



*El trabajo no remunerado
de las Mujeres en Salud*

Nicaragua:

El impacto económico del trabajo no
remunerado en salud

Managua, 8 de Marzo 2004

Introducción



- ★ Históricamente las mujeres se han encargado del cuidado de las personas enfermas.

- ★ Extensión del trabajo doméstico

Varios elementos inciden

1. Transición epidemiológica:

Envejecimiento de la población,

aumento enfermedades que requieren atención de largo plazo (efectos de la guerra, desastres naturales)

Aumento VIH-SIDA y la tendencia a la feminización

2. Reforma del Sector Salud:

Aumento de servicios y atención ambulatoria



La situación en Nicaragua



Las encuestas de uso del tiempo son recientes. Entre 1996 y 1998, dos esfuerzos (uno de la sociedad civil y otro del Gobierno de Nicaragua)



Propósito:

Responder al compromiso adquirido en Beijing, 1995 de visibilizar la contribución de las mujeres en las cuentas nacionales. Reconociendo el vínculo que existe entre la economía monetaria y la no monetaria



Fundamentos:



1. Relaciones tradicionales de género asignan tareas doméstica a las mujeres cuyo valor económico no se toma en cuenta.
2. Existe una importante subestimación en los censos y encuestas referido a los procesos económicos.
3. La invisibilización del aporte de las mujeres, les niega el acceso a recursos productivos.
4. La división sexual del trabajo y su ideología concomitante se proyecta en la actividad económica, generando un mercado de trabajo segregado por sexo.
5. La incorporación de las mujeres al mercado laboral no las libera del trabajo reproductivo. Doble y triple jornada.
6. Las mujeres dedican menos tiempo a la recreación y a su propia atención
7. La segregación no son exclusivas, pero impactan mas seriamente a las mujeres que enfrentan alguna situación de pobreza.



El trabajo no remunerado de las mujeres en salud



Distintas formas de aproximar a la contabilización del aporte de las mujeres al cuidado de la salud:

1. Impactos diferenciados de las políticas económicas.
2. A través de las encuestas de hogares que reporta información sobre quiénes descansa la actividad.



1. Los recortes presupuestarios han trasladado al ámbito privado algunas responsabilidades que deja el Estado. Existen pocos estudios, las cuentas nacionales en Salud constituyen una primera aproximación desde la perspectiva del financiamiento.





El gasto público en Salud



★ Gasto per cápita en Salud

1997: US\$ 42.2

1999: US\$ 43.8

Promedio Centroamérica US\$ 160



Presupuesto sector Salud:

61% aporte privado

50% hogares

11% ONGs, cias.seg. y empresas





-
- ★ Del total de gastos de los hogares, 5% es para solventar necesidades de salud.
 - ★ Los hogares más pobres destinan una mayor proporción de sus ingresos a cubrir gastos de salud.
 - ★ ENMV 98, del total de hogares que reportaron 1998 haber realizado gastos en salud:
 - ★ 48% hogares del primer quintil de ingresos
 - ★ 34.9% hogares del segundo quintil de ingresos



2. *Las encuestas de uso del tiempo*



- ★ Las EUT no identifican claramente las actividades simultáneas
- ★ Su medición podría dar cuenta de tendencias sobre su aumento de la intensificación del trabajo de las mujeres.
- ★ Los cuidados en salud son parte de esas actividades simultáneas
- ★ Invisibilización de dichas actividades
- ★ Los esfuerzos y tiempo de las personas que asumen esa actividad no se contabilizan ni se toman en cuenta para la formulación de políticas.

Implicancias económicas del Trabajo Reproductivo



Distribución del tiempo de las personas

	Urbano		Rural		Total	
Espacio	H	M	H	M	H	M
Produc.	51.8	48.2	54.8	45.2	52.9	47.1
Reprod.	10.2	89.8	22.3	77.7	15.0	84.9
Total	29.4	70.6	35.8	64.2	31.8	68.1

Capacidad del despliegue físico

	Mujeres	Hombres
Espacio reproductivo	85.0%	15.0%
Espacio productivo	47.0%	53.0%
Total	68.0%	32.0%



-
- ★ Las mujeres están a poca distancia de los hombres en actividades productivas
 - ★ Los hombres están muy distantes de las mujeres en actividades reproductivas
 - ★ El aporte económico de las actividades reproductivas no es despreciable y el 80% de ello descansa en las mujeres.



Valoración del trabajo reproductivo en relación al PIB



FIDEG 1995-1996

INEC (EMNV 98)

Total	39%
Mujeres	33%
Hombres	6%

Total	29.9%
Mujeres	23.0%
Hombres	6.9%



Coste de reemplazamiento

Las tasas de participación del TR de hombres y mujeres urbano-rural fueron ponderadas por la poblaciónx hs.trabajadas y se aplicó el salario promedio de la ocupación agrícola para lo rural y de servicios personales al urbano.





Quiénes asumen el cuidado en salud?



★ 4.2% personas de mas de 6 años

★ 3.0% hombres

★ 4.9% mujeres



★ Del total de personas el 72.6% son mujeres y 27.4% hombres.

★ En Canadá estudios similares indican que el 80% del trabajo en salud recae sobre las mujeres.



★ En los casos de mayor pobreza hay una proporción mayor de mujeres que se dedican al trabajo no remunerado en salud, 82% vs. 71% entre las mujeres no pobres.



-
- ★ El tiempo promedio de trabajo reproductivo para el cuidado de enfermos es de 2.3 hs. por día, 1.9 hs. hombres y 2.5 hs. mujeres.
 - ★ Las esposas e hijas asumen principalmente el rol de ciudadanos en salud con 40% y 28% respectivamente.
 - ★ Hay más mujeres urbanas que rurales con 5.5% y 3.3% respectivamente. Con diferencias mucho más acentuadas entre hombres y mujeres en el sector rural.



Implicancias del TNR en Salud en la vida de las personas



- ★ El cuidado en salud requiere de la presencia mas o menos constante de una persona adulta.
- ★ Este tipo de trabajo presenta rigideces fuertes en tiempos y horarios
- ★ Limita las posibilidades de acceder a oportunidades económicas, laborales y para desarrollar las capacidaes.
- ★ Es decir, limita la autonomía económica de las mujeres.



Conclusiones

- ★ El desarrollo social y humano requieren superar y romper el círculo de transmisión de las desigualdades de género. De allí, la importancia de identificar las expresiones que asume la desigualdad y hacer esfuerzos por su erradicación.
- ★ Es posible visibilizar el aporte de las mujeres si se utilizan instrumentos adecuados para captar de manera objetiva la información en el levantamiento de campo de las encuestas y censos.
- ★ La contabilización del trabajo doméstico se relaciona con la asignación de recursos mediante el presupuesto fiscal.



-
- ★ El presupuesto fiscal no integra los temas de género en todas las políticas, planes y programas y por ello, se obvia la contribución de la mujer en el TNR al interior del hogar y el cuidado de los enfermos, entre otros.
 - ★ Un mayor conocimiento sobre funcionamiento de los hogares daría mayores elementos sobre el TNR y su interrelación con la generación de ingresos, la toma de decisiones y las relaciones de poder.
 - ★ Ello podría ayudar a diseñar políticas que levanten los obstáculos a la igualdad y equidad de las mujeres y hombres



Prioridades



- ★ Promover medidas y acciones para resolver el desajuste que existe entre la carga pública y la domiciliar y comunitaria en atención de salud.



- ★ Apoyar programas que tomen en cuenta a las mujeres que están atendiendo a personas enfermas u otras que requieren de una atención especial.





Afinar el enfoque conceptual y metodológico para las actividades simultáneas. La experiencia de Nicaragua muestra la dificultad de su captación, procesamiento y análisis.

- ★ A partir de las Cuentas Nacionales de Salud, realizar estudios que permitan dimensionar el efecto del presupuesto por programas en la carga y responsabilidades trasladados al ámbito privado, a fin de apoyar la toma de decisiones que promuevan la equidad e igualdad de oportunidades de mujeres y hombres, y no acentúen las condiciones de inequidad.