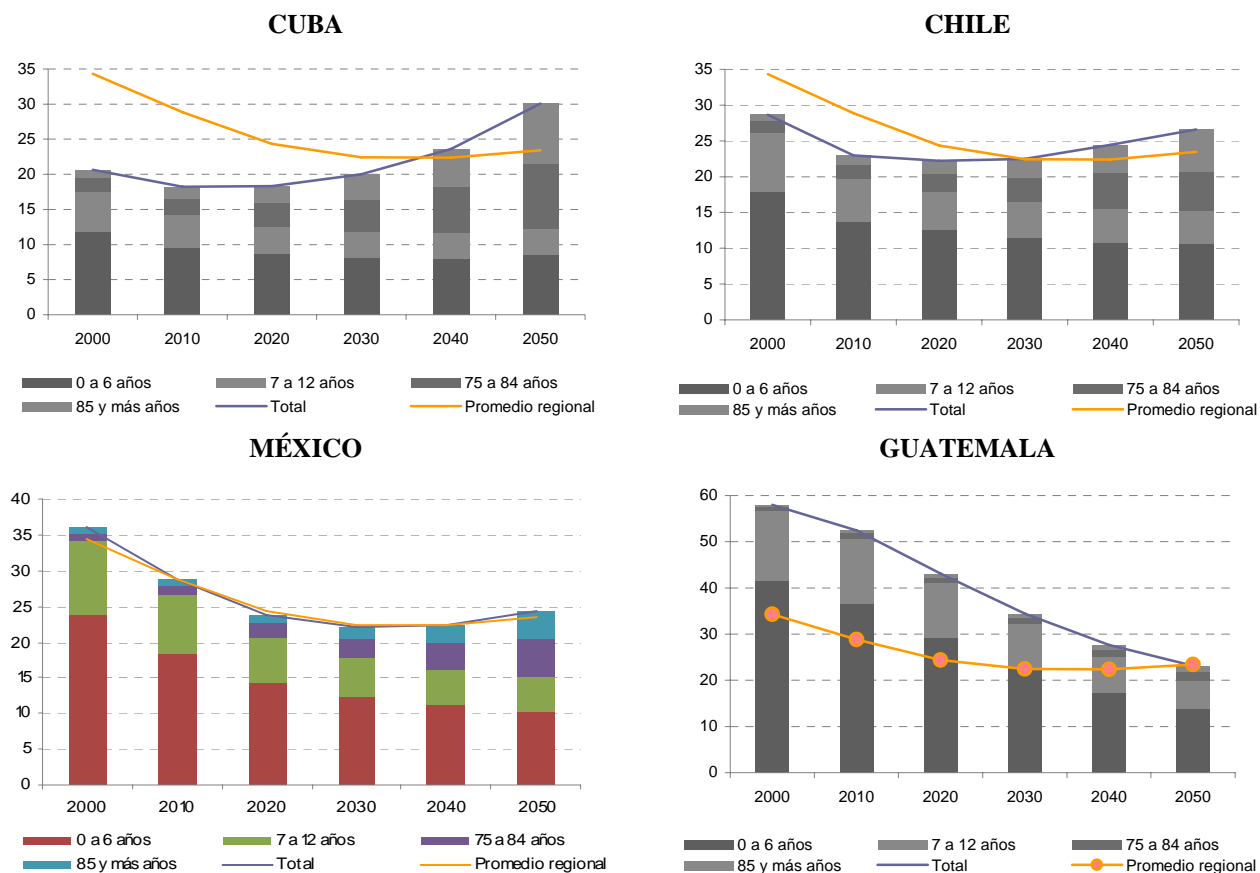


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

Lo anterior significa que, si bien la región todavía enfrenta una amplia demanda de cuidados concentrada en la niñez (como se vio en el capítulo precedente), la composición por edades de la población con necesidad de ayuda está en proceso de transformación, y a futuro disminuirá la carga de cuidado de los niños pero aumentará de forma simultánea la de las personas de edad avanzada, aunque con notables diferencias entre las trayectorias que seguirán los países.

En efecto, la clásica heterogeneidad de los países latinoamericanos también influye en la demanda de cuidados. Como se aprecia en el gráfico V.8, su tendencia y su composición cambian de un país a otro. En Cuba el período se inicia con una carga de cuidados inferior al promedio regional —debido, principalmente, a que la población infantil está en descenso—, pero a partir de 2010 irá en franco aumento, agudizándose de 2040 en adelante, cuando el país se verá enfrentado a una demanda de ayuda principalmente para personas de edades avanzadas, que en 2050 representarán cerca del 60% de la carga total.

Gráfico V.8
AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES SELECCIONADOS): RELACIÓN
DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS^a, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a Población con necesidad de cuidados por cada cien potenciales cuidadores.

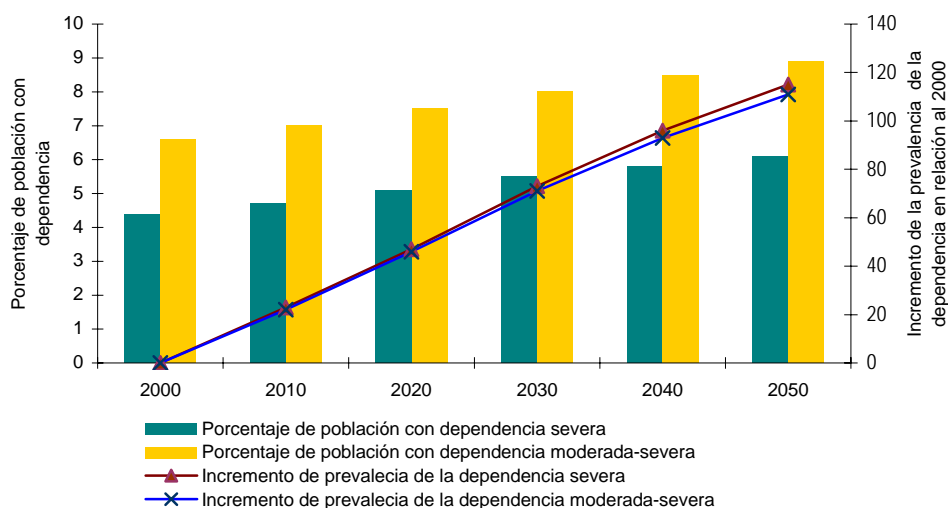
En Chile la demanda de cuidados no tendrá mayores variaciones entre 2010 y 2030, año en que iniciará nuevamente su ascenso, superando el promedio regional por efecto del envejecimiento de su población. En este país, durante 2050, la carga de cuidado de los menores de 12 años representará el 57% del total y la de las personas de 75 años y más el 43%. México, por su parte, sigue una trayectoria diferente y muy cercana al promedio regional, puesto que la relación de dependencia de cuidados seguirá disminuyendo hasta aproximadamente 2030, vale decir, 20 años después que Chile, cuya relación de dependencia de cuidados decreció hasta 2010. Al final del período, la carga de cuidado de los menores de 12 años seguirá siendo más elevada que la de las personas de edad. Con todo, se trata de un país en el que la necesidad de asistencia será menos intensiva que en aquellos con envejecimiento incipiente durante todo el período en estudio. Por último, Guatemala es un país que inicia el período con una carga de cuidados muy superior al promedio de la región (58 personas por cada 100 potenciales cuidadores), la que se mantendrá hasta 2050, principalmente por efecto de la demanda de los niños. La

necesidad de asistencia en la niñez permanecerá constante hasta el final del período, cuando concentre más del 86% de la carga total (con un fuerte peso en los menores de 6 años), momento en que la de las personas de edad representará el valor que tuvo en Cuba 40 años antes.

A partir de este escenario, es posible deducir que, en términos únicamente generacionales, es posible identificar distintos desafíos y oportunidades de política para los países de la región, tomando en consideración la carga y composición de la demanda de cuidado que enfrentan en la actualidad y como ésta evolucionará en el futuro.

Sin embargo, la demanda de cuidados no proviene solo y únicamente de la población infantil y de edad avanzada, sino también de las personas en situación de dependencia. Es decir, de aquellos individuos que requieren ayuda a diario para atender su salud y realizar las tareas domésticas y personales de manera temporal o permanente (Huenchuan, 2009). Para captar esta situación se ha tomado como referencia un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), que estimó la población que necesita cuidados según dos niveles de dependencia. El primer nivel es el severo, que incluye a las personas que por su condición de salud precisan asistencia diaria, y el segundo es el nivel moderado-severo, que agrega a aquellas que eventualmente pueden requerir ayuda periódicamente.

Gráfico V.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS O PERIÓDICOS E INCREMENTO DE SU PREVALENCIA, SEGÚN TIPO DE DEPENDENCIA, 2000-2050



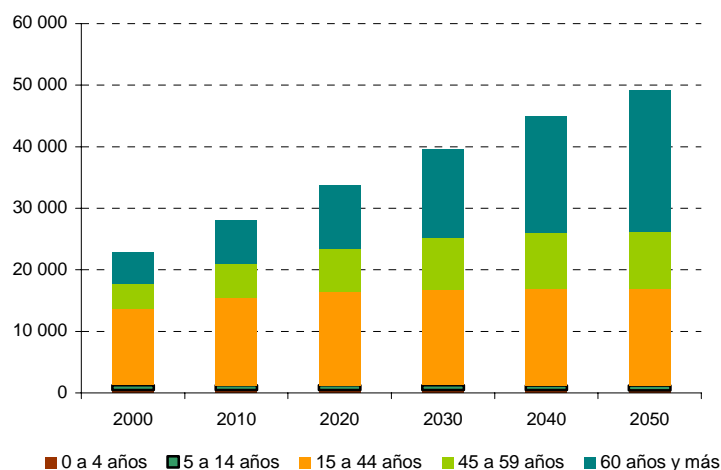
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

En el gráfico V.9 se presenta el porcentaje de población que necesitará cuidados diarios o periódicos en el período 2000-2050 para el conjunto de la región, así como las respectivas tendencias del incremento de la dependencia. En cualquiera de los dos escenarios —es

decir, el de la dependencia severa y el de la moderada-severa— se prevén grandes aumentos de la prevalencia en el transcurso de las próximas cuatro décadas en relación al año de inicio (2000). Se espera que las personas con dependencia moderada-severa se dupliquen entre 2000 y 2050, pasando de 23 millones a 50 millones³. Ahora bien, cuando se realiza un análisis etario del número de personas con dependencia en el mismo intervalo de tiempo se aprecia que en la actualidad la mayoría se concentra en el rango de entre 15 a 59 años, y en 2050 las personas de 60 años y más representarán la mitad de la población dependiente en cualquiera de los dos niveles considerados (véanse los gráficos V.10 y V.11).

Gráfico V.10

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050



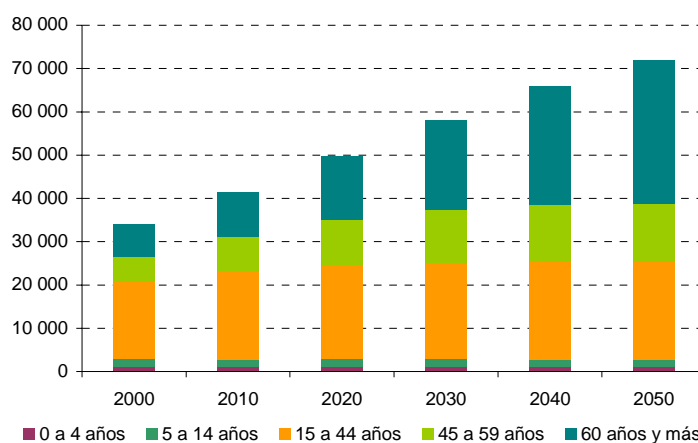
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

La dependencia recorre toda la estructura por edades de la población y no solo es consecuencia del envejecimiento. Sin embargo, el riesgo de empezar a sufrirla se incrementa enormemente en la vejez. En Nicaragua, por ejemplo, la prevalencia de la discapacidad a nivel nacional es del 10,3% de la población, en los grupos quinquenales de edad menores de 30 años no supera el 5%, pero esta cifra aumenta al 30% en las personas de entre 60 y 64 años y llega al 85% en los mayores de 80 años (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2004; INEC, 2007). Si se cambia el tipo de medición y se utilizan como criterios las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y la restricción en la participación de la población adulta mayor, la prevalencia de la discapacidad aumenta al 71% para las personas de 65 años y más (67% en los hombres y 73% en las mujeres) (Huenchuan, 2009). Otros países de la región presentan un panorama semejante: en Argentina la prevalencia de la discapacidad en los menores de 15 años es del 3% y en los mayores de 65 años del 28,3% (INDEC, 2003); en Chile la brecha es mayor, pues el segmento etario menor registra una prevalencia del 3,2% y el mayor del 43,4%

³ Un mirada mundial de este fenómeno ubica a la región luego del África subsahariana, Oriente Medio y Asia (Harwood, Sayer y Hirschfield, 2004).

(FONADIS e INE, 2004), y en Brasil la distancia es aún más grande, pues mientras un 4,3% de los menores de 15 años presenta alguna discapacidad, entre los mayores de 65 años el valor se dispara al 54% (IBGE, 2000).

Gráfico V.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA
MODERADA-SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES,
2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

Junto con la edad, la dependencia también está estrechamente relacionada a situaciones de pobreza y de desigualdad. En el Brasil, una investigación nacional mostró que las personas mayores del estrato de menores ingresos tienen niveles más altos de discapacidad y obtienen en menor medida medicamentos y ayudas de prótesis y órtesis (Lima-Costa y otros, 2003). De igual manera, las desigualdades en el acceso a la educación formal en la niñez acentúan los riesgos de dependencia en la edad avanzada. Un estudio longitudinal realizado en España reveló que la población sin educación primaria, independientemente del sexo, tiene el doble de probabilidades de necesitar ayuda diaria en la edad avanzada (Otero y otros, 2004).

Se podría decir que en la actualidad se vive más, pero también se enferma más, y sobre todo se enferma diferente. De acuerdo a estadísticas recientes de la OMS (2009), el promedio de vida saludable para América Latina fue de 64 años en 2007, y las mujeres registraron una probabilidad levemente más elevada que los hombres de vivir mayor tiempo en condiciones de mala salud (diez años en comparación con ocho, respectivamente). En este marco, el significado de la enfermedad está cambiando: ha pasado de ser un proceso agudo, que con frecuencia finalizaba en la muerte, a un estado crónico que padecen muchas personas en prolongadas etapas de su vida y que puede generar necesidades de ayuda diaria o frecuente, ya sea de manera permanente o intermitente (Puga, 2002).

En resumen, la demanda de cuidado en América Latina está aumentando debido a tres causas principales: la existencia de niños de corta edad que necesitan el apoyo intenso de un adulto para satisfacer sus necesidades básicas y para que ejerza la función socializadora y educadora de los menores (Martínez Franzoni y Camacho, 2007); el envejecimiento de la población, que implica el aumento de personas que pueden requerir ayuda temporal o permanente para mantener su autonomía (Huenchuan, 2009), y el incremento de las personas con algún nivel de dependencia, que tienen una necesidad importante de asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria (Pérez Menayo, 2004).

En un contexto de cambio demográfico como el que ocurre en la región, esto significa que la sociedad debe preocuparse por las necesidades de asistencia de los dos extremos etarios —los más jóvenes y los más viejos—, junto con las de aquellas personas con dependencia en cualquier momento del ciclo vital. Los datos aquí presentados muestran que en muchos países latinoamericanos los niños representan en la actualidad la demanda de cuidados más intensa. Sin embargo, en el futuro próximo serán las personas de edad y aquellas con dependencia las que constituirán el grueso de la carga de cuidados.

Recuadro V.2
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADO

La relación de dependencia demográfica total —cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 15 años y de 60 años y más, y la población de entre 15 y 59 años— es un índice sintético de la estructura por edad de la población. Usualmente se define como la relación entre la población en edades potencialmente inactivas y la población en edades potencialmente activas económicamente. Una alta relación de dependencia sugiere una carga para la población de 15 a 60 años, que debe dar soporte a otros además de a sí misma. Como este indicador suele presentar valores elevados tanto en poblaciones jóvenes como en aquellas envejecidas, se recomienda descomponer el índice en dos: la relación de dependencia de niños (también llamada relación de juventud), que considera como potencialmente inactivos a los menores de 15 años, y la relación de adultos (o de vejez), que considera potencialmente inactivos solo a los mayores de 60 años.

Por su parte, y a diferencia de este indicador tradicional, *la relación de dependencia de cuidados* tiene por objetivo reflejar la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. Su cálculo es útil para acercarse a la medición de las personas que necesitan cuidados, la cantidad que requieren y las posibilidades demográficas de brindar asistencia. Permite además una comparación de la carga de cuidado entre los países y su evolución en el tiempo. Al igual que la relación de dependencia tradicional, este indicador se define en términos de grupos de edades, aunque se concentra particularmente en aquellas personas con necesidades específicas de cuidados: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por la otra, el de 85 años y más. Precisamente los dos extremos del ciclo vital, que en la práctica son altamente dependientes de terceros para satisfacer sus necesidades. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el centro —es decir, la población entre 15 y 74 años— se ubican los potenciales cuidadores. Metodológicamente, el indicador no considera a la población de entre 13 y 14 años porque no serían demandantes intensivos de cuidados como los grupos etarios anteriores (0 a 12 años y 75 años y más), y tampoco se encontrarían en condición de brindarlos.

Para calcular el peso del cuidado, se toma como supuesto que cada persona menor de 12 años y mayor de 75 años requiere de un número determinado de unidades de cuidado: los niños de 0 a 6 años necesitan 1 unidad; los de 7 a 12 años 0,5 unidades, al igual que las personas de 75 a 84 años; los mayores de 85 años requieren 1 unidad de cuidado. Esta estimación constituye un *proxy* que requiere tomarse con cautela, pues probablemente disminuye el número de los que necesitan atención y eleva el de los que pueden prestar asistencia, ya que no toma en consideración que aquellos que se ubican entre los rangos de edad que califican como potenciales cuidadores pueden sufrir limitaciones, particularmente físicas y de salud, para ejercer las labores de cuidados.

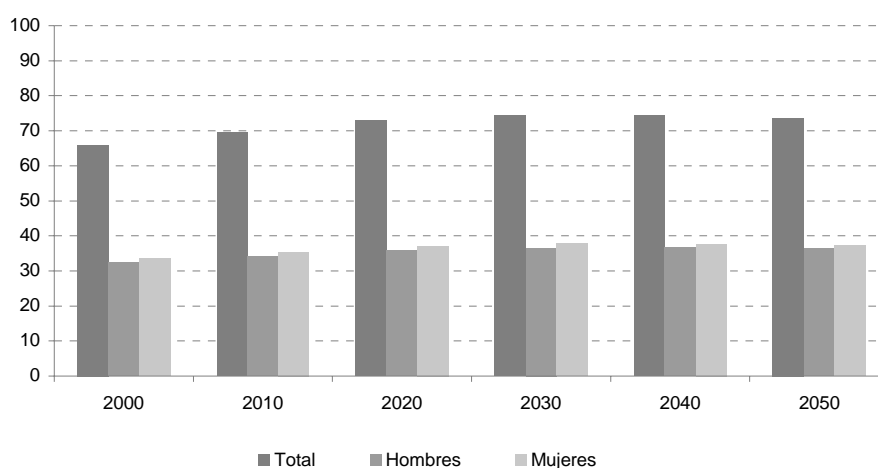
Fuente: Debbie Budlender (2008), *The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries*, Gender and Development Programme Paper Number 4, United Nations Research Institute for Social Development; CEPAL/CELADE (2006a) *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, colección *Documentos de proyectos*, N° 113 (LC/W.113), Santiago, CEPAL.

2. La expresión demográfica de la disponibilidad para brindar cuidados

La posibilidad de una sociedad de ofrecer cuidados a sus miembros también tiene una expresión demográfica, la que por cierto debe vincularse a la capacidad efectiva de los potenciales cuidadores para brindar asistencia.

Una mirada regional muestra que la perspectiva demográfica de contar con cuidadores será reducida en el período 2000-2050. Esta relación permanecería prácticamente constante en el transcurso de las próximas cinco décadas, comenzando con una disponibilidad total de cerca de 67% de la población que podría actuar como potencial cuidadores y concluyendo en 2050 con 77%. Las diferencias por sexo serán muy reducidas - aunque, como se verá más tarde esto sólo en términos potenciales, porque en términos reales, el tiempo efectivo dedicado al cuidado por parte de los hombres es menor. Los potenciales cuidadores hombres serían del 33% en 2000 y no alcanzarían a 40% al final del período, y en el caso de las mujeres serían 34% al inicio de la presente década y se mantendrían en menos de 40 en 2050 (véase el gráfico V.12).

Gráfico V.12
AMÉRICA LATINA: POTENCIALES CUIDADORES SEGÚN SEXO^a, 2000-2050

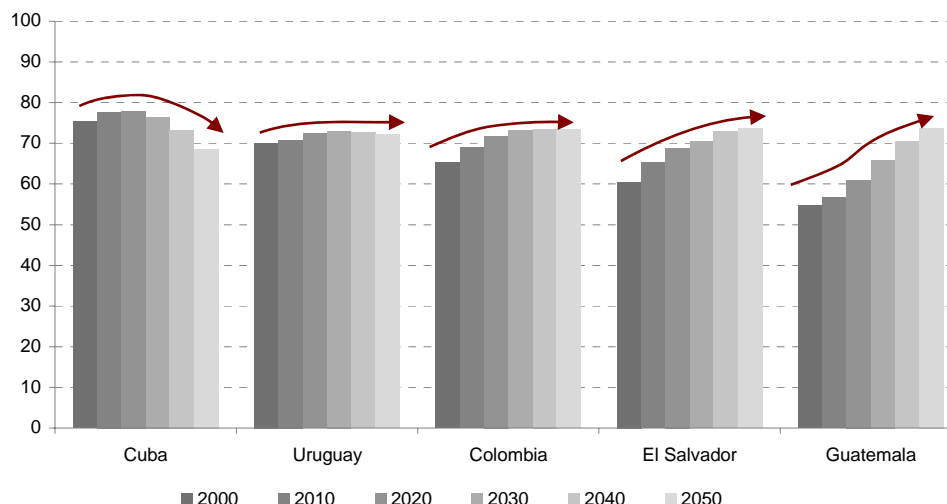


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

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

Un primer elemento a considerar es la heterogeneidad entre países (véase el gráfico V.13). En Cuba, por ejemplo, la disponibilidad de población que potencialmente podría brindar cuidados irá disminuyendo a partir de 2020, siendo el único país con esta tendencia hasta el momento. Otros, como Argentina, Brasil, Costa Rica y Panamá, se ubicarán por debajo del promedio regional, y Chile y Uruguay prácticamente no experimentarán cambios en este aspecto. Por último, se encuentran aquellos países donde la disponibilidad actual de cuidadores es reducida pero aumentará constantemente hacia el final del período, destacándose entre ellos el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Gráfico V.13
AMÉRICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS): POTENCIALES CUIDADORES^a, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a: Los potenciales cuidadores se definen como aquellas personas en edades de 15 a 74 años y su porcentaje se calcula sobre el de la población total, masculina o femenina, según corresponda

En este escenario, es posible identificar claramente dos grupos de países:

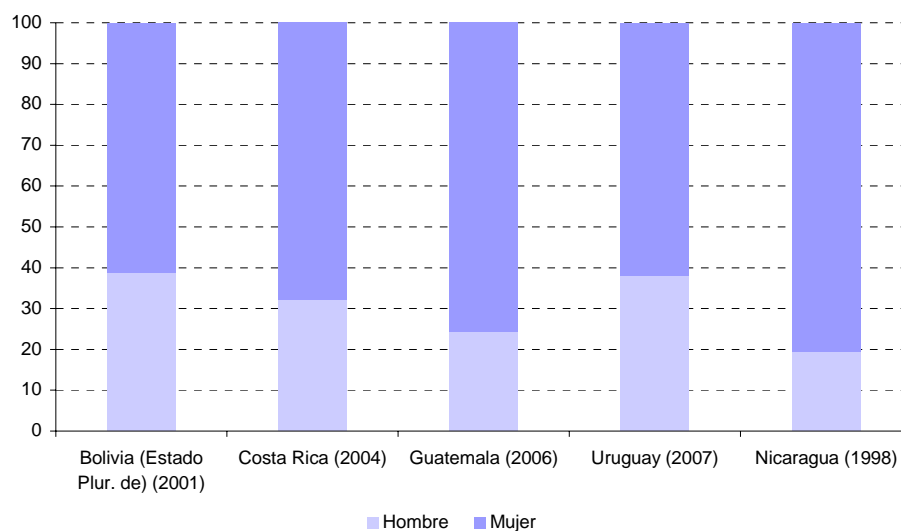
- El primero, compuesto por los más rezagados en la transición demográfica, que inician el período con una elevada carga de cuidado en la niñez y una baja disponibilidad de potenciales cuidadores para satisfacer la demanda a la que se ven enfrentados. En estos países habrá disminuido la necesidad de cuidados al final del período, alcanzando el promedio regional, y recién entonces empezarán a verse afectados por el envejecimiento de la demanda de asistencia (el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua).
- En el otro extremo se ubican los países más avanzados en la transición demográfica, que inician el período con una carga de cuidado ya en proceso de envejecimiento, pero con una disponibilidad de potenciales cuidadores superior al promedio regional. Los países de este grupo experimentarán en el futuro mediato un relativo estancamiento o reducción de esta disponibilidad por efecto del envejecimiento, y deberán hacer frente a una demanda de asistencia concentrada en las personas de edad (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay).

No obstante lo anterior, en ninguna de las situaciones identificadas existiría la posibilidad real de responder plenamente a las necesidades de cuidados en la infancia y en la vejez o a la de brindar asistencia a las personas con dependencia. Esto es, si tanto hombres como mujeres en potencial condición de brindar cuidados ejercieran esa tarea se podría satisfacer solo la necesidad de los grupos que presentan una demanda menos intensiva

(las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, así como aquellas con dependencia moderada-severa)⁴, pero no se podría responder de manera efectiva a los grupos de edades extremas y las personas con dependencia severa, quienes requieren cuidados diarios, concentrados y permanentes.

Un segundo elemento a considerar son las diferencias de género, puesto que en la práctica, como se vio en el capítulo anterior, son las mujeres las que se hacen cargo de las labores de reproducción doméstica y de cuidado, y los hombres no participan con la misma intensidad en las tareas de asistencia —sobre todo a personas de edad y con dependencia—. De este modo, el cuidado se puede concebir como una actividad femenina, generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (Aguirre, 2007).

Gráfico V.14
AMÉRICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN TAREAS DE CUIDADO, ALREDEDOR DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

Nota: en el Estado Plurinacional de Bolivia la pregunta se realiza a las personas de 7 años y más y se consulta por el cuidado de niños y/o ancianos; en Costa Rica se aplica a personas de 12 años y más y se indaga por el cuidado de los niños; en Guatemala se pregunta para personas de 7 años y más y son informantes directos las personas de 12 años y más, la consulta interroga por el cuidado o la crianza de los niños; en el Uruguay se considera el cuidado de los niños de hasta 12 años y en Nicaragua se pregunta a las personas de 6 años y más y se indaga por el cuidado de los niños.

En cinco países estudiados (el Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Uruguay y Nicaragua), los últimos datos disponibles de las encuestas sobre uso del tiempo —no comparables entre sí, pero que orientan respecto del panorama nacional— muestran que los hombres contribuyen menos que las mujeres en las tareas de cuidado. En los países considerados son las mujeres las que ejercen mayoritariamente esta función, incluyendo

⁴ Esto es así debido a que se trata de grupos de edad que, de acuerdo a estudios realizados, requieren en teoría al menos de 0,5 cuidadores por cada persona que necesita de cuidados.

dentro de ellas a las niñas y las de edad avanzada. Esto tiene un efecto directo en las posibilidades sociales de brindar cuidados, incluso en aquellos países que experimentarán un aumento de los potenciales cuidadores (véanse Nicaragua y Guatemala en el gráfico V.14), toda vez que la disponibilidad demográfica se debe analizar en el marco de las pautas culturales de la sociedad con respecto al ejercicio del cuidado y la asistencia a los más vulnerables.

A ello se agrega que la posibilidad de las mujeres de brindar cuidados está disminuyendo simultáneamente al aumento de la demanda de asistencia, debido entre otras razones a que están ampliando su participación económica (CEPAL/CELADE, 2006b), lo que tendrá su correlato en la disminución de la cantidad de las que potencialmente podrían destinar tiempo a estas funciones y de las horas dedicadas a esa labor. Por el contrario, mientras se ha ampliado el acceso de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, no se ha producido un cambio equivalente en la redistribución del tiempo que los hombres ocupan en las tareas del hogar (Sunkel, 2006). En este sentido, las transformaciones de los roles han sido asimétricas, con un mayor movimiento de las mujeres hacia las esferas tradicionalmente masculinas que viceversa (Carbonero Gamundí, 2007).

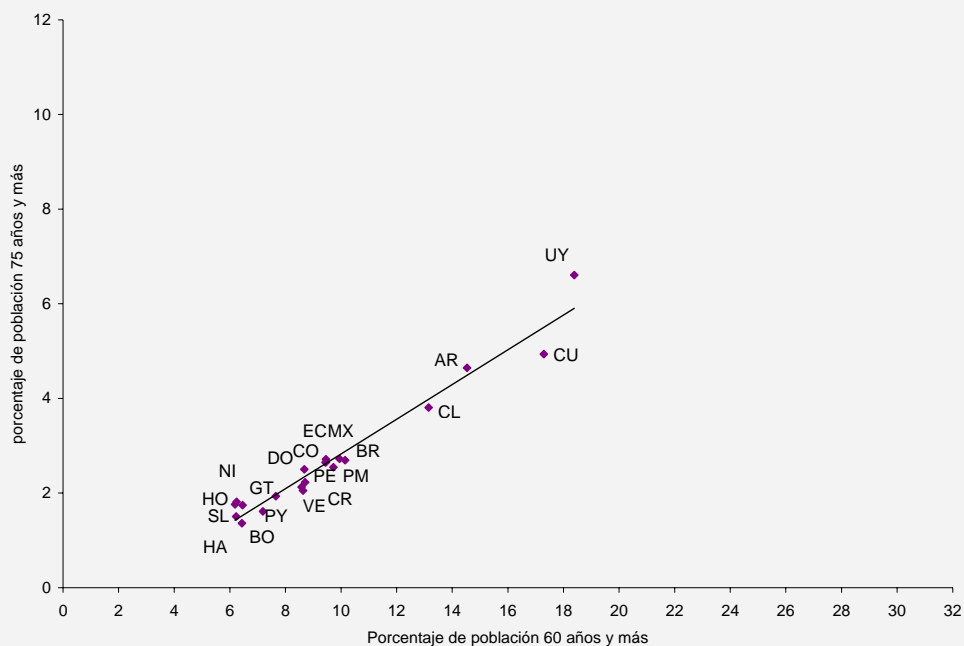
Un tercer elemento a considerar para analizar la disponibilidad de cuidadores y su capacidad efectiva de brindar asistencia son las diferencias generacionales. La evidencia sugiere ciertos patrones de comportamiento demográfico en relación al cuidado entre las distintas cohortes, debido a que dentro de la población adulta mayor el grupo que crece más rápidamente es el de 75 años y más (véase el recuadro V.3).

Recuadro V.3 EL ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

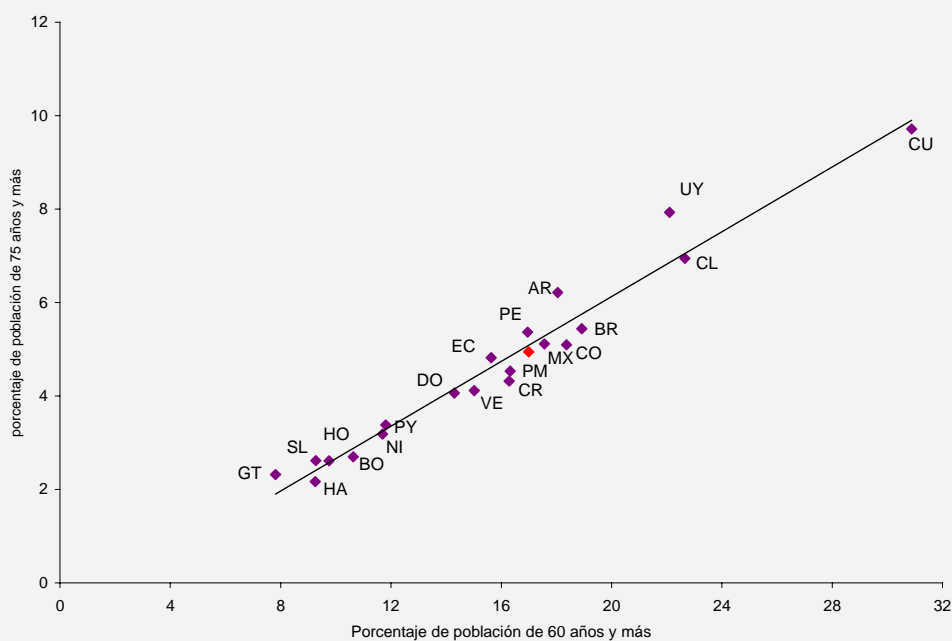
El aumento de la esperanza de vida es un signo de desarrollo social y económico, aunque más importante que este incremento es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitaran a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa sería el aumento de los años vividos en condiciones de morbilidad y discapacidad (Naciones Unidas, 2007). En contextos de envejecimiento, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes puede dar lugar a un largo período de mala salud y tener una repercusión notable sobre la calidad de vida y los costos de la atención en salud de las personas de edad, afectando con ello los sistemas sociosanitarios de los países de la región, tanto el tipo de necesidades que deberán atender como los sectores de la población afectados y las respuestas políticas que tendrán que generar.

Más allá de las estimaciones, es evidente que el número de personas que puede necesitar ayuda en su vida cotidiana crece en todo el mundo. En la región, en los próximos 50 años, el incremento de las personas de edad estará marcado por un acelerado envejecimiento interno, dado que la población de 75 años y más es el segmento etario que aumentará más rápidamente. Se espera que la tasa de crecimiento de este grupo se mantenga por encima del de las de 60 años y más durante todo el período 2000-2050. Se proyecta que para 2025 este grupo se duplicará, alcanzando el 4% de la población, y para 2050 bordeará el 9% (CEPAL/CELADE, 2007).

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2010



AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2030



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

La situación es heterogénea entre los países (véase el gráfico V.15). En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más es más elevada que en el resto. Por ejemplo, Cuba y Uruguay están enfrentando las consecuencias del envejecimiento en distintas áreas, tales

como la seguridad social, la salud y la familia. En contraste se ubican aquellos países en una etapa de envejecimiento moderado (Costa Rica, México, Brasil, Perú, entre otros), que están empezando a advertir los efectos de este fenómeno en la demanda por pensiones pero que, en estricto rigor, aún no experimentan tan seriamente las demás implicaciones, emanadas de la necesidad de cuidados de las personas de más avanzada edad.

Mientras, otro grupo en una fase de envejecimiento avanzado, como Argentina y Chile, viven una situación más cercana a la de Uruguay y Cuba, pero su proceso de envejecimiento secundario⁵ no es tan pronunciado como en ellos, aunque sí está creciendo vertiginosamente la demanda por servicios sociosanitarios y sus efectos se empiezan a percibir claramente. Por último, Nicaragua, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y Haití aún son países con una población adulta mayor joven, con porcentajes de personas de 75 años y más muy reducidos. Para 2030 se espera que Cuba continúe teniendo la población adulta mayor más envejecida de América Latina, seguido de Uruguay, Chile y Argentina (véase el gráfico V.16).

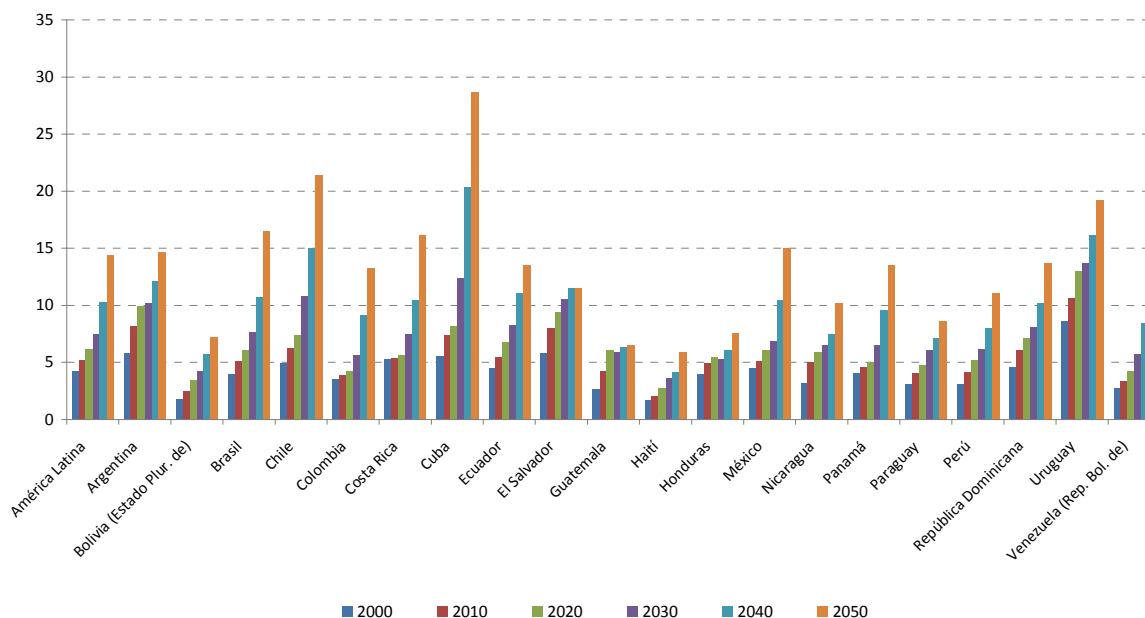
Fuente: S. Huenchuan, M. Roqué y C. Arias, *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (LC/W.263), serie *Documentos de proyecto* N° 263, Santiago, CEPAL, 2009; Naciones Unidas, *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2007; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, *Estimaciones y proyecciones de población*, 2008.

Este cambio demográfico impactará en la razón de apoyo parental (CEPAL/CELADE, 2006a), que surge de la relación entre la cantidad de personas mayores de 85 años y la correspondiente a los adultos de edad media. De acuerdo a las proyecciones, en 2000 la región tenía 4 personas de 85 años y más por cada 100 de entre 50 a 64 años. En 2050 esta cifra se habrá triplicado en siete países, llegando a su valor más elevado en Cuba (29) y Chile (21). De este modo, el aumento de la esperanza de vida impactará directamente en las familias, que habrán de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo, y en las mujeres —las principales cuidadoras—, que irán envejeciendo mientras cuidan a sus descendientes y ascendientes (véase el gráfico V.15).

Sin embargo, la expectativa que las generaciones intermedias presten apoyo social a las personas de edad no siempre se cumple. La solidaridad invertida —hacia los mayores— es un fenómeno nuevo, producto del aumento de la esperanza de vida y del incremento absoluto de personas que viven más allá de los 60 años. Este fenómeno se produce en un contexto de fuerte presión por mantener la independencia de las personas de edad y en el que las formas tradicionales de asegurar el cuidado en la vejez, principalmente a través de arreglos que tienen que ver con la herencia y el patrimonio (Drake, 1994), se han debilitado por distintos procesos, tales como las migraciones, la pobreza o la informalidad del trabajo, los que dificultan la estabilidad para acumular patrimonio y colocan a las personas mayores en una posición diferente a la que tenían algunas décadas atrás (véase el recuadro V.4).

⁵ Se refiere al peso relativo de las personas de 75 años y más sobre el conjunto de la población adulta mayor

Gráfico V.15
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS):
RAZÓN DE APOYO PARENTAL, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

En el caso de los más jóvenes, las ayudas filiales que pueden recibir se basan en que la responsabilidad de soporte social y económico de los padres se encuentra plenamente instalada en las estructuras de reciprocidad familiar. Sin embargo, las presiones económicas y la especialización a las que se ven sometidas las familias en la actualidad las tornan más vulnerables para ejercer sus funciones de seguridad y protección y menos flexibles para satisfacer la necesidad de asistencia que supone el cambio en la composición del hogar a lo largo de su ciclo (Carbonero Gamundí, 2007).

Más allá de las diferencias de género y generacionales, los cuidados expresan también la desigualdad. En tiempos de crisis, los hogares que cuentan con recursos económicos suficientes pueden pagar por el cuidado de sus miembros dependientes, e incluso hacerlo a un valor inequitativo para las trabajadoras. En cambio, los hogares pobres se pueden ver enfrentados a una doble disyuntiva: dedicar los recursos humanos disponibles al cuidado de los miembros dependientes o movilizar sus activos, principalmente a través de dos estrategias: la migración o la inserción de las mujeres en el mercado laboral, generalmente en condiciones desventajosas, o ambas (Sunkel, 2006). Las evidencias muestran que, cualquiera sea la estrategia que implementen estos hogares, el ajuste generalmente supone costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas, o pone en riesgo la posibilidad efectiva de recibir el cuidado que requieren quienes lo necesitan, o ambas cosas (Esplen, 2009).

De este modo, la posibilidad de determinados grupos sociales de recibir cuidados está estrechamente relacionada, por una parte, con una posición que suele estar fuertemente determinada por factores externos, y por otra, con la disponibilidad de una infraestructura de cuidado que resuelva la atención de los que requieren asistencia y facilite el desarrollo de las funciones a quienes la prestan.

Ante este escenario, diversos organismos internacionales han advertido que sus implicaciones sociales y económicas dependerán de los arreglos institucionales específicos de cada país, esto es, de la capacidad que tienen los sistemas institucionales públicos y privados de brindar servicios (OCDE, 2000). Ello afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en los que se enmarca en la actualidad la división sexual y etaria de las tareas de cuidado (Aguirre, 2007).

Recuadro V.4 LA TRANSNACIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

Las proyecciones demográficas muestran que en la Unión Europea se producirán más muertes que nacimientos a partir de 2015 y que la población económicamente activa disminuirá progresivamente entre 1 y 1,5 millones al año (Aréchaga, 2008). Además, el índice de dependencia por vejez aumentará notablemente, del 25% actual al 54% para 2060 (Bazo, 2008). En este marco, la mayor demanda de cuidado y de población activa en los países desarrollados opera como factor de atracción de flujos migratorios.

Aunque el análisis se ha centrado fundamentalmente en los movimientos migratorios desde el sur hacia el norte, estos también se han producido entre los países del sur, y fundamentalmente hacia aquellos con ingresos medios que han actuado como importantes polos de atracción (Koffman y Raghuram, 2009). En ambos casos, gran parte de las personas que emigran se emplean en los países de destino dentro del sector de los servicios, que incluye las actividades domésticas y el cuidado de los niños y las personas mayores dependientes, dando lugar a un proceso de *transnacionalización del cuidado*. En el año 2000, el 53,9% de los latinoamericanos que residía en España estaba empleado en ese sector. Las mujeres son las que fundamentalmente se trasladan a países dentro y fuera de la región para realizar este tipo de trabajos, como parte de una estrategia familiar orientada a mejorar sus condiciones de vida (CEPAL, 2006b).

De este modo, las actuales migraciones internacionales impactan la oferta y demanda de cuidados tanto en el nivel individual y familiar como global. Con frecuencia, las migrantes son madres que deben dejar a sus hijos al cuidado de otras personas para dedicarse a estas mismas tareas en el extranjero. Al respecto, del total de mujeres nicaragüenses que desempeñaba actividades domésticas en Costa Rica en 2000, el 72% tenía hijos. En el caso de las peruanas que se encontraban trabajando en Chile esta cifra era aún mayor, alcanzando el 85% en 2002 (Cortés Castellanos, 2005). Cuando las migraciones impiden la co residencia con los padres mayores o con los hijos aún dependientes, o con ambos, disminuyen sus posibilidades de recibir cuidados. En el caso de los niños son sobre todo los abuelos quienes se hacen cargo de un modo más permanente de su crianza una vez que la madre se ha trasladado.

Aunque quienes migran no pueden brindar apoyo cotidiano a sus familiares, en general mantienen el contacto con ellos y periódicamente les envían remesas que constituyen aportes fundamentales para la economía familiar. En México, el 20% de las parejas de personas mayores que vivían solas en 2003 recibía remesas nacionales o internacionales que representaban el 12,5% de su ingreso mensual, mientras que para las personas de edad que residían en el hogar de sus hijos constituían la sexta parte de sus ingresos (López Ramírez, 2008). Los países de la región concentran la mayor cantidad de remesas en el mundo, habiendo superado los 40.000 millones de dólares en 2004 (CEPAL, 2006b).

El hecho que las mujeres migrantes habitualmente residan en los mismos hogares en los que prestan servicios les permite incrementar los ahorros para efectuar envíos de dinero. Sin embargo, aunque beneficiosa en este sentido, esta situación puede resultar negativa porque propicia un trabajo de tiempo completo, con la sobrecarga que ello supone (Rico, 2006).

La transnacionalización del cuidado puede tener un saldo positivo, tanto en el nivel demográfico como en el económico. En la esfera familiar e individual, puede beneficiar a quienes se trasladan, a sus parientes y a las personas que reciben los cuidados en las comunidades de destino. Sin embargo, también plantea ciertos riesgos. Por una parte, estos flujos migratorios implican la reorganización del cuidado en los países de origen y tienden a incrementar la demanda en contextos menos preparados para brindarle una respuesta satisfactoria. Por otra, puede agudizarse una vulnerabilidad previa en las personas que migran y provocar situaciones de explotación y violación de sus derechos. Por estas y otras razones la CEPAL ha insistido en la necesidad de desarrollar medidas de protección de los migrantes en el contexto internacional (CEPAL, 2006b).

Fuente: I. Aréchaga, “Cómo afrontar el crecimiento de la población: el futuro demográfico en Europa”, *La Gaceta.es*, edición del 21 de diciembre de 2008, [en línea], <<http://prensa.palabramayores.net/?p=516>>; M.T. Bazo, “España: envejecimiento poblacional, economía y bienestar”, 2008, [en línea], <<http://prensa.palabramayores.net/?p=263>>; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006b), *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe* [LC/G 2303 (SES. 31/11)], Santiago; P. Cortés Castellanos, *Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*, Serie Población y Desarrollo, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago, CEPAL, 2005; E. Koffman y P. Raghuram, *The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South. Social Policy and Development Programme*, Paper 41, Geneva, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2009; A. López Ramírez, “Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México”, revista *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 23, N° 3 (69), México, D.F., El Colegio de México, 2008; M.N. Rico, “Las mujeres latinoamericanas en la migración internacional”, ponencia presentada en el Seminario internacional “Las mujeres trabajadoras inmigrantes y sus aportes al desarrollo del país de acogida y de origen”, II Foro Social Mundial de las Migraciones, Madrid, 22 al 24 de junio de 2006.

3. La maduración del ciclo de vida familiar y su impacto en la demanda de cuidado

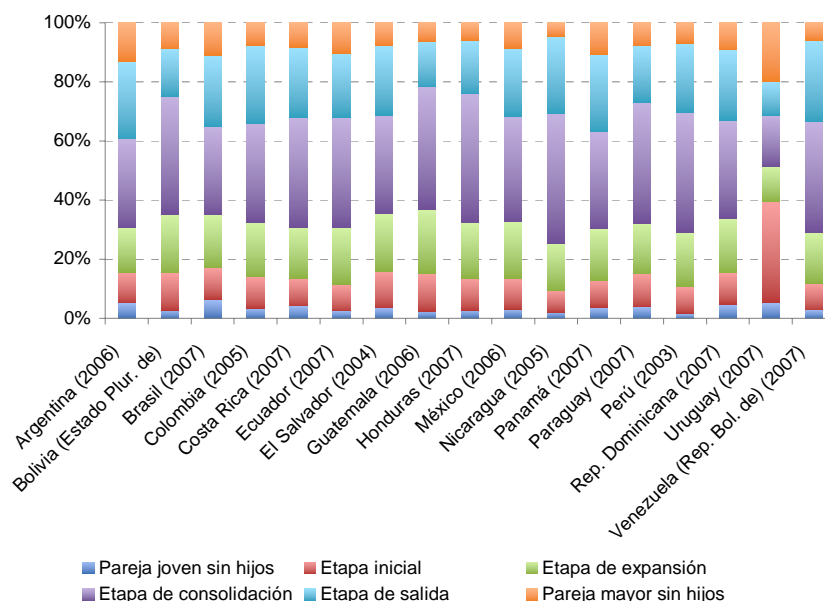
El ciclo de vida familiar alude a las etapas por las que atraviesa la familia. Cada etapa cambia su composición y enfrenta distintas tareas que implican diversas modalidades de organización (Huenchuan y Guzmán, 2007). Se trata, por lo tanto, de una variable que permite la segmentación de los individuos en función de la etapa evolutiva en que se encuentra el hogar en que vive. Así, por ejemplo, del ciclo de vida familiar depende el perfil de las necesidades de sus miembros y las posibilidades de responder a ellas. En este marco, el cuidado es solo una de las tareas que se organizan al interior de la familia.

La familia no es una estructura homogénea con un comportamiento estable, sino una organización relacional muy compleja en la que hoy dos, tres o más generaciones tienen que adaptarse simultáneamente a los cambios en el ciclo de vida familiar. La continuidad de la familia queda asegurada precisamente por el carácter multigeneracional de este sistema —incluso más allá de su estructura—, lo que implica una diversificación de los niveles y las formas de las demandas y, por cierto, de los roles asignados a sus miembros (Espin, 2009).

Una perspectiva regional construida a partir de las encuestas de hogares disponibles para 17 países alrededor de 2007 muestra que más del 50% de las familias atravesaba las etapas de consolidación y expansión (véase el gráfico V.16). Las primeras (18%) correspondían a aquellas cuyos hijos mayores tenían entre 6 y 12 años

—con independencia de la edad del menor—, y las segundas (36%) tenían hijos de entre 13 y 18 años, o bien la diferencia de edad entre los mayores y los menores se encontraba entre los 12 y los 15 años.

Gráfico V.16
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Se trata de familias con necesidades de cuidado diferentes. Aquellas en la fase de consolidación estarían haciendo frente a una demanda de ayuda moderada por parte de los hijos, pues ya han superado la etapa más intensa del cuidado de los niños pequeños (los menores de 6 años); las familias en expansión, en cambio, han dejado atrás la demanda más aguda de asistencia en la infancia. También es probable que en esta etapa del ciclo de vida familiar se concentre la mayor proporción de familias reconstituidas, dado que las grandes distancias de edad entre los hijos mayores y los menores podrían ser consecuencia, en algunos casos, de la existencia de nuevas uniones con hijos pequeños.

Siguiendo la misma trayectoria, las familias que se ubicaban en la fase de salida eran igualmente numerosas. El 22% del total correspondía a núcleos en los que los hijos menores tenían 19 años o más, y algunos de ellos estaban próximos a formar otras familias. En ellas los progenitores se enfrentan a nuevos acomodos, que involucran no solo cambios fisiológicos debido a su edad, sino también la adaptación a nuevos roles — el de jubilados, viudos o abuelos—, y también a hacer frente a las necesidades de apoyo y asistencia que se irán acentuando con el transcurso del tiempo.

Como se observa, el mayor cambio que se ha producido en la última década es la paulatina maduración del ciclo en que se ubican las familias latinoamericanas. Las etapas de salida y de pareja mayor sin hijos fueron las únicas que aumentaron entre el 1997 y

2007, y en todos los países —exceptuando el Uruguay y el Estado Plurinacional de Bolivia— aquellas que se encuentran en la etapa inicial disminuyeron. Ello es un efecto directo del proceso de envejecimiento, que se hace más evidente a escala del hogar, donde se aprecia una importante presencia de personas de edad, con independencia de la etapa de la transición demográfica que atravesase el país (Huenchuan, 2009).

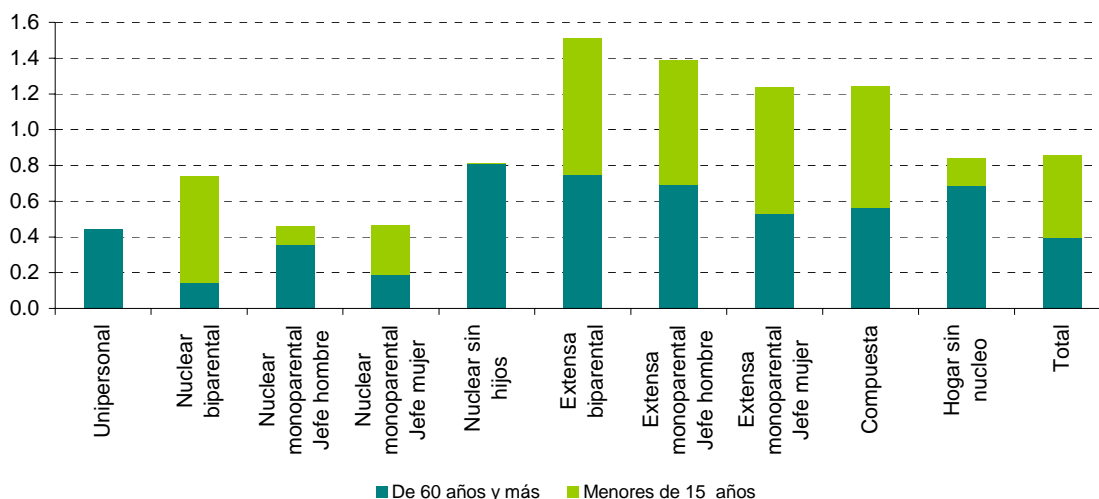
Lo anterior significa que, cuando se analiza el cuidado a escala del hogar, la composición de la demanda refleja las transiciones inherentes al ciclo de vida familiar, siendo el fenómeno del envejecimiento el que más afectará en lo inmediato —e incluso más allá de la baja de la fecundidad— a las familias y a quienes brindan apoyo, tanto de manera positiva —la transmisión intergeneracional de los recursos— como negativa —el aumento de la carga de cuidado cuando no existen posibilidades de ayuda institucional—.

Lo anterior se puede observar también en la evolución de los hogares sin miembros en edades extremas. Durante el período 1997-2007 en 11 países de la región los hogares sin niños se mantuvieron sin variación y no aumentaron su participación en el conjunto de las formas familiares. En cambio, los hogares sin personas de edad disminuyeron, en promedio, en un 6%. Esto significa que, en el transcurso de la última década, las familias con miembros de edad avanzada se incrementaron, y en varios países ese aumento fue más pronunciado que el promedio regional —Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela—. El caso más extremo es el de Brasil, donde decrecieron en un 10% los hogares sin personas de edad mayor y, como consecuencia, más de la mitad de las familias tenía miembros de 60 años y más en 2007.

De la misma manera, cuando se analiza el número promedio de miembros del hogar según dos grupos de edades relativamente extremas (menores de 15 y de 60 años y más) se observa que ambos grupos tienen una importante presencia en todos los tipos de familias, y en el caso de las personas de edad ello ocurre sobre todo en los nucleares sin hijos y extensos biparentales (véase el gráfico V.17). La primera categoría puede corresponder a familias de personas mayores cuyos hijos han constituido sus propios hogares, y las familias extensas a aquellas en que conviven varias generaciones que incluyen a nietos y abuelos. Por otra parte, como se observa en el gráfico V.19, los hogares unipersonales también muestran un cierto envejecimiento en su composición. Parte de ellos pueden estar compuestos por personas de edad que disponen de suficientes recursos económicos para vivir solas: mientras que otros puede tratarse de personas mayores sin familia y que dependen fuertemente de la asistencia externa⁶.

⁶ En Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), organismo dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social, atiende a personas de edad altamente vulnerables y desprovistas de apoyo. La mitad de la población asistida tiene más de 75 años, principalmente mujeres en condición de viudez que viven solas, no tienen cobertura previsional ni de salud y sufren patologías crónicas o discapacidad, a las que se les prestan servicios tan esenciales como ayuda para acostarse y levantarse, vestirse, preparar y dar alimentos, entre otras (Roqué, 2009).

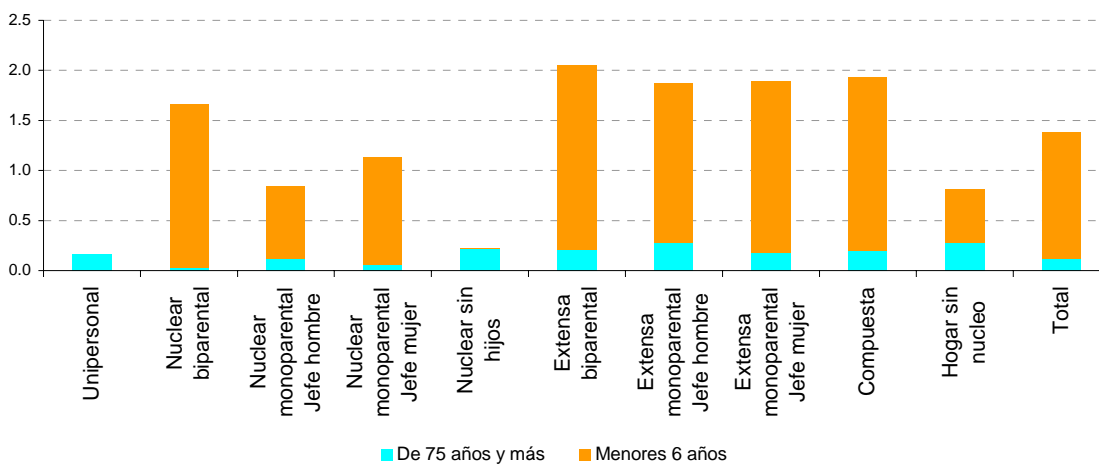
Gráfico V.17
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): CANTIDAD PROMEDIO
DE MIEMBROS MENORES DE 15 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS,
SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los países.

^a Los miembros con necesidades intensivas de cuidado corresponden a los de 75 años y más y a los menores de 6 años

Gráfico V.18
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): CANTIDAD PROMEDIO
DE MIEMBROS CON NECESIDADES INTESIVAS DE CUIDADO,
SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007^a



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los miembros con necesidades intensivas de cuidado corresponden a los de 75 años y más y a los menores de 6 años

No obstante lo anterior, un análisis más pormenorizado de la composición de los hogares revela que las estructuras familiares que hoy en día se enfrentan a presiones más intensas de la demanda de ayuda son las extensas —en todas sus formas— y las compuestas

(véase gráfico V.18). En todas ellas la cantidad promedio de miembros que precisaría cuidados intensivos llega a dos personas por núcleo, cifra elevada si se considera la tendencia a la reducción del tamaño de las familias latinoamericanas, sobre todo en aquellos países con una transición demográfica más avanzada (Sunkel, 2006). Algunas de estas estructuras familiares corresponden a aquellas que tradicionalmente han sido las más afectadas por la pobreza. A modo de ejemplo, es posible citar que en 2007 las familias extensas monoparentales con jefatura mujer concentraban la mayor proporción de hogares en el primer y segundo quintil de ingresos y ello puede ser el resultado del menor número de aportantes y de los menores ingresos que en promedio reciben las mujeres que trabajan (Arriagada, 2007), quienes a su vez deben responder a una elevada carga de cuidado en sus propios hogares.

Ante estas y otras limitaciones que se han tratado en el capítulo anterior, las familias movilizan un conjunto diverso de recursos económicos, sociales y culturales para crear nuevas estrategias de género, generacionales y de parentesco destinadas a afrontar los retos, las cargas y las oportunidades del cuidado (Castells, 1999). Sin embargo, no siempre cuentan con la flexibilidad y la autonomía suficientes para realizar las adaptaciones que les exigen la vida moderna y las obligaciones de solidaridad familiar.

Como contrapartida, los marcos normativos generales y específicos de los países de la región, así como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia, muestran una creciente *familiarización* de los riesgos asociados al cuidado. Esto implica la privatización de la ayuda y la concentración en las familias de la responsabilidad por el bienestar y la satisfacción de las necesidades vitales de sus miembros. Ello amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que prestan asistencia, dada la distribución desigual de los recursos según el origen familiar o social.

En este escenario, el cuidado y sus consecuencias obligan a replantear la protección social en el marco de una solidaridad integral, toda vez que hay personas que necesitan una protección particular para reforzar o sustituir la capacidad de autocuidado —los niños— o para favorecer una situación normal de independencia —las personas de edad y con dependencia por razones de salud—. En tal sentido, y tal como se trata en el próximo capítulo, para avanzar en las reformas dirigidas a incorporar el cuidado como un nuevo pilar de la protección social, surgen tres principios imprescindibles: la igualdad —de género y socioeconómica—, la universalidad de las políticas y programas y la solidaridad entre las generaciones.