



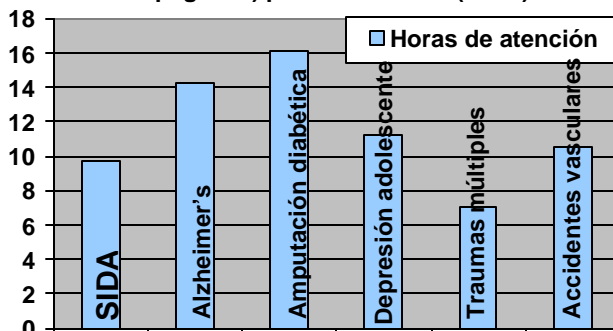
## El trabajo no remunerado de las mujeres en salud

El funcionamiento de los sistemas de salud modernos se sustenta en la disposición de las mujeres a asumir la responsabilidad de la carga de cuidado de salud en sus hogares y comunidades.

Históricamente, las mujeres se han encargado del cuidado de personas enfermas, discapacitadas, y no autovalentes en sus hogares como una extensión de su trabajo doméstico. En los últimos años no obstante, varios factores se han combinado para aumentar la carga del trabajo no remunerado que realizan las mujeres en el cuidado de la salud; incluyendo el envejecimiento de la población, el aumento de la incidencia de enfermedades que requieren atención a largo plazo y un mayor énfasis del sector salud en los servicios y la atención ambulatoria. Esto está sucediendo cuando la cada vez mayor entrada de las mujeres en la fuerza laboral significa una disminución en la disponibilidad de trabajadores de salud no remuneradas.

Para las mujeres, esta carga de trabajo representa un obstáculo para alcanzar el desarrollo de su capital humano, así como una presión enorme sobre las relaciones familiares, los presupuestos domésticos y los servicios de atención pagados. Un número significativo de mujeres, luego de atender a sus propios hijos por un promedio de 18 años, ahora esperan tener que atender a uno o ambos de sus padres por un promedio de 18 años. No obstante, el gasto del gobierno en los servicios de atención comunitaria y domiciliaria es insuficiente y continúa lejos de los niveles de cortes presupuestarios en el sector salud, siendo las mujeres las obligadas a asumir los costos del cuidado en los hogares y comunidades.

**Horas de atención domiciliaria diarias (pagadas y no pagadas) por enfermedad (Chile)**



Fuente: Reca et al., 2002

### Un perfil epidemiológico cambiante

Especialmente en los países en desarrollo, la infección por el VIH/SIDA representa una de los determinantes más significativos de enfermedad y discapacidad a largo plazo, representando una carga física y emocional en las mujeres que atienden a sus familiares infectados, aún cuando ellas mismas están infectadas. Entre otros factores que incrementan el trabajo no remunerado de las mujeres están una incidencia elevada de enfermedades transmisibles como malaria y tuberculosis, que pueden dejar los pacientes con problemas de salud crónicos; las enfermedades y debilidad como resultado de la desnutrición; las discapacidades producto de los desastres naturales o el conflicto violento; las condiciones de trabajo inseguras; los efectos físicos y emocionales de las varias formas de violencia; y la depresión u otras enfermedades mentales.

La población mundial está viviendo más tiempo que antes. Con el aumento general de la esperanza de vida al nacer, también ha aumentado la incidencia de enfermedades que requieren atención a largo plazo. Las personas mayores sufren de Alzheimer, artritis, cáncer,

#### Las trabajadoras de salud...

- En Canadá, 80% de los prestadores de asistencia pagada y no pagada son mujeres, 75% de ellas entre las edades de 50-65. (2)
- En los EE.UU., 55-70% de los prestadores de asistencia primaria son mujeres. (4)
- En los EE.UU., la media de las mujeres pasarán 18 años atendiendo un padre. (4)

#### La necesidad por la atención no remunerada...

- Mientras se eliminó la mitad de las camas de atención aguda de los hospitales en Ontario, el apoyo del gobierno a la asistencia domiciliaria creció sólo 0.4% en 3 años ('96-'99). (2)
- En España, más de 50% de las enfermedades se resuelven dentro de la esfera doméstica. (5)
- En Quebec, la duración promedio de las estancias en hospital bajó desde 8 días '93-'94 a 4 días en '97-'98. (1)
- Una encuesta de 1997 de la investigación canadiense y estadounidense indicó que un 70-80% de atención de enfermería/personal a los ancianos fue prestada por miembros de la familia. (1)

#### El valor de atención no remunerada...

- En España, 88% del trabajo de atención de salud es no remunerado. (5)
- En los EE.UU., se estima que el valor económico de la atención no pagada es 6 veces el de la asistencia domiciliaria asalariada. (4)
- Según un estudio de Saskatchewan, las personas que cuidan a un miembro de la familia anciana le ahorran al sistema de salud \$24000 por año por persona. (2)

#### La atención de la violencia doméstica...

- En Haití, 70.7% de las víctimas de violencia doméstica buscaron ayuda dentro de sus propias familias (DHS 2000).
- En la República Dominicana, un 54% de las víctimas del abuso físico buscaron ayuda de un padre, y un 31% buscaron ayuda de un/a amigo/a (3).
- En Perú, 46% de las víctimas de violencia doméstica buscaron ayuda de una persona cercana. (DHS 2000)

### ¿Qué es el trabajo no remunerado en salud?

- Es la atención prestada a un miembro de la familia o de la comunidad enfermo o discapacitado fuera del hospital, del centro de salud o del consultorio, sin ninguna compensación;
- Puede incluir atención personal (aseo, alimentación, ejercicio), médica (inyecciones, vendas, monitores) o doméstica (cocinar, limpiar, comprar);
- Es generalmente invisible, visto como una extensión del trabajo doméstica de las mujeres, y no es registrado ni en las estadísticas de salud, ni en los presupuestos nacionales;
- A menudo incluye una relación emocional - y puede ser proporcionado por más de una persona, a más de una persona a la vez.
- La carga de atención no remunerada cambia según el estado socioeconómico, el grupo étnico y la región de la residencia de la familia.

accidentes cerebro- y cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, deterioro sensorial (ceguera y sordera), y, en los países en desarrollo, enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la neumonía.

Los sistemas de salud de los países desarrollados están enfrentando una demanda sin precedentes por servicios de atención a largo plazo. Por contraste, la mayoría de los países en desarrollo ya dependen de un grado mucho mayor del trabajo no remunerado de las mujeres para complementar los sistemas de salud públicos sub-financiados.

### Reformas al sector salud

La carga del trabajo no remunerado de las mujeres en el cuidado de la salud está también aumentando como resultado de los procesos de reforma del sector salud. La mayoría de las políticas de salud se enfoca principalmente en la reducción del número de hospitales, del número de camas en los hospitales y el aumento de la rotación de camas hospitalarias ocupadas, sin considerar la situación de los pacientes una vez que salen del hospital. El aumento del gasto estatal en los servicios de atención comunitaria y domiciliaria ha sido insuficiente para compensar los cortes presupuestarios a los servicios de salud formales.

El cambio hacia los servicios y la atención ambulatoria se sostiene en la creencia que hay alguien en casa para cuidar al paciente en recuperación. En algunos casos, los servicios de asistencia domiciliaria pagados están disponibles, aunque no siempre son asequibles. En otros casos, los pacientes son enviados a servicios de atención comunitaria o domiciliaria financiados por el sector público, pero generalmente están sobrecargados. En un gran número de casos los pacientes son enviados a casa con sus parejas, madres, hijas o amigas, quienes reciben las instrucciones sobre la atención necesaria, y otros casos tienen que ocuparse de sí mismos.

### Resultados

La combinación de factores anteriores coloca una sobrecarga de atención de salud no remunerada en las familias y las comunidades, la mayoría asumida por las mujeres como extensión de sus responsabilidades domésticas.

- Los pacientes están recibiendo niveles diferenciales y a veces inadecuados de atención después de una operación quirúrgica, el parto, la enfermedad o la discapacidad.
- Los prestadores de atención (principalmente mujeres) están prestando servicios cada vez más complejos - no solo servicios de atención personal pero en muchos casos procedimientos médicos para los cuales no están adecuadamente adiestradas.
- La salud de los mismos prestadores de atención puede ser afectada negativamente por el estrés emocional y físico que implica el cuidado a una persona enferma.

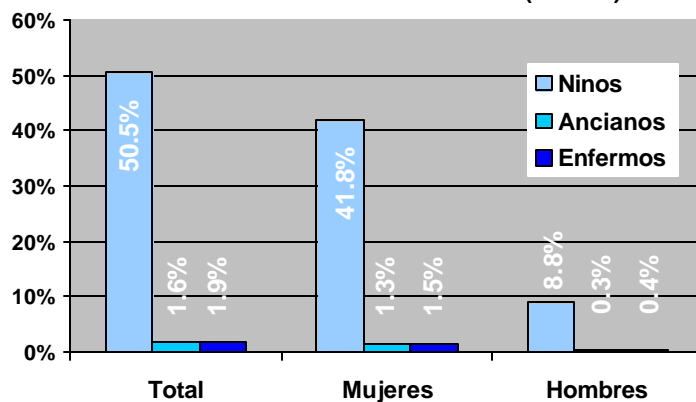
### ¿Qué hacemos?

Se deben adoptar varias medidas para resolver el desajuste que actualmente existe entre la carga pública y domiciliar/comunitaria de atención de salud, y para aliviar o apoyar a las mujeres que están atendiendo uno o más personas enfermas, discapacitadas, o ancianas.

- Se debe aumentar el apoyo a los programas de atención comunitaria y a los centros de salud locales para que puedan asumir más de la carga de atención.
- Los gobiernos deben considerar la posibilidad de descuentos tributarios para las familias o individuos que tienen responsabilidades de atención significativas.
- Se debe llevar a cabo un análisis de los costos y beneficios de las reformas de salud para determinar: a) cuánto dinero están realmente ahorrando el sistema de salud pública, b) el impacto de estas medidas en la carga de trabajo doméstico, no remunerado, de las mujeres, y c) el impacto de las responsabilidades de atención de salud de las mujeres en su propia salud y desarrollo (en términos de ingresos perdidos de empleo, mayores gastos sanitarios en los hogares, las consecuencias emocionales y físicas de la atención, etc.).
- Se deben establecer normas nacionales de control de calidad de la atención domiciliaria para asegurar que los pacientes estén recibiendo atención adecuada y apropiada, y que los prestadores de atención sean versadas y capacitadas antes de asumir sus responsabilidades.
- La protección social como el seguro de salud y discapacidad debe ampliarse para incluir a trabajadores no remunerados de salud, que frecuentemente tienen que abandonar el empleo asalariado para emprender sus responsabilidades de atención.

1. Bernier, J. *Equity and Diversity Approaches for Women Caregivers: The Impact of Health Reform* Nueva Escocia Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, 1999. <http://www.acewh.dal.ca/eng/reports/cesfm.pdf>
2. Centres of Excellence for Women's Health. "Who Cares?" *Research Bulletin*3(1) 2002. [http://www.cewh-cesf.ca/bulletin/v3n1/bulletin\\_vol3no1\\_eng.pdf](http://www.cewh-cesf.ca/bulletin/v3n1/bulletin_vol3no1_eng.pdf)
3. CESDEM. Encuesta experimental de demografía y salud 1999. República Dominicana: CESDEM, 1999.
4. Donelan, K. et al. "Caregiving: Challenges and Implications for Women's Health." *Women's Health Issues* 11(3) 2001.
5. Durán, M.A. *Los costes invisibles de la enfermedad*. España: Fundación BBVA, 2002.
6. Gomez, M. "El trabajo doméstico no remunerado y el sistema de cuentas nacionales de México." Presentación en el Taller de Cuentas de Salud con Enfoque de Género, CEPAL, Santiago, 2001.
7. Reca, I. et al. *Costes no visibles del cuidado de enfermos en el hogar: Una metodología para su estudio*. Chile: OPS, 2000.

**Actividades de cuidado como contribución al total de los servicios no remunerados (México)**



Fuente: Gomez 2001.