

1 La economía de la salud y el género en la reforma de salud

Documento preparado por la economista Thelma Gálvez Pérez y la doctora María Isabel Matamala Vivaldi, consultoras de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile. Fue enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud en Chile, de la misma Organización, durante el año 2001.



Introducción

Abordaremos los sistemas de cuidado de la salud considerando la producción institucional y doméstica de ésta. En la primera parte se describen la situación y los problemas y en la segunda se enuncia una propuesta de cambio.

Sistemas de cuidado de la salud

La salud es un producto social de múltiples determinantes y condicionantes que interactúan en la sociedad, como modelo económico, género, estrato social, educación, medio ambiente, etnia, territorio, orientaciones y decisiones sexuales, entre otros. En ese contexto, existen agentes -uno de los cuales son las mujeres-, que trabajan facilitando condiciones para que prevalezca la salud, en un proceso continuo de cuidado.

El sistema global de cuidado de la salud actúa ininterrumpidamente en dos ámbitos fundamentales presentes en nuestra sociedad: el sistema doméstico y el sistema institucional. El sistema doméstico de cuidado de la salud opera puertas adentro de los hogares y se relaciona recíprocamente con el entorno comunitario. El sistema institucional, en cambio, opera puertas afuera y está constituido por dos subsistemas: público (SNSS) y privado (ISAPRES). En ambos es mayoritaria la participación de las mujeres como productoras de salud.

El sistema doméstico de cuidado de la salud

Se sustenta en el trabajo denominado reproductivo, no remunerado -biológico y sociocultural- que protagonizan en forma predominante las mujeres. El trasfondo económico que entraña ese proceso se mantiene invisible. El trabajo que implica la promoción y mantención de la salud en los hogares no tiene traducción en términos de intercambio mercantil. Es el trabajo mediante el cual las mujeres:

- * aseguran la alimentación, el aseo del hogar, la higiene personal, la vestimenta y el confort del grupo familiar;
- * promueven y reproducen la cultura en salud a través de hábitos, comportamientos y actividades pedagógicas diversas;
- * construyen bienestar emocional y afectivo;
- * asumen el papel de mediadoras de demandas hacia el sistema institucional de salud, asegurando las inmunizaciones, informaciones y atenciones necesarias para prevenir y tratar enfermedades;
- * cuidan a las personas enfermas, ancianas o discapacitadas del grupo familiar, ayudándolas también a bien morir cuando llega ese momento;

La economía de la salud y el género en la reforma de salud

* sustentan las acciones de salud comunitaria (campañas de prevención, apoyo a los equipos de salud, organización y acción en las crisis, etc.).

El carácter no mercantil del trabajo doméstico de cuidado de la salud -que implica invisibilidad ante las ciencias económicas-, durante largo tiempo también ha dejado invisible su utilidad que, como hemos descrito, equivale a realizar protección de la salud en términos de promoción, prevención, fomento, reparación, rehabilitación y cuidados ante el nacimiento y la muerte.

El trabajo de producción de salud en el sistema doméstico y la responsabilidad de la salud familiar recae en prácticamente la totalidad de las mujeres, cualquiera sea su condición laboral. En el primer trimestre del 2001 se estimaba en 5.616.000 las mujeres y 5.394.000 los hombres de 15 y más años de edad. De ellas, 34% están en la denominada fuerza de trabajo (1.894.000), mientras 3.722.000 están fuera de ésta. De ellos, 72% están en la fuerza de trabajo (3.895.000) y 1.499.000 se encuentran fuera¹.

Un tercio de las mujeres y dos tercios de los hombres trabajan remuneradamente. Las personas restantes conforman la fuerza de trabajo del sistema doméstico de producción, estudian, constituyen población pasiva o realizan otras actividades no remuneradas o de recreación.

En Chile no se ha recabado información sobre el trabajo realizado para el propio hogar y menos aún sobre la prevención, promoción y cuidado de la salud realizados en el sistema doméstico. Estadísticas de otros países, que consideran el trabajo remunerado y el trabajo doméstico, revelan que en las regiones desarrolladas las mujeres trabajan en promedio más horas que los hombres por

semana, desde 3 horas más, en Alemania, Finlandia y Japón, hasta 23 horas más en España².

El sistema doméstico en nuestro país está recargado en la medida en que muchos niños menores de 6 años no asisten a establecimientos educacionales o de cuidado infantil. En 1998 sólo 4.6% de los niños menores de 2 años y 42.2% de los menores entre 3 y 5 años asistían a algún establecimiento educacional. Las coberturas más bajas se encuentran en 20% de hogares más pobres (2% y 23%, respectivamente). La mayoría de estos niños permanece en sus casas atendidos por mujeres, madres, abuelas o hermanas.

El sistema institucional: composición y autoritarismo

Se ubica en el espacio del trabajo remunerado, donde lo laboral está sometido a las relaciones de intercambio mercantil. Es el espacio visible, el único reconocido por la visión tradicional de las teorías económicas, en el cual las mujeres se ocupan más, en términos relativos, en la producción de servicios.

En 1998, 46.3% de las mujeres ocupadas trabajaba en servicios comunales, sociales y personales, en tanto sólo 17.2% de los hombres laboraba en este sector³. En Chile, como en la mayoría de los países, quienes trabajan en el sistema institucional de salud son mayoritariamente mujeres, alcanzando aproximadamente 70% de la fuerza laboral.

Allí, por cada mujer hay 0,5 hombres laborando, según un recuento realizado en 1995 dentro del Sistema Nacional de los Servicios de Salud (SNSS), mientras en el conjunto del espacio ocupado por el trabajo remunerado hay dos hombres por cada mujer.

En el sector institucional de cuidado de la salud predominan las personas que en sus hogares realizan una segunda jornada de trabajo.

1 INE.

2 Estudios de 21 países, 1984/1992, División de Estadísticas, N.U.

3 Casen, 1998.

Es así como 44% de las mujeres del SNSS realizan más de 4 horas diarias de trabajo doméstico durante los días hábiles y 45% de ellas, más de 7 horas durante los fines de semana.

Por otra parte, de las 43.000 mujeres que conforman esta fuerza laboral, el 43.6% son jefas de hogar⁴. Esta realidad tiñe de género las problemáticas sociales y de salud a que se enfrentan estas trabajadoras, entre otros aspectos, a través de condiciones de trabajo -incluidos los salarios-, carrera funcionaria, previsión y perfiles epidemiológicos.

No obstante, aunque el SNSS es un sector altamente feminizado, posee una estructura jerárquica y traspasada culturalmente por el modelo médico que, entre otras características, es autoritario y legitimador de prácticas que no contribuyen al empoderamiento de las personas, mucho menos de las mujeres, sean éstas usuarias o prestadoras. Más bien, el sistema propicia su dependencia y subordinación al poder médico. Estas cualidades no deseables dificultan la autonomía y el ejercicio ciudadano en salud, tanto individual como colectivo.

La forma en que se ejerce el poder dentro del sistema y la relación de éste con la población usuaria se vincula con lo anterior, pues, en general, la impronta autoritaria está presente aun cuando quien la ejerza sea una mujer.

En nuestro país, el predominio de mujeres en los subsistemas público y privado de salud aún no ha generado un cambio significativo en los usos del poder, como sí está sucediendo en países con mayor desarrollo de cultura no sexista.

Los grandes problemas de los sistemas de cuidado de la salud

Los mayores problemas a resolver desde una perspectiva de género se refieren a la invisibilidad en el sistema doméstico, a las interferencias entre trabajo remunerado y cuidado de la salud, y a la participación de las mujeres en las decisiones del sistema institucional de salud.



• Visibilidad y valoración en situación de crisis

La omisión económica y cultural del trabajo doméstico de cuidado de la salud ha prevalecido, a pesar del formidable impacto que esas acciones tienen en el cotidiano de la salud social e individual y, por consiguiente, en los resultados de salud. Esto ha dado lugar a una de las iniquidades macroeconómicas más potentes en relación con salud y género, porque si bien en la producción doméstica de salud trabaja la mayor parte de las amas de casa, constituyendo una gran red de producción de bienes, servicios y afectos en este campo, ellas no gozan de reconocimiento, beneficios, apoyo técnico o retribuciones equivalentes por parte de la sociedad. Tampoco se les reconoce el derecho a participar activamente en las decisiones que atañen a su salud y a la salud del

La economía de la salud y el género en la reforma de salud

grupo familiar, ni se facilitan las condiciones para eso.

Lo anterior pone en discusión los fundamentos que guían la economía de la salud y la forma en que nuestra sociedad está dispuesta a hacer visible, a valorar y a retribuir el aseguramiento del bienestar en el sistema doméstico de cuidado de la salud.

En el ámbito doméstico, la interrupción del trabajo de las cuidadoras de la salud, ya sea por enfermedad o por causa de un evento reproductivo ocasiona una crisis. Es entonces cuando se hace visible la ausencia de su trabajo y se evidencian las insuficientes respuestas del entorno familiar y social. El desarrollo de las tareas habituales queda interrumpido y, en medio de esta crisis, aparece una necesidad agregada: el cuidado de la cuidadora habitual de la salud, que se ha enfermado.

Según investigadoras del Instituto de la Mujer-Ministerio de Cultura de España (1987), cuando esto ocurre, **nadie** asume la atención de la cuidadora doméstica de salud en el 68% de los casos que se presentan en los estratos más bajos, y si esta tarea la asume alguien, en un 70% se trata de mujeres de la familia y sólo en un 13%, de su cónyuge o pareja. En los estratos altos, en cambio, 68% recibe atención durante su enfermedad, pero ésta proviene en 80% del servicio doméstico remunerado y sólo en un 7% de su cónyuge o pareja.

En Chile, MINSAL y SERNAM investigaron lo que ocurría con el personal del sistema público de salud. Es importante destacar que el 14% de las mujeres que se enferman (y el 8% de los hombres) se cuidan ellos mismos, lo que equivale a decir que prácticamente nadie en su entorno asume la tarea. Cuando alguien toma a su cargo el cuidado de las mujeres, son otras mujeres de la familia

(40%), su cónyuge (24%) o una empleada de casa particular (14%). Esta última alternativa es la que con mayor énfasis hace visible el valor económico del trabajo de cuidado de la salud en el ámbito doméstico.

• Herramientas para la visibilización

Los ejemplos citados refuerzan la afirmación que existen vacíos teóricos y sesgos de género en las ciencias económicas, y que es necesario hacer visible el trabajo doméstico de cuidado de la salud. A nivel mundial hay algunas experiencias que lo incluyen o intentan incluirlo en las cuentas nacionales, y, aunque aún son escasas -Finlandia, Alemania, Francia, Panamá y México, entre otros-, han contribuido con un instrumental metodológico que vale la pena explorar en nuestro país, si de veras se quiere avanzar hacia la equidad en salud y a la modernidad en la economía.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) oficial (versión 1993) incluye dentro de los límites de la producción «todos los bienes y servicios producidos y susceptibles de ser vendidos en el mercado o al menos han de tener la capacidad de poder ser provistos de una unidad a otra, onerosa o gratuitamente». Esta definición incluye la producción de bienes para usos propios del hogar, considerando que una vez generados podrían cambiar de destino y transarse en el mercado, pero excluye todos los servicios producidos en esas condiciones, porque se consumen en el momento de su producción y, por lo tanto, no son susceptibles de ser vendidos a otros, como ocurre con los cuidados de salud. También se excluyen los servicios generados por medio del trabajo voluntario para organizaciones comunitarias y sin fines de lucro.

En resumen, este criterio deja fuera del ámbito de las Cuentas Nacionales el sistema doméstico de producción de salud y las ac-

ciones comunitarias sectoriales. Sin embargo, con esta definición no se agota ni la discusión ni la existencia real de los límites de la producción y del trabajo. Una amplia corriente de economistas discute las definiciones aceptadas hasta hoy y el SCN formula algunas sugerencias generales sobre las denominadas cuentas satélites, no integradas al sistema y utilizables para diferentes propósitos. Dichas cuentas pueden aplicarse al cálculo de la producción fuera de las fronteras actuales de la economía, con el objetivo de comprender mejor la función de las mujeres en la producción.

• Interferencias con el trabajo remunerado

Cuando las mujeres trabajan remuneradamente fuera del hogar, el trabajo de cuidado de la salud en el espacio doméstico forma parte de su segunda jornada y, frecuentemente, interfiere, dificulta o puede obligar a interrumpir su inserción laboral fuera de casa. Estas presiones por demandas o urgencias de salud en su familia, que socialmente se asignan como responsabilidad a las mujeres, influyen para que ellas decidan trabajar en condiciones de flexibilidad horaria, lo cual generalmente va asociado a informalidad o a trabajos por cuenta propia sin protección laboral ni previsional, a inestabilidad laboral y a menores ingresos. La falta de apoyo social e institucional que alivie la carga del sistema doméstico de cuidado de la salud perjudica el desempeño laboral de las mujeres y, con ellos, los resultados generales de la producción global.

La situación de las mujeres que trabajan con remuneración en el sector institucional de cuidado de la salud refleja crudamente las consecuencias de dichas interferencias. La enfermedad personal o de algún hijo/a, así como los eventos reproductivos ocasionan crisis en los servicios de salud y reacciones que, en general, responden a prejuicios con



sesgos de género, como son enfatizar los costos laborales directos e indirectos de la licencia, y acogerla con disposición negativa. Tal respuesta se relaciona con un imaginario colectivo institucional en el que se representa a las trabajadoras como personas más asiduas a las licencias que los hombres, sin que se efectúe un análisis de la realidad.

En Chile, las licencias de maternidad son financiadas por el Estado, de modo que los costos laborales de cargo patronal asociados a la reproducción corresponden a los de sala cuna y lactancia. Un reciente estudio⁵ estima que dichos costos no superarían el 1.75% de los salarios de las mujeres, en tanto el resto de los costos laborales son menores para las mujeres que para los hombres.

En la reacción frente a las licencias no se considera la responsabilidad exclusiva que la sociedad asigna a las mujeres respecto del trabajo reproductivo social, incluido el de las cuidadoras de la salud del grupo familiar. Tampoco se valora el desgaste que significa para ellas la doble jornada y el impacto que ésta tiene en su salud y, particularmente, en su salud mental. Como todo esto permanece invisible, a la hora de las calificaciones priman criterios estereotipados y se evalúa sin enfoque de género, en contra de las mujeres. Podríamos afirmar que en las situacio-

⁵ Rosalba Todaro. CEM, 2001.

nes de crisis se invisibiliza por partida doble el aporte social de las mujeres en salud, y se tiende a culpabilizarlas o a cobrarles los costos de su ausencia.

A lo señalado, se agregan las limitaciones existentes en la carrera funcionaria de las trabajadoras de la salud en Chile, como es el límite de grados para las profesionales. Esto, en profesiones feminizadas, agrega una discriminación salarial más a las ya existentes.

• La intersectorialidad como requisito

La voluntad política orientada a hacer visible y a valorar el trabajo doméstico de cuidado de la salud, de manera que la economía considere el conjunto de la realidad y no sólo una parte de ésta, necesita ser construida desde una propuesta que incorpore no sólo a los sectores llamados de interés -como pueden ser MINSAL, SERNAM y la sociedad civil-, sino que necesariamente a Hacienda, Economía, Trabajo, Presupuesto y Banco Central. Hasta ahora, en FONASA, se ha encontrado una actitud abierta a implementar algunos avances en el tema.

El cambio de roles que supone asumir el cuidado de la salud en el ámbito doméstico en forma compartida por hombres y mujeres requiere el concurso de Educación, Cultura, MINSAL, SERNAM, sociedad civil y medios de comunicación.

Propuestas para la reforma

• Respetto del sistema doméstico de cuidado de la salud

* Visibilizar y asignar valor al aporte económico que realizan las mujeres en forma de trabajo no remunerado de cuidado de la salud en el espacio doméstico, mediante la creación de una cuenta nacional de salud con perspectiva de género.

* Organizar y brindar apoyo a las mujeres u hombres que cuidan en el hogar a personas enfermas y/o discapacitadas por decisión de los servicios de salud (altas hospitalarias precoces, personas con enfermedades crónicas, etc.). El apoyo se debe expresar en recursos humanos, técnicos, insumos y equipos, así como también requiere considerar estímulos salariales o previsionales para los recursos humanos involucrados.

* Retribuir en forma de beneficios de salud (gratuidad de atención) el aporte no remunerado de las mujeres al cuidado de la salud en el sistema doméstico, cuando los equipos de apoyo certifican que están asumiendo el cuidado de personas enfermas crónicas, terminales o discapacitadas. En esa línea, se sugiere gratuidad de atención para todas las mujeres en las instituciones públicas de salud.

* Resolver los riesgos económicos básicos que afrontan las mujeres, cuando los cuidados de personas con discapacidades y enfermedades crónicas o terminales las obligan a abandonar sus trabajos remunerados (subsidio, como un plus del subsidio de cesantía).

• Respetto del sistema institucional de cuidado de la salud

* Asegurar el contexto normativo para lograr equidad e igualdad salarial entre mujeres y hombres que trabajan en las instituciones de salud desempeñando iguales funciones.

* Asegurar el cuidado de hijas/os enfermas/os en lugares ad hoc o, durante licencias por enfermedad de hijas/os, para las mujeres prestadoras de la salud que son jefas de hogar.

* Elaborar una propuesta que incluya campañas comunicacionales y programas de capacitación de los recursos humanos de salud, orientada a movilizar cambios culturales mediante los cuales hombres y mujeres asuman por igual el cuidado de la salud en el ámbito doméstico.

* Eliminar la discriminación respecto de la carrera funcionaria, que opera colocando límite al grado que pueden alcanzar las profesiones no médicas en las instituciones públicas de salud.





GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER