

ENVEJECIMIENTO Y SALUD:

De la necesidad de cuidados al derecho a una muerte digna

Entrevista con María Ángeles Durán



María Ángeles Durán Heras (Madrid, 1942)

ha desarrollado gran parte de su vida académica como profesora de investigación en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en cuyo Centro de Ciencias Humanas y Sociales continúa actualmente como doctora *ad honorem*. Se licenció en Ciencias Políticas y Económicas por la Universidad de Madrid (1964) y se doctoró en Ciencias Políticas por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) en (1971), continuando su formación post-doctoral como *visiting scholar* en el Institute for Social Research (Ann Arbor, Michigan) en 1973, becada por la Comisión Fulbright. Catedrática de Sociología, ha ejercido docencia en varias universidades. Entre otras, la Complutense, la Universidad de Zaragoza, la Universidad de Granada y la Autónoma de Madrid (UAM). En esta última, fue fundadora y primera directora del Instituto de Estudios de la Mujer en, así como de la cátedra UNESCO de políticas de igualdad. Ha realizado estancias de docencia e investigación en la Pontificia Universidade Católica de Rio de Janeiro (1981), University of Cambridge (1988 y 1997), University of Washington, Seattle (1989), el Instituto Europeo de Florencia (1997), el Colegio de España en París (2004) y la Universidad Autónoma de México (2013). Recibió el Premio Nacional de Investigación «Pascual Madoz» en Ciencias Económicas, Sociales y Jurídicas en 2002, y la Medalla de Oro al Trabajo en 2005. Ha recibido el doctorado Honoris Causa por las Universidades de Granada, Valencia y la

ILUSTRACIÓN: Olivia Torres

Universidad Autónoma de Madrid. Es autora de numerosas publicaciones sobre estructura social, uso del tiempo, trabajo no remunerado y situación social de las mujeres. Más allá de multitud de artículos y comunicaciones, entre su abundante bibliografía destacan obras como *El Trabajo de la mujer en España* (1972), *Desigualdad social y enfermedad* (1982), *De Puertas Adentro* (1987), *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica* (1996), *La ciudad compartida: conocimiento, afecto y uso* (1998), *Los Costes invisibles de la enfermedad* (2000), *Diario de Batalla. Mi lucha contra el cáncer* (2003), *La investigación sobre el uso del tiempo* (con Jesús Rogero) (2009), *El valor del tiempo* (2011), y *El trabajo no remunerado en la economía global* (2012). Colabora frecuentemente con movimientos sociales y entidades internacionales, entre otras CEPAL, OMS, UNESCO, UNIFEM, OIT, ISA.

En esta entrevista, María Ángeles Durán conversa con el Consejo Editorial de la revista *Encrucijadas* para lanzar una mirada crítica a la actual concepción de la economía en el marco de las sociedades envejecidas, revisar los actuales sistemas de provisión de cuidados y debatir sobre eutanasia y suicidio asistido. La experiencia de la muerte digna se entrelaza con las necesidades y aportes sociales de las personas mayores y la sostenibilidad de los posibles caminos para garantizar la salud y la atención en una vejez cada vez más tardía.

En una entrevista en *EL PAÍS*¹, hace algo más de 3 años, decías que te “jubilabas administrativamente por obligación”, pero que no te veías veinte años haciendo vainica...

Me resulta raro empezar una entrevista preguntando por este tema, pero contesto. Las vainicas son una labor de costura delicada. Antes se suponía que la hacían las mujeres con tiempo libre, que no tenían que dedicarse a una producción inmediata pero que tampoco eran muy útiles para otras cosas. ‘Hacer vainicas’ para mí era el símbolo de estar fuera de juego, pero haciendo algo delicado y medianamente protegido.

Tres años después de la jubilación forzosa, ¿lo seguirías manteniendo?

Sí, sin duda. Tengo en perspectiva proyectos de sobra para los próximos cinco años. Sigo dando seminarios por medio mundo, y disfruto con ello. Creo que mi trabajo es socialmente útil. La jubilación forzosa es eso: un forzamiento. Hay leyes europeas que dicen que por razón de edad no se puede obligar a nadie a jubilarse. En España, desde 2012 en el empleo privado ya es ilegal, pero la gente no lo sabe, y la mayoría tampoco desea continuar trabajando.

Aunque la jubilación sea forzosa, como en la Administración Pública, no está prohibido seguir trabajando. Lo que sucede es que en ese caso se pierden los derechos acumulados en todos esos años de trabajo previo, se pierde la pensión. Pero si alguna empresa quisiera contratar a un jubilado, con tal de que renunciase

1. Entrevista con Charo Noguera: [“Me quedan 20 años y no me veo haciendo vainica”](#). *El País*, 20-11-2012.

parcialmente a la pensión, podría hacerlo.

Creo que es imposible que las sociedades con un nivel alto de envejecimiento puedan mantener la población con las rentas que se han generado en la época en la que esas generaciones eran activas. Por poner un ejemplo común en España, el caso de alguien que empezase a trabajar con 20 años, no dejase de trabajar ni un solo día y cotizase a tiempo completo hasta jubilarse a los 65, y que luego viviera hasta los 90. Hagamos cuentas. Entre los 65 y los 90 hay veinticinco años, que sumados a los veinte anteriores son cuarenta y cinco, y está trabajando desde los 20 hasta los 65, que también son cuarenta y cinco años. Esto quiere decir que durante el tiempo en que su trabajo esté produciendo plusvalías tiene que reservar al menos la mitad para sostenerse los veinte años anteriores (y si no él sus hijos, sería un préstamo intergeneracional), más los veinticinco años de después. Por lo tanto, cualquier trabajador tendría que estar apartando un fondo de ahorros; o bien por la fuerza, mediante un sistema compulsivo al que le obligue el Estado, o bien voluntariamente, con un sistema de ahorros privado. Tendría que estar apartando el 50 % de todo lo que produzca, solamente para cubrir el periodo de antes y después. Es demasiado, me parece imposible mantenerlo.

En este momento no lo estamos haciendo así porque no tenemos tanta población mayor, pero cuanto más envejecida esté la población, más difícil será obtener recursos para financiar tanto el periodo prelaboral como el periodo postlaboral. Eso suponiendo que no haya habido paro, ni enfermos, ni mujeres que lo dejan por razones de embarazo o que se dedican a atender a la familia... Porque, si aceptásemos que siempre habría una parte fuera del empleo, entonces en lugar de apartar el 50% de lo que produzcamos, tendríamos que estar apartando el 60%, o el 80%. Y vivir en el periodo activo solamente con el 20 o el 40% de lo que produzcamos.

Por otra parte, este mismo proceso de envejecimiento también está siendo determinante en términos de salud; las necesidades de cuidados y de atención sanitaria, tanto formal como informal, están aumentando de una manera exponencial.

Bueno, no tanto como exponencial, porque la población que ahora envejece tiene mejor salud a la misma edad de lo que tenía hace unas generaciones. Pero como conjunto hay que tener en cuenta que la población mayor es muy consumidora de servicios y de necesidades de cuidado. Así que, efectivamente, no solamente es que aumente la población de edad avanzada, sino que las necesidades de la población envejecida son mayores y, por tanto, el conjunto va a necesitar disponer de más recursos para atender a esos cuidados. Aunque simultáneamente, insisto, el nivel medio de salud de la población va mejorando.

Recuerdo que en algún momento, hace muchísimos años, leí que Santa Teresa definía a su madre como una mujer muy anciana y resultaba que la madre tenía sólo 55 años. Y ella la definía como muy anciana, eso me impresionó. Hace poco, en la serie de televisión histórica *Isabel* hubo un episodio sobre el internamiento de La Beltraneja durante unos años a un convento y ella se quejaba : “¿quién va a querer casarse conmigo cuando salga del convento, si ya tendré 26 años? Ya seré vieja y nadie me querrá para esposa”. Lo que son las vejeces y las juventudes es histórico, definido socialmente por cada época.

«Lo primero que necesitamos es cambiar el concepto de Economía. No la entenderemos nunca mientras solo consideremos a las personas mayores consumidores y no grandes productores de recursos»

En la atención de las personas con una mayor necesidad de cuidados, que se prevé aumenten, ¿cuál crees que sería el camino para cubrir esas necesidades de una manera sostenible?

Lo primero que necesitamos es cambiar el concepto de Economía. Cuando hablamos de Economía, habitualmente sólo pensamos en presupuestos monetarios. Si enfocamos el tema de la vejez o de la dependencia desde un punto de vista económico monetario, llegamos a unas conclusiones. Sin embargo, si tenemos una perspectiva mucho más amplia de qué es la Economía, incluyendo también las necesidades y los recursos que no están monetarizados, llegamos a conclusiones muy distintas.

Por ejemplo, las personas mayores con buena salud no producen recursos monetarizados, pero producen muchísimos recursos no monetarizados. Se supone que no son productivos, pero no es cierto. Producen muchos recursos, hasta el punto de que en España tendríamos ahora mismo un nivel de vida mucho peor si no fuera porque esta población está produciendo muchísimo trabajo gratuito, para regalárselo tanto a la generación anterior, como a la misma generación, a los enfermos de las generaciones intermedias y a los niños. Es una generación muy productiva mientras tiene buena salud.

No entenderemos nunca la economía mientras les consideremos nada más que como consumidores de recursos. Tenemos que verles como grandes productores de recursos. Eso sí, son consumidores de recursos monetarios porque ellos no los producen, solamente lo que reciban como pagos postlaborales con sus pensiones. Pero las pensiones son pagos diferidos, no las están produciendo en el momento. Ahora bien, una vez tenido esto en cuenta, y lo he dicho para aliviar una impresión que pudiera parecer excesivamente pesimista, todavía hay que seguir hablando de que habrá que enfrentarse a una demanda creciente de recursos para satisfacer las necesidades de la población que tiene

mala salud, y que requiere unos recursos que si se transforman en dinero son extraordinariamente costosos; y aunque no se transformen en dinero, en cualquier caso, son sumamente costosos para el sector de población que vaya a facilitárselos.

En este momento se está haciendo un gran esfuerzo para mejorar el nivel de salud de la población envejecida y ahí es muy interesante la diferencia entre dos tipos de organización para la salud. Por una parte, la salud medicalizada y, por otra, la orientación más social de la salud. Pasear, comer sano y verse con los amigos contribuye más a la prevención de la enfermedad que tomar pastillas. Estamos demasiado medicalizados. El tipo de médico al que se hace protagonista en los medios de comunicación suele desplegar gran tecnología y propiciar un alto consumo de productos sanitarios. Sin embargo, todavía podemos conseguir muchas mejoras en el nivel medio de salud de la población de edad avanzada a través de los buenos hábitos alimentarios, hábitos saludables de caminar, no fumar, disminuir la contaminación, medidas ambientales amistosas en urbanismo y transporte, en fin, todo aquello que facilita la vida y reduce la angustia provocada por el fenómeno de un envejecimiento tan rápido y tan intenso.

«En la cesta de la compra de todos los valores hemos comprado mucho de prolongación de vida y lo tenemos que pagar con pérdida de otros bienes y de otros valores, como son la libertad de movimientos y el individualismo. Hay que pagar el precio de esa conquista»

¿Queda margen para la esperanza?

Sí. Pero hay que cambiar las prioridades en el sistema sanitario. La OMS lo ha dicho con mucha claridad: "no se trata de darle más años a la vida, sino más vida a los años". Eso significa que el objetivo de durar más tiene poco sentido, es una carrera agónica para prolongar algo que sabemos que es improrrogable. Llega un momento que no se puede seguir aspirando a más, y es insensato pretenderlo. Ahí tenemos una batalla muy fuerte, es una batalla profundísima, con muchas implicaciones morales y políticas.

Hay que reconocer que una nueva necesidad se presenta como resultado de una conquista, es decir, se ha conquistado mayor esperanza de vida y eso tiene un precio. Y el precio que tiene es que vamos a disponer de menos recursos, sobre todo monetarios, pero también de menos recursos de cuidado, porque los recursos no monetarizados dedicados al cuidado hay que repartirlos entre más personas, y algunos sectores de la población serán grandísimos consumidores. Quedará entonces menos tiempo de cuidado para los demás.

De alguna manera hay que reconocer que en la *cesta de la compra* de todos los valores hemos comprado mucho de prolongación de vida y lo tenemos que pagar con pérdida de otros bienes y de otros valores, como son la libertad de movimientos y el individualismo. Hay que pagar el precio de esa conquista.

El otro día estaba leyendo un debate en un número monográfico sobre eutanasia en el que exponían las distintas posibilidades que se ofrecen en relación con la muerte en los países europeos: desde que sea el sujeto quien decide el momento de morir hasta que esté absolutamente penalizada tanto la decisión individual como cualquier ayuda al sujeto individual que quiera irse, que quiera morir. Esa es una línea de batalla muy dura, muy difícil, pero que está sobre el tablero. Hemos tenido hace poco los casos de la niña gallega², el de la denuncia al Doctor Montes³, varias películas que han impactado la opinión pública, asociaciones muy activas de signo opuesto... Pero es un cambio que se impondrá antes o después.

Desde el siglo XVIII hay en Europa un movimiento constante de reconocimiento del derecho del sujeto a tomar las decisiones en lo que le afecta. Y esto ha crecido mucho y se ha puesto en práctica en el ámbito político, pero en algunos otros ámbitos tropieza con una barrera muy alta, que yo creo que sobre todo es histórica. Es histórica porque refleja el miedo al mal uso de esos derechos; pero en algún momento va a ser más potente la reivindicación ciudadana para que, llegadas ciertas circunstancias, el sujeto tenga derecho a elegir si quiere seguir viviendo o quiere irse. De eso no tengo ninguna duda. Pero para que eso se convierta en una demanda ciudadana debe haber una fase previa de creación de opinión, en el sentido de que quien lo pida no esté siendo tratado como una persona que va contra la moral o que produce daños a los demás.

Para que se exprese un movimiento hace falta una fase previa de generación de opinión, los gobiernos pueden hacer mucho para frenarlo o para adelantarlos. Hay organizaciones sociales que pelean activísimamente en contra y otras menos poderosas que pelean a favor. ¿Cuánto puede influir sobre la demanda y el tipo de cuidados que sea más o menos libre el momento de irse? Pues probablemente en algunos sitios no va a influir casi nada, porque todavía la gente no atraviesa las fases finales de enfermedades muy desgastantes. En otros sitios, en cambio, sí ha llegado el momento porque hay mucha gente que sabe muy bien cuál es la trayectoria que les espera y no se consideran obligados a padecerla hasta el final.

2. Andrea, una niña de 12 años con una enfermedad terminal desde los nueve meses a la que la familia pedía retirar el soporte vital.

3. Luis Montes, presidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente desde 2009. En 2005, a raíz de dos denuncias anónimas que acusaban de sedaciones terminales ilegales en el Hospital Severo Ochoa de Leganés comenzó un proceso judicial que se extendería hasta el sobreseimiento definitivo en 2011.

Hace un momento has mencionado el debate sobre la eutanasia, un tema central en la redefinición de las prioridades en el campo sanitario. Entrando en sus implicaciones morales y en la perspectiva comparada entre distintos estados en los que existe una legislación más abierta (Holanda, Bélgica, Oregón...), ¿se puede concluir que la regulación de la eutanasia revierte en más derechos para los pacientes o sin embargo podría favorecer el poder de la decisión médica?

Hay todas las opciones posibles. Se puede estar pensando en el sujeto, y se puede estar pensando en proteger al médico. Ahora es muy frecuente que los médicos piensen que están poco protegidos, porque hagan lo que hagan alguien puede denunciarles. Hay salidas legales de muchísimos tipos. Hay debates en algunos países sobre si se hacen cambios legislativos para hacer más sencilla la toma de decisiones. Por ejemplo, en Francia ha habido cambios recientemente para que los padres puedan decidir sobre sus hijos menores en ciertas circunstancias. En otros sitios el debate está en las personas que pierden la capacidad de razonar, enfermos mentales o personas que han perdido esa capacidad sin haber hecho previamente un testamento que refleje sus preferencias.

Otro tema importante es el del cambio de opinión, cuando una persona que hubiera tomado una decisión en un determinado momento, después la quisiera cambiar. Se le puede poner muy fácil o muy difícil. El peso que se le dé a los sujetos que no son el propio sujeto variará en cada país. Se puede imponer un asesoramiento religioso o un asesoramiento ético, o solamente un asesoramiento médico-técnico. Dentro de los médicos, es muy distinto según se requieran psiquiatras o psicólogos, o que solo sean de otra especialidad previamente definida. Soluciones hay muchísimas y muy variadas, y no creo que todos los países vayan a evolucionar en la misma dirección porque, de hecho, ya lo están haciendo en direcciones bastante diferentes.

Otro tema también es la opinión pública, como has reflejado en tu artículo sobre la calidad de la muerte como calidad de vida, y, como apuntan la mayoría de estudios de opiniones y actitudes ante el derecho a una muerte digna en España⁴, es que la población se posiciona de una forma mucho más abierta de lo que permite la legislación.

Y desde hace muchos años, además. Recuerdo que ya en las encuestas de hace treinta años aparecía una disociación entre la opinión pública y la Ley.

La opinión pública, lo que mide son opiniones relativamente simples. He visto hace poco, por ejemplo, un estudio con un cuestionario complejísimo sobre

4. Durán Heras, María Ángeles. 2004. "La calidad de la muerte como componente de la calidad de vida" en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* nº 106, págs. 9-32. También otros estudios, como los producidos en el marco del proyecto sobre "La calidad en el morir. Aportaciones empíricas analíticas para un difícil debate" del IESA-CSIC apuntan en la misma dirección. Por ejemplo; María Ángeles Molina Martínez y Rafael Serrano del Rosal. 2014. "Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿hacia qué modelo se dirige la opinión pública?" en *Arbor*, 190 (769): a174.

estos temas. Yo dudo que un entrevistado normal sea capaz de contestar. Me imagino a una persona de 60 años o una persona de 20 que no haya tenido cerca el tema nunca, o no lo haya estudiado, sobre todo que no lo haya vivido. O que no tenga costumbre de expresarse con esa sintaxis complicada que son los condicionales. En la vida real las situaciones nunca son simples.

En mi artículo *La calidad de la muerte como componente de la calidad de vida* puede verse que muchas encuestas son simples y el modo de medir influye. El legislador, en cambio, generalmente se plantea temas más complejos, y suele llegar a conclusiones pactadas entre distintos grupos parlamentarios que tienen que hacer componendas para conseguir el máximo o el mínimo, que tienen que formar coaliciones: “yo quito este aspecto de la ley pero a cambio me apoyáis en este otro”. Las leyes son resultado de compromisos políticos y de pulsos con la opinión pública. Tanto en España como en otros sitios hay grupos contrarios a la eutanasia porque mantienen la idea de que la vida de un sujeto no le pertenece a sí mismo.

«El propio concepto de muerte digna se utiliza como un modo indirecto de nombrar los derechos de salida. Lo indigno puede ser vivir en ciertas condiciones, pero morir... La muerte nos hace a todos en cierto modo puros y dignificados»

Un aspecto curioso que se puede analizar en el estudio del CIS de 2009⁵ es la relevancia de las formas de nombrar las medidas clínicas. Por ejemplo, ante una misma pregunta: ¿debería establecerse, o debería permitirse por ley en España el derecho a la muerte digna? En relación a la opinión, la respuesta varía bastante si se introduce el término ‘suicidio médicamente asistido’ o ‘eutanasia’, siendo más favorable cuando se plantea el escenario clínico que implican estas medidas.

Esto demuestra lo importante que son las meras palabras. Basta con llamarlo de una manera u otra para provocar en el entrevistado una reacción distinta. Si se le pregunta a los entrevistados cuál es la diferencia entre muerte digna y eutanasia, la mayoría no saben responder. Si se le describe una situación y se le pregunta: esto qué es, ¿muerte digna o eutanasia? No lo va a saber. Es un tema complejo, lleno de matices. En cualquier caso, aunque sean datos muy simplificados, son datos valiosos, y los resultados de encuestas muy diferentes van en general en la misma línea.

Durante mucho tiempo hemos tenido alternancia entre PP y PSOE en el gobierno. Cuando ha gobernado el PP, no ha tenido ningún interés en tratar este tema porque una parte de sus electores y, sobre todo, de las organizaciones afines y

5. Estudio CIS nº 2803 “Atención a pacientes con enfermedad en fase terminal” ([enlace](#))

del propio partido, tienen un ideario que no encaja en esta idea. No se ha podido oponer a lo que dicen algunas organizaciones católicas con mucha presencia ideológica en España, que le apoyan políticamente. Por parte del PSOE ha habido muchos años en los que la victoria no ha sido arrolladora y tenía que alcanzar pactos. Y si inicialmente el PSOE tocaba el tema, después tenía miedo a perder algunos apoyos cruciales. Por otra parte, los que van a morir no salen a la calle a protestar y reivindicar derechos, y sus familiares tampoco están en condiciones de hacerlo. Ninguno de los dos partidos ha querido comprometerse a fondo con ese tema. No lo han priorizado o no se han querido arriesgar por la posible pérdida de votos. Insisto que no es lo mismo la opinión pública que el electorado, ni el electorado que los parlamentarios que están tomando decisiones. Algunos políticos han hablado muy a favor de la regulación de la muerte digna. Pero es que el propio concepto de muerte digna se utiliza como un modo indirecto de nombrar los derechos de salida. Lo indigno puede ser vivir en ciertas condiciones, pero morir.. La muerte nos hace a todos en cierto modo puros y dignificados.

Se trata de ver si la dignidad se corresponde con la voluntad individual del sujeto de decidir cómo quiere morir. Pero hay muchas nociones de dignidad. Entendemos que el debate viene más sobre otras cosas.

Es un debate sobre el alcance de la voluntad individual.

La voluntad y también quién es el sujeto político. Has comentado el clivaje opinión pública-política. La diferencia de opinión se determina también por los sectores que piensan que la vida no la dispone el propio sujeto, que la dispone una instancia más alta. Pensando de nuevo en ese estudio del CIS de 2009, que por cierto tiene también las transcripciones del estudio cualitativo previo, a partir de este estudio parece surgir la hipótesis de que la propia experiencia de la salud propia o de la muerte de personas cercanas podría condicionar más este tipo de experiencias que otras variables más sociológicas como la religiosidad o el hábitat, pero los datos que resultan del cuestionario indican lo contrario.

Los grupos de discusión no son representativos. Las cuestiones de muestreo no se pueden resolver con grupos de discusión. Sirven para dar ideas y para refinar conceptos, pero no se pueden tomar como muestra representativa, porque no es su objetivo. En cualquier caso, la experiencia de la muerte... yo creo que la muerte cercana afecta mucho. Es un elemento muy importante, pero ¿cuánta gente ha tenido experiencia cercana del tipo de muerte que hace desear terminar pronto con la vida? Afortunadamente, no tanta.

En los estudios que he hecho de tipo cualitativo, con entrevistas en profundidad, aparece con mucha frecuencia, muchísima, que personas que han sido cuidadoras de una persona que ha tenido un deterioro muy prolongado dicen: "yo no querría que mis hijos tuvieran que sufrir lo que yo he sufrido cuidando a mi madre", o

“yo no querría para mí el final que ha tenido mi madre”. Eso es frecuentísimo, y en personas de condiciones muy diversas. Ahora bien, cuántas personas han pasado por esta experiencia próxima del cuidado de enfermos en circunstancias muy adversas, no lo sé.

Dentro de la encuesta, eran muy pocos.

Los que tenían una experiencia inmediata y directa...

Sí. Por eso tampoco es significativo. Pero independientemente de que fuera significativo o no, la religiosidad determinaba en gran medida la experiencia cercana a la muerte de familiares. En la experiencia cercana de familiares apenas se notan diferencias, la probabilidad de estar en contra era de 27 a 1 en un católico practicante frente a un ateo.

Es muy interesante analizar el concepto de resignación. La resignación como valor organizativo de la convivencia frente a la rebelión, o frente a la innovación y el deseo de cambio. La resignación como aceptación de una situación dada, produce estabilidad. En muchísimas entrevistas hechas a enfermos y a cuidadores de enfermos aparecen expresiones como “no podemos hacer otra cosa”, “hay que resignarse”, “es lo que nos ha tocado”, “es lo que se nos ha enviado”... Eso es poco compatible con una actitud política más volcada hacia el cambio.

A mí me ha llamado la atención, por ejemplo, que muchos temas de este tipo no han salido en la campaña electoral⁶ de los grupos más innovadores, como si no tuvieran importancia política. Sin embargo, a mí me parece que tiene una importancia política máxima.

Efectivamente, en los programas electorales de todos los partidos apenas tocan el tema.

En cualquier caso, vale la pena resaltar que en los últimos veinticinco años, por una parte, hay mucha más conciencia del tema y, por otra, han mejorado mucho los cuidados paliativos. No había casi nada, ahora no está todavía bien resuelto porque siguen siendo insuficientes, pero la presencia del tema y la dotación para atender solicitudes o necesidades de ese tipo ha mejorado mucho.

Y también las voluntades anticipadas.

Sí, pero no está funcionado tan bien como podría. A mucha gente le da susto hacerlo, lo retrasa. Igual que no hace testamento porque cree que hacerlo es como llamar a la muerte, un sentimiento supersticioso.

Poca gente expresa todavía sus voluntades anticipadas. También es cierto que no era muy fácil inscribirla, y la gente teme que los archivos no estén coordinados, que de nada le sirva haber hecho una declaración explícita si la muerte le llega en otro lugar. Queda mucho por mejorar para que la voluntad de cualquier

⁶. Campaña electoral de las elecciones generales de 20 de diciembre de 2015.

persona pueda expresarla fácilmente sin temor, sin coacciones y que, además, sea conocida por los demás y se lleve a la práctica.

A colación de la dificultad de plantear medidas o prioridades de cara a un cambio más que una resignación, ¿cuál crees que sería el papel dentro de la investigación? Es decir, ¿cuáles serían los métodos y las métricas para realmente saber cuáles son las necesidades? No únicamente en el tema de la muerte sino también en dependencia.

A mí me parece un tema importantísimo. Hay dos grandes temas: la demanda y la satisfacción de la demanda, que podríamos llamarlo consumo y producción, si lo queréis ver de otra manera. Conocer la demanda futura con anticipación requiere tener buenas proyecciones demográficas y un buen conocimiento de los índices de enfermedad que corresponden con cada nivel de edades. Y, aún más complejo, por sexo y por zonas, porque no son iguales en todas las regiones. Lo primero sería conocer con anticipación la demanda previsible.

La segunda parte sería conocer quién va a satisfacer la demanda. Aquí aparece un tema crucial, que es el contrato político no explícito entre las diversas generaciones y entre los hombres y las mujeres. Entra también, inevitablemente, la internacionalización, un tema del que estaría hablando horas y horas con muchísimo gusto. El cuidado es ilegal o ilegal casi siempre, ¿por qué? Porque en el mundo capitalista desarrollado, en el que precisamente para evitar los abusos contra los asalariados hay una complejísima legislación laboral, solamente los trabajos que producen una plusvalía mayor que los mínimos legales del asalariado pueden ser contratados legalmente.

En un país como España, donde hay una legislación laboral estricta, hay que sumar al salario los costes de la seguridad social y los impuestos. Además hay costes de otro tipo, por ejemplo, ocupación de espacio, calefacción... costes indirectos de producción. Esto es lo primero que cuesta un empleo. El precio de producción del servicio no puede superar lo que el mercado está dispuesto a pagar. Y además tiene que producir una ganancia que compense al empleador. Si el mercado está dispuesto a pagar por los servicios de cuidado, contrata trabajadores. De lo contrario, no.

Y los demandantes de cuidados, ¿quiénes son? Los demandantes de cuidados son enfermos, niños y personas mayores. Muchas veces nos olvidamos de los niños; es imposible que ellos paguen por sí mismos, en principio necesitan unos padres que paguen por ellos. En cuanto a los enfermos, o paga por ellos un seguro público o privado, o gastan el patrimonio previamente acumulado. En cuanto a los mayores, ¿qué pueden hacer? Sus recursos son generalmente una pensión, tengamos en cuenta que la máxima apenas supera los dos mil euros, la media es cercana a mil, y quienes más cuidados necesitan suelen tener pensiones muy bajas, son las mujeres mayores que no cotizaron por estar

precisamente dedicadas toda su vida a cuidar de otros. Con una pensión media no puede costearse un cuidador profesional ni un empleado de hogar. Aún en el caso de que el anciano enfermo o gravemente incapacitado pudiese sufragar el coste de un empleado con el salario mínimo, los límites de jornada garantizan que solo cubriría su cuidado durante menos de una cuarta parte del tiempo total de la semana.

Un enfermo que esté realmente muy necesitado de cuidados, que en su mayoría son jubilados, necesita más de una persona al mismo tiempo. Para cubrir individualmente ciclos diarios de veinticuatro horas con trabajadores de jornada legal durante 365 días al año se necesitan cuatro trabajadores y eso no lo puede pagar ningún enfermo o anciano dependiente.

En España lo estamos resolviendo mediante el recurso a las mujeres de la propia familia, a las que se priva de los derechos de los demás trabajadores. La Ley de la Dependencia (2006) fue una de las grandes leyes de la democracia, pero su ambición inicial se ha esfumado. Incluso el pago de la seguridad social que se les estaba ofreciendo a las cuidadoras (el 90 % de los cuidadores con la ley de dependencia son mujeres) se les ha suprimido, de modo que en el momento en que las propias cuidadoras envejezcan están condenadas a la miseria y a la dependencia de la caridad ajena o de los derechos graciables, porque no tienen ningún derecho propio, solamente ayudas que tendrán que solicitar y que les pueden conceder o denegar. Son mujeres en su mayoría también mayores, que fueron educadas en los valores de la resignación característicos de una época anterior.

Pero ahora se da también la situación de que a las mujeres a las que se les pide que hagan el esfuerzo de cuidar están o aspiran a estar en el mercado de trabajo y han sido educadas ya en unos valores distintos. No han sido educadas en la resignación sino en la igualdad. Así que surgen fricciones por todas partes.

El otro día asistí a la lectura de una tesis doctoral⁷ en la que el tema del cuidado estaba expresado fundamentalmente en términos de conflicto, conflicto por el cuidado. Es la primera que conozco con esta orientación.

La segunda vía a la que se está recurriendo para aminorar los conflictos es contratar personas extranjeras, que en los países de origen tienen salarios mucho menores y que aceptan, en muchos casos, condiciones inferiores a las marcadas legalmente. En las condiciones legales, la contratación directa de cuidadores para proporcionar cobertura completa al enfermo o discapacitado solo está al alcance de quienes han acumulado patrimonios importantes o mediante el reparto del coste entre varios familiares.

7. Daniel Prieto Sancho. "Ponerse en el lugar del otro: Un acercamiento cualitativo a las relaciones de dependencia mediadas por el cuidado (Memoria para optar al grado de doctor)". Directores: Mario Domínguez Sánchez-Pinilla, Honorio Velasco Maíllo. Presentada en diciembre de 2015 en la Universidad Complutense de Madrid.

Con la crisis y consecuente pérdida de empleos e ingresos, a las familias de clases medias o bajas que pagaban el cuidado entre varios hogares les ha resultado prácticamente imposible seguirlo pagando.

Existe un gran mercado de mano de obra ilegal, sumergido, que además no tiene solución fácil, porque al precio en que el cuidado es legal la inmensa mayoría de los demandantes solo pueden pagarlo si es subvencionado, o lo que es lo mismo, si se detraen recursos de otro lugar para aplicarlos al cuidado. La esperanza puesta en que el sector del cuidado generase tantos empleos que dinamizase la economía y contribuyese a frenar el desempleo se ha mostrado excesivamente optimista, sobre todo porque no ha motivado a los potenciales trabajadores españoles y la demanda se ha satisfecho principalmente con trabajadores inmigrantes. Aunque estuviésemos en una fase económica expansiva, a medida que aumente por envejecimiento el número de demandantes será más difícil satisfacer sus necesidades. La única solución es un nuevo contrato social en el que la carga del cuidado se redistribuya, pero por ahora esa carga está recayendo básicamente en las mujeres autóctonas no remuneradas.

«Los costes de la falta de conciliación se derivan parcialmente fuera. Por eso importa de los países que tienen unas rentas más bajas los niños ya cuidados, cuando son mayores de edad y pueden incorporarse al mercado laboral»

En este nuevo contrato social, ¿qué tipo de compensaciones o qué tipo de derechos se pueden imaginar para esas personas no provistas de derechos propios?

En teoría, como consecuencia de la Constitución del 78, el artículo 68 del Código Civil se ha modificado para que refleje de modo expreso que dentro del matrimonio tanto hombre como mujer tienen la obligación de compartir las tareas domésticas. Y entre las tareas domésticas habría que incluir el cuidado. El cambio se ha producido a nivel legal, pero en la práctica sigue siendo papel mojado. Hay una resistencia muy fuerte, a veces ni siquiera consciente, tanto de varones como de jóvenes, a asumir la parte proporcional del cuidado que les correspondería asumir.

Y en el cambio de valores parece que se habla mucho de un aumento de la igualdad. ¿Hasta qué medida crees que eso se corresponde con la realidad? Que haya habido un aumento es real, pero ¿cuál es la dimensión de ese cambio?

Es moderadamente pequeña, según a qué aspectos nos refiramos o dónde situemos el nivel óptimo de igualdad. La igualdad no es exactamente lo mismo que la redistribución. Hay muchos barómetros del CIS que preguntan distintos temas relacionados con la igualdad y la distribución dentro de la pareja. Las respuestas están muy condicionados por la edad, hay unas diferencias enormes: los más jóvenes son más igualitarios que los mayores. En estos barómetros la primera pregunta suele ser "Usted qué opina sobre...", "Usted qué cree sobre...", y el resultado es que la sociedad española parece sumamente igualitaria, en especial los jóvenes. Pero después, cuando se describe la realidad familiar o se da un paso más allá en el cuestionario y se pregunta: "En el supuesto que tuvieran que elegir en la pareja entre ella y él para quedarse con el niño porque no fuera posible conciliar...", en ese caso la respuesta mayoritaria es "ella", se ha producido el cambio en un primer nivel, pero en la práctica de esos valores el cambio es mucho más reducido. En realidad, el principal cambio ha sido encargar los niños fuera. La sociedad española, que no sabe cómo resolver el tema de la conciliación, tiene menos hijos que los que necesita para su supervivencia demográfica y para sostener su economía. Los costes de la falta de conciliación se derivan parcialmente fuera. Por eso importa de los países que tienen unas rentas más bajas los niños ya cuidados, cuando son mayores de edad y pueden incorporarse al mercado laboral. ¿Parece que os sorprende esta perspectiva? La inmigración significa que un país que puede ofrecer puestos de trabajo abundantes, sin embargo, no está dispuesto a pasar por los costes de producir los trabajadores internamente y lo que hace es absorberlos, pero ya producidos. Son las mujeres latinoamericanas o marroquíes las que suplen el déficit, produciendo y cuidando los niños que inmigrarán a España cuando ya no necesiten los cuidados familiares.

"Insistiré en la necesidad de cambiar nuestra percepción de qué es economía. La economía es el conjunto de dos subsistemas, uno monetarizado y otro no"

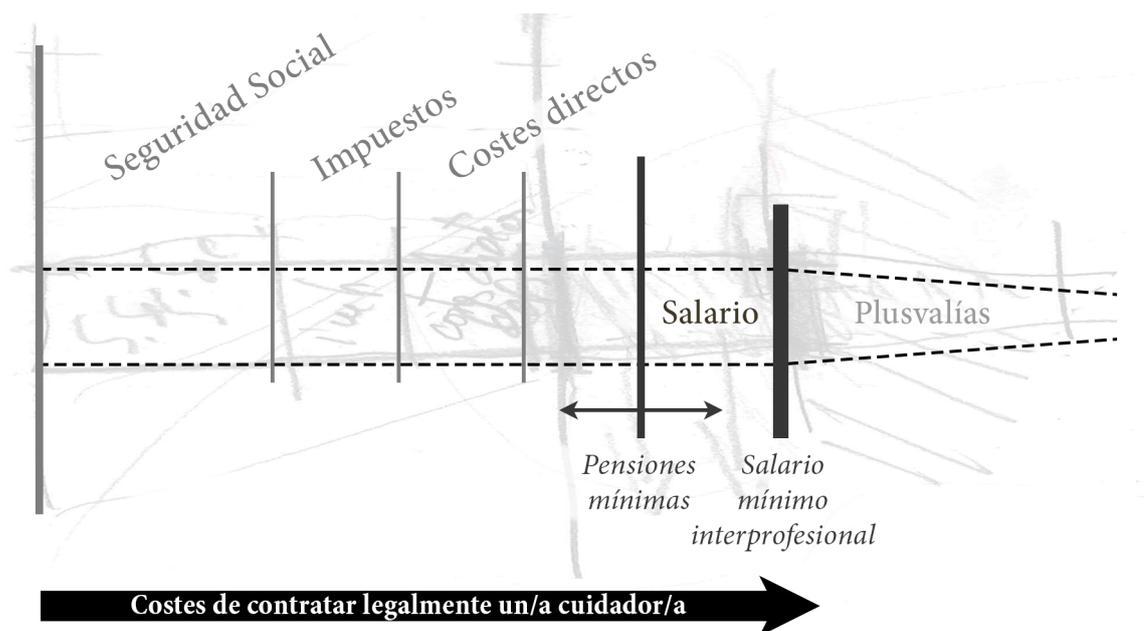
Ligado a esto último, ¿cómo ves la cuestión de ciertos cambios que pudieran parecer como de igualdad en el tema de los cuidados? ¿Cómo ciertos cambios que se han vendido como avances pueden considerarse más de cara a la galería que reales?

La participación de los hombres jóvenes ha cambiado muchísimo. Tengo hijos y sobrinos de la generación que nació en los años ochenta y el cambio con mi

generación es inmenso. El "único" problema es que todavía estamos lejos de la igualdad, porque antes la separación de papeles era total. Ahora no, ahora hay más participación, muchas más mujeres se han incorporado al ámbito extradoméstico y, por tanto, la conciliación es imprescindible. El cambio ha sido inmenso, pero todavía dista mucho de la igualdad. España ha sido de hecho uno de los países que más ha cambiado y que lo ha hecho más rápidamente.

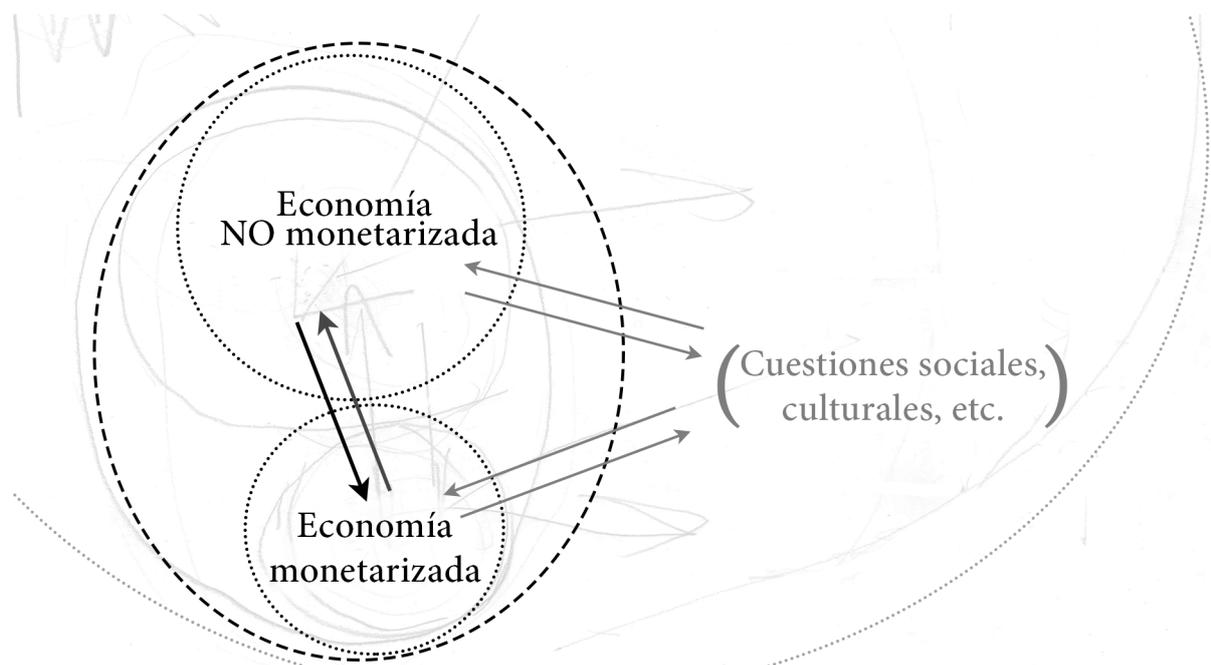
Hemos hablado de muchos temas, María Ángeles. ¿Con qué te quedarías para dar unas palabras de cierre?

Insistiré en la necesidad de cambiar nuestra percepción de qué es economía. La economía es el conjunto de dos subsistemas, uno monetarizado y otro no. Hay que acabar con el olvido o la confusión entre los recursos monetarizados y el conjunto de los recursos, lo mismo que la confusión entre las necesidades que se satisfacen monetarizadamente y el conjunto de las necesidades. Me parece un fracaso que no conozcamos con precisión el tiempo de trabajo no monetarizado que se produce y consume en España.



Reelaboración a partir de los esquemas dibujados por M^a Á. Durán durante la entrevista.

El trabajo monetarizado, en su conjunto, emplea más capital y tecnología que el no monetarizado, pero el volumen de horas anuales es menor. Las horas de trabajo dedicadas a la economía no monetarizada suman alrededor de una hora diaria más según las encuestas de uso del tiempo del INE derivadas de Eurostat, que por causas metodológicas subestiman el tiempo de cuidados. En realidad la diferencia es aún mayor. No se debieran diseñar ni ejecutar políticas públicas que lo ignoren o no le presten atención.



Reelaboración a partir de los esquemas dibujados por M^a Á. Durán durante la entrevista.

Estos dos sectores están interactuando de modo permanente. Lo que sucede en uno de ellos influye inmediatamente en el otro. Y para complicarlo más, todo esto se produce en una dimensión internacional globalizada, muy dinámica, que también nos afecta constantemente. No podemos seguir interpretando la economía española solamente desde sus parámetros monetarizados, sobre todo con el grado de envejecimiento que tenemos. A la creciente población mayor de 65 años le vinculan con el mercado sus pensiones, sus impuestos y el consumo, pero no la capacidad productiva. Pero no es cierto que hayan dejado de producir. Siguen produciendo mucho, aunque de otro tipo distinto. Si no estuvieran produciendo servicios desde la economía no monetarizada, tendríamos unos impuestos por IRPF veinte puntos por encima de lo que pagamos ahora.

O se moriría la gente en las calles, o en la soledad de sus viviendas unipersonales, porque no habría quien les cuidara.