

Día Internacional de la Mujer – 2017

Las mujeres en un mundo laboral en transformación: hacia un planeta 50-50 en 2030

El acceso de las mujeres a la protección social en salud: ¡que ninguna mujer quede atrás!

La protección social es un concepto amplio que abarca todas las medidas del Estado para universalizar las prestaciones y los servicios prioritarios, tales como vivienda, trabajo, educación, pensiones y salud.¹ La protección social en salud debe garantizar que todas las personas y comunidades puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. De esta forma, se aborda la salud como un derecho fundamental y un requisito para el desarrollo humano y social.

En el marco de los procesos de reforma de la protección social, se han desarrollado diversos esquemas de protección social en salud (contributivos y no contributivos), tales como el seguro social, microseguros (seguros de salud comunitarios), planes de protección social en salud (focalizados), o programas de transferencias condicionadas, con diferencias significativas en el acceso para mujeres y hombres. Las condiciones en las que las mujeres se insertan en el sector formal e informal del mercado laboral determinan sus oportunidades de beneficiarse de esquemas de protección social en salud, con diferentes implicaciones para su acceso y gasto de bolsillo.

Generalmente, las mujeres se ven excluidas de la seguridad social por su mayor inserción en sectores de baja productividad e informalidad del mercado laboral, situación que limita su autonomía y empoderamiento. Por otro lado, microseguros o seguros de salud comunitarios tienden a no incluir servicios de salud sexual y reproductiva; los planes de protección social en salud se dirigen preferentemente a servicios de salud materno-infantil y no cubren el rango de necesidades integrales de salud de las mujeres; y los programas de transferencias condicionadas focalizan a las mujeres no por derecho propio, sino por ser responsables del cuidado de niños y niñas y adolescentes, perpetuando los roles tradicionales de las mujeres.

Además, por sus necesidades específicas de servicios de salud no cubiertas por la protección social en la salud y las limitaciones que enfrentan para tener acceso a la protección social en salud, las mujeres tienen a pagar más por gasto de bolsillo.

Las diversas situaciones y condiciones de las mujeres deben estar en el centro del debate y el diseño de políticas sobre la protección social en salud, el diseño de esquemas de seguros de salud, la organización de los sistemas y servicios de salud, y los planes de pensión y jubilación.

Ejes de la problemática

1. Las mujeres tienen menores oportunidades de acceso a los sistemas de protección de salud contributivos por las limitaciones que experimentan en el mercado laboral

¹ OPS. 2013. Documento conceptual sobre Protección Social de la Salud (CE152/12).

Las desigualdades de género se asientan en la división sexual del trabajo: las mujeres realizan mayormente el trabajo no remunerado en los hogares, limitando sus tiempos y oportunidades para acceder al mercado laboral, a empleos en el sector formal, beneficios de pensiones y jubilaciones, y mejores salarios. Por su rol reproductivo, muchas mujeres se ven obligadas a interrumpir su permanencia en el mercado laboral o restringir sus opciones a puestos de niveles de jerarquía más altos.²

- En 2014, la participación de las mujeres en el mercado laboral urbano alcanzó el 53% (24 puntos por debajo de los hombres, quienes alcanzaron el 77%); en el área rural, el porcentaje de las mujeres fue el 45% (39 puntos por debajo de los hombres, quienes alcanzaron el 84%).³
- El 79% de las mujeres ocupadas trabaja en sectores de baja productividad, caracterizados por su precariedad e inestabilidad, y por no formar parte del sistema de seguridad social⁴
- Las mujeres reciben el 83,9% del salario que reciben los hombres.⁵
- Una de cada tres mujeres mayores de 15 años que no estudiaban de manera exclusiva no tenía ingresos propios (28,9%), mientras que para los hombres fue uno de cada diez (12,5%).⁶
- Como resultado, las mujeres están sobrerrepresentadas en los hogares en situaciones de pobreza: el índice de feminidad de la pobreza⁷ subió 11 puntos, pasando de 107 en 2002 a 118 en 2014⁸. En los hogares indigentes, dicho índice se incrementó 12 puntos en el período señalado, situándose en 122.⁹

2. La carga de trabajo no remunerado en el cuidado de otras personas es un factor importante que limita las oportunidades laborales de las mujeres

La demanda de este trabajo es creciente debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas –no exclusivamente– con el envejecimiento de la población.

² CEPALSTAT: se define como sector informal o de baja productividad a sectores precarios desde el punto de vista de los salarios, duración en el tiempo, seguridad social, etc. “Se entiende como ocupada en el sector de baja productividad (informal) aquella persona que es empleador o asalariado (profesional y técnico o no) que trabaja en empresas con hasta 5 empleados (microempresas), que trabaja en el empleo doméstico o que es trabajador independiente no calificado (cuenta propia y familiares no remunerados sin calificación profesional o técnica)”.

³ CEPAL, 2016. Autonomía de las mujeres en la agenda de desarrollo sostenible. Gráfico II.19.

⁴ CEPAL, Idem. Pag. 69 y 70.

⁵ CEPAL, Idem. Pag. II.15. Ingresos medios de mujeres y hombres asalariados urbanos de 20 a 49 años que trabajan en forma remunerada 35 horas o más por semana; promedio ponderado de 18 países de la región)

⁶ CEPAL. Idem. Gráfico II.1. (2014, promedio de 18 países de América Latina).

⁷ Número de mujeres pobres de 20 a 59 años por 100 hombres pobres de esa misma edad.

⁸ CEPAL, 2016. Autonomía de las mujeres en la agenda de desarrollo sostenible. Gráfico II.2.

⁹ CEPAL, Idem. Pag. 43.

- Las mujeres realizan entre 71% y 86% del total de trabajo no remunerado que demandan los hogares¹⁰, siendo mayor la carga en hogares pobres.¹¹

3. Las situaciones laborales de las mujeres limitan su acceso a planes de pensiones y jubilaciones con cobertura de salud

Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer, con mayor prevalencia de discapacidades, al mismo tiempo que menores coberturas de programas de pensiones y jubilaciones; ello les ubica en una situación de mayor vulnerabilidad para acceder a los servicios de salud, con consecuencias negativas en los resultados de su salud, y mayor riesgo de incurrir en gastos financieros:

- En 10 países donde hay información disponible (2014), el porcentaje de mujeres de 65 años o más que percibe una jubilación o pensión en el área urbana fue 51,5%; el porcentaje de los hombres alcanzó el 63,5%.¹²
- Las desigualdades en el acceso a pensiones y jubilaciones entre países es notable; en 16 países con información, tenían acceso a ellas entre el 11% y el 92% de las mujeres; el porcentaje para los hombres se situaba entre 16 y 95% (considerando jubilaciones y pensiones contributivas y no contributivas).¹³

4. Las mujeres pagan más por gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo es más alto para las mujeres, tanto en términos absolutos como relativos.

- En la mayoría de países, las personas no aseguradas tienen que pagar de su bolsillo por los servicios de salud, el cual es conocido como la forma más regresiva de financiamiento de la salud con repercusiones más adversas sobre las mujeres.¹⁴
- Por la mayor necesidad de servicios de salud de las mujeres debido a su rol reproductivo y longevidad, las aseguradoras privadas aplican primas y copagos más altos para las mujeres que para los hombres; por otro lado, las mujeres tienen menor capacidad de pago.

¹⁰ CEPALSTAT: Trabajo no remunerado se refiere al trabajo que se realiza sin pago alguno y se desarrolla mayoritariamente en la esfera privada. Se mide cuantificando el tiempo que una persona dedica a trabajo para autoconsumo de bienes, labores domésticas y de cuidados no remunerados para el propio hogar o para apoyo a otros hogares.

¹¹ CEPAL, 2016. Autonomía de las mujeres en la agenda de desarrollo sostenible. Pag. 62.

¹² CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo social de ALC, 2016. Gráfico III.8.

¹³ CEPAL. 2016. Autonomía de las mujeres en la agenda de desarrollo sostenible. Gráfico II.18.

¹⁴ OPS/OMS, Salud en las Américas, Volumen 1. OPS, Washington DC., .2002.

Llamado a la acción para superar las barreras de acceso a la protección social en salud, en el marco de los procesos de reforma de los sistemas de protección social

Las políticas de protección social de la salud deben basarse en el derecho a la salud, abordando y respondiendo a las necesidades específicas de las diversas situaciones de las mujeres. En el marco de los procesos de reformas de los sistemas de protección social, se recomienda:

- No condicionar el acceso a esquemas de protección social en salud al empleo formal o esquemas contributivos.
- Aumentar y mejorar la cobertura de seguros de salud, con equidad, eficiencia y sostenibilidad, promoviendo la eliminación del pago directo en el momento de entrada a los servicios de salud, así como los pagos adicionales de las mujeres por su función reproductiva.
- Brindar servicios de salud integrales para las mujeres en los esquemas de servicios básicos, además de la salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar políticas sociales que aborden el cuidado no remunerado que se realiza en los hogares, sin perpetuar el rol de las mujeres como cuidadoras. Es preciso buscar una distribución justa de este trabajo entre el estado, la comunidad, el sector privado y los hogares, y dentro de estos, entre los hombres y las mujeres.