

# Día Internacional de la Mujer 2004

## Cuidado de la salud puertas adentro: el trabajo invisible

Presentación de la Dra. Mirta Roses  
Managua, Nicaragua, 8 de marzo del 2004

### 1. Contexto en Nicaragua-Situación de las mujeres

En Nicaragua se han desarrollado experiencias modelo para toda América Latina sobre equidad de género y salud: a) programas locales de atención a la violencia intrafamiliar, b) rescate y valoración del trabajo de las parteras en los PROSILAIS, c) creación de un sistema de indicadores de equidad de género, entre otros.

#### Condición de la salud de las mujeres:

- **Mortalidad materna:** la tasa nacional MM para el 2002 fue de 96.6 por 100 mil nacidos vivos registrados, y las adolescentes representan el 28% de estas muertes. Para 1993, las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud reportaron una razón de 98 x 100,000 nacidos vivos registrados. Posterior a la implantación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna (1996), el indicador sufre un incremento registrando para 1998 una razón de 106 x 100,000 nvr. Durante los últimos 9 años, los SILAIS que han presentado mayores índices de mortalidad materna son: Jinotega, Matagalpa, RAAN RAAS y Río San Juan, los cuales han registrado razones mayores de 200 x 100,000 nvr. Al realizar la comparación entre las muertes maternas que ocurren en la RAAS, RAAN, Río San Juan, Matagalpa, Jinotega y las que ocurren en otras zonas del país, se observa que las mujeres en estas zonas tienen 3 veces más riesgo de morir si salen embarazadas que las del resto del país, efecto que se atribuye a la inaccesibilidad geográfica de la zona, al bajo nivel de escolaridad de las mujeres, y su alto nivel de pobreza.
- **Madres adolescentes:** el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes es de 28.3% en relación con el total de nacimientos. Las proyecciones realizadas por el Instituto de Estadística y Censos (INEC), señalan una tasa de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, cifra superior a la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 2001, que indicó una tasa de 139 por cada 1000. Por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en la misma condición en el área rural. De cada 10 nacimientos, 3 son de madres adolescentes y más de la cuarta parte ocurren fuera de las unidades de salud, lo que ha incrementado las muertes maternas en adolescentes. La tendencia del embarazo en adolescentes se ha mantenido alrededor del 30% a nivel nacional, actualmente el Ministerio de Salud está implementando “Estrategias y lineamientos básicos y específicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia.
- **VIH-SIDA:** progresivo proceso de “feminización de la epidemia”, con tasas crecientes de mujeres infectadas (26%) por VIH/SIDA. En 1998 la relación Hombre-Mujer de los casos de VIH/SIDA era 7:1; mientras que en el 2003 fue de 3:1. (1)

### 2. El trabajo de las mujeres en la atención de la salud

## **2.1 Las mujeres están vinculadas a la atención de la salud en los espacios institucionalizados como en las comunidades y los hogares.**

El trabajo institucionalizado es generalmente reconocido. En el caso específico de Nicaragua, en el 2002, del total de la matrícula de las diversas especialidades médicas el 44.9% correspondió a mujeres. El país cuenta con 2.9 enfermeras profesionales por cada 10,000 habitantes. De las personas que se dedican a partear en Nicaragua, el 98% son mujeres.

## **2.2 Compromisos internacionales sobre el trabajo no remunerado en salud**

- Durante los últimos 20 años los países de la Región han asumido compromisos internacionales dirigidos a contabilizar y reconocer el trabajo no remunerado como uno de los insumos fundamentales para la salud y el desarrollo humano. En 1995 la Conferencia Mundial de la Mujer los países se comprometieron a crear cuentas satélites de hogares para añadir a los sistemas convencionales de contabilidad nacional.
- En el área de la salud es poco lo que se ha avanzado en términos de políticas que lo reconozcan y apoyen como parte fundamental de la producción, promoción y protección de la salud.

## **2.3 Dimensiones del trabajo no remunerado en salud**

- Se estima que un 80% de la atención en salud se realiza en los hogares, básicamente por mujeres.
- En España, el 88% del trabajo de atención de salud es no remunerado y más del 50% de las enfermedades se resuelven en la esfera doméstica. (2)
- En los Estados Unidos de América, se estima que el valor económico de la atención domiciliar irai no pagada es 6 veces el de la asistencia domiciliaria asalariada. (3)
- En una encuesta canadiense y estadounidense se encontró que un 70-80% de la atención de enfermería y personal a los ancianos era prestada por un miembro de la familia. (3)
- Las familias se ven obligadas a responder a múltiples demandas de atención y protección frente a problemas de salud como la violencia intrafamiliar, constituyéndose en las principales proveedoras de ayuda y cuidado. En Haití el 70.7% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar buscó ayuda en su propia familia y, apenas un 5.4% en otro lugar. En el caso de Perú, el 46% pidió ayuda a una persona cercana y sólo un 19% acudió a una institución, y en la República Dominicana el 54% acudió a un pariente y el 31% solicitó apoyo a amigos u otros familiares (1999-2000). (4,5,6).

## **2.4 Implicaciones para los sistemas de salud**

- Los problemas de salud prevalentes en la Región demandan atención sistemática y de largo plazo. El SIDA, las neoplasias en mujeres, la violencia, y la Diabetes mellitus, entre otros, constituyen problemas graves de salud pública que tienen una importante contribución negativa a la mortalidad y la morbilidad en la Región. (1)

- Envejecimiento de la población: para el 2002 se estimó que las tasas de crecimiento de la población de 65 y más años serían mayores de 2% anual la mayoría de las subregiones. Sin embargo, con el descenso en la tasa de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer, cada vez hay más personas adultas mayores que demandan cuidado y atención, y paralelamente, menos gente joven y disponible para dar respuesta a la demanda de trabajo no remunerado en las familias. (1)
- La demanda de trabajo no remunerado en salud es generada, en gran medida, por insolventes como los niños, los ancianos y los enfermos ya que no pueden pagar a precio de mercado la atención que necesitan, por lo que los gobiernos, las familias, las comunidades deben compartir la responsabilidades de cuidado y atención de estos grupos de población.
- Los sistemas de salud disminuirán progresivamente su capacidad de dar respuesta a los grandes problemas de salud si no se establecen las consideraciones necesarias en la planificación en salud del cuidado no remunerado. La inserción de las mujeres en el mercado laboral produce una reducción progresiva de la oferta de cuidado gratuito. La proporción de mujeres económicamente activas en la zona urbana para el período 1997-1999 alcanzó niveles de entre un 43% en México y un 55% en Paraguay y Colombia. En las zonas rurales estas cifras oscilaron entre 31% en Nicaragua y 77% en Bolivia. (7). A esto se agrega, el incremento de la participación política de las mujeres y acceso a la educación formal.
- La actual distribución de la carga de atención entre las familias y las instituciones de salud, no es sostenible. Frente a una demanda tan amplia de atención y apoyo cabe preguntarnos si todas las mujeres del mundo se fueran a huelga de sus tareas domésticas y comunitarias en salud por sólo por un día, ¿cuales serían las catastróficas implicaciones para el bienestar mundial? ...

## 2.5 Implicaciones para las mujeres

- Las demandas de atención en salud derivadas de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico involucran una significativa cantidad de horas diarias en términos de cuidados profesionales, de apoyo, y acompañamiento a los enfermos. Según un estudio realizado por la OPS/OMS en Chile, el cuidado domiciliario de un amputado por Diabetes es de 16.2 horas diarias, de un enfermo de Alzheimer es de 14.3 horas, de uno infectado por VIH-SIDA es de 9.7 horas diarias, mientras que el cuidado de una persona afectada por politraumatismos es de 7.17 horas diarias. (7)
- Este contingente de trabajadoras invisibles de la salud, asumida de manera implícita como inagotable y siempre disponible, enfrenta stress permanente, dificultades para conciliar las necesidades de cuidado de otros con sus necesidades, además del desgaste físico y emocional.
- En varios países de América Latina y el Caribe se han implementado medidas de contención de costos de la atención institucionalizada de la salud, que se han traducido en políticas de reducción de la estadía hospitalaria, o de traslado de responsabilidades de atención a nivel comunitario y familiar, básicamente a las mujeres.
- El tiempo invertido por las mujeres en cuidar a otros implica la reducción de tiempo disponible para el desarrollo de su capital humano: trabajo productivo, ingresos, capacitación, cuidado de su salud, participación social y política,

- Los problemas de salud que enfrentamos actualmente, además del cuidado de ancianos y niños implican un uso intensivo del tiempo, con múltiples tareas realizadas simultáneamente que incrementa lo que se ha denominado la pobreza del tiempo.

*Seguir asumiendo que el trabajo doméstico en salud no tiene implicaciones personales, familiares y sociales es injusto, es irreal, y es peligroso para las políticas de salud.*

## **2.6 ¿Cómo conciliar positivamente el cuidado institucionalizado con el trabajo doméstico en salud?**

- Es necesario que la contribución del trabajo doméstico a la producción de salud sea reconocida. El trabajo no remunerado debe formar parte integral de las cuentas nacionales de salud.
- Aumentando la inversión en los programas de apoyo a la atención doméstica y comunitaria en salud.
- En algunos países se han implementado programas de sustitución temporal de las cuidadoras principales no remuneradas por otras personas voluntarias a fin de que puedan disponer de tiempo para sí mismas.
- En algunos países europeos se ofrecen incentivos o pequeñas contribuciones para promover a provisión de cuidados en el hogar. También se pueden considerar medidas tributarias especiales para las familias o personas que tienen importantes responsabilidades de atención.
- Incluir el trabajo no remunerado en salud en las iniciativas de extensión de la protección social, a fin de que las cuidadoras/es reciban los beneficios de la seguridad social a las que tienen derecho los/as trabajadores/as remunerados.

## **2.7 ¿Que está haciendo OPS en relación el tema de trabajo no remunerado en salud?**

- Estudios para cuantificar la contribución del trabajo no remunerado a la producción y servicios de atención a la salud.
- Reuniones de expertos/as para armonizar categorías de análisis del trabajo no remunerado en salud.
- Elaboración de una propuesta metodológica para construir una cuenta satélite de la producción de salud en el sector hogares que deberá ser incluido en el marco de los sistemas de cuentas nacionales.
- Elaboración de una propuesta para incluir una batería de preguntas o un módulo adicional en las encuestas de hogar sobre el uso del tiempo, particularmente, la atención de la salud.
- Abogacía con técnicos encargados de las cuentas nacionales en los países de la Región en torno al tema y la necesidad de incluirlo en sus indicadores.
- Actividades de diseminación de información sobre el tema para lograr una mayor visibilización y movilización social en torno al mismo.

*Necesitamos evidenciar el trabajo no remunerado en salud, sacarlo de su invisibilidad, hacerlo parte de las políticas de salud. Transformemos el imaginario colectivo que lo visualiza como una responsabilidad natural y específica de las mujeres sin costos personales y sociales. Abramos las puertas para conocer y comprender el trabajo invisible de las mujeres en la atención en salud. Para transitar hacia una atención para todos y con todos, como una responsabilidad social compartida, equitativa y sostenible.*

1. OPS/OMS. La salud en las Américas. Volumen II. Washington DC. 2002.
2. Durán, M.A. *Los costes invisibles de la enfermedad*. España: Fundación BBVA, 2002.
3. Donelan, K. et al. "Care giving: Challenges and Implications for Women's Health." *Women's Health Issues* 11(3) 2001.
4. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services - EMMUS-III, Haïti, 2000.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2000.
6. CESDEM et al. Encuesta Experimental de Demografía y Salud 1999. Santo Domingo, República Dominicana. 1999.
7. OPS/OMS. And PRB. Gender, Health and Development in the Americas. Washington DC. 2003.
8. Reca, I. et al. *Costes no visibles del cuidado de enfermos en el hogar: Una metodología para su estudio*. Chile: OPS, 2003.