

EL TRABAJO NO REMUNERADO DEL CUIDADO DE LA SALUD: UNA MIRADA DESDE LA IGUALDAD DE GÉNERO



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

EL TRABAJO NO REMUNERADO DEL CUIDADO DE LA SALUD: UNA MIRADA DESDE LA IGUALDAD DE GÉNERO

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
en las Américas

Washington, D.C. 2020

El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32230-7

eISBN: 978-92-75-32231-4

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	v
Siglas	vi
1 Introducción	1
2 El trabajo no remunerado en salud: aproximaciones teóricas	5
2.1 Primer eje: estudios que analizan el trabajo no remunerado de cuidado en el ámbito específico de la salud	5
2.1.1 Cuestiones generales sobre el cuidado y particularidades del cuidado en salud	5
2.1.2 Contexto general del estado de salud de la población y su relación con el cuidado no remunerado	11
2.1.3 La centralidad de los hogares y de las mujeres en el cuidado de la salud	12
2.1.4 La crisis del cuidado	16
2.1.5 Costo del cuidado de la salud	19
2.1.6 Evidencia empírica sobre el uso del tiempo y la estimación del valor del TnRS	21
2.1.6.1 El caso de México	21
2.1.6.2 El caso de Jamaica	27
2.2 Segundo eje: estudios que analizan la inserción laboral y el impacto del TnRS en la propia salud de los cuidadores	27
2.2.1 Inserción en el mercado de trabajo: obstáculos y desventajas	28
2.2.2 Cargas físicas y psicológicas sobre los cuidadores informales	31
2.3 Tercer eje: estudios que documentan las problemáticas del cuidado en América Latina y las respuestas estatales	34
2.3.1 Marco normativo	36
2.3.2 Políticas de cuidado generales y de cuidado en salud	37

3	La inclusión de la salud en las Encuestas de Uso del Tiempo y las Cuentas Satélite sobre Trabajo no Remunerado	41
3.1	El caso de Colombia	45
3.1.1	Cuenta Satélite de la Economía del Cuidado	47
3.2	El caso de Costa Rica	48
3.3	El caso de Uruguay	53
3.3.1	Los resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados no Remunerados en Salud	55
3.4	México y la incorporación del TnR en las cuentas satélite de salud	57
3.5	Otros países de la Región con cuentas satélite sobre trabajo no remunerado	58
4	Conclusiones: el valor del trabajo no remunerado en salud	59
4.1	Recomendaciones	62
4.1.1	Responsables, funcionarios y técnicos de los ministerios de Salud	62
4.1.2	Responsables de los ministerios de Desarrollo Social, Trabajo, Economía y Finanzas, y Educación; secretarías de Infancia, Personas Mayores, y Personas con Discapacidad	63
4.1.3	Mecanismos para el Adelanto de la Mujer (MAM)	64
4.1.4	Áreas de estadística	64
4.1.5	Recomendaciones transversales	65
4.1.6	Organizaciones de la sociedad civil y sector privado de la salud	65
4.1.7	Personas usuarias del sector salud	66
5	Referencias	67
6	Cuadros	
Cuadro 1.	Valor de la hora de cuidado no remunerado	25
Cuadro 2.	Distribución del tiempo de cuidados en México, por tipo de atención y tiempo promedio semanal	26
Cuadro 3.	Recomendaciones para la medición del trabajo no remunerado en los Consensos Regionales de América Latina y el Caribe	42
Cuadro 4.	Actividades vinculadas con la salud incluidas en la CAUTAL	43
Cuadro 5.	Principales características de la ENUT 2012/2013	45
Cuadro 6.	Inclusión de actividades vinculadas con el cuidado de la salud en la ENUT 2012/2013	46
Cuadro 7.	Principales características de la EUT-GAM 2011	49
Cuadro 8.	Actividades vinculadas con la salud incluidas en la EUT-GAM	50
Cuadro 9.	Definición de actividades vinculadas con la salud en el módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares de Uruguay	54
Cuadro 10.	La valorización del trabajo no remunerado en seis países de América Latina	58

Agradecimientos

A Solicitud de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), este documento fue elaborado por **Lorena Balardini**,¹ **Natalia Gherardi**,² **Lucía Martelotte**³ y **Laura Pautassi**.⁴

Las autoras agradecen especialmente los comentarios y aportes de Lilia Jara, Catharina Cuellar, Ernesto Báscolo, Amparo Hernández-Bello, Ana Cristina González, Juliana Martínez Franzoni, Patricia Cossani, Marcelo Castillo y distintas colegas, funcionarias y funcionarios gubernamentales entrevistados a lo largo de la realización del estudio.

¹ Investigadora y coordinadora del Programa de Género y Derecho de la Facultad de Derecho (UBA), Argentina.

² Directora Ejecutiva del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Argentina.

³ Directora Ejecutiva Adjunta del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Argentina.

⁴ Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Directora del Programa de Género y Derecho de la Facultad de Derecho (UBA), Argentina.

Siglas

ABVC	Actividades básicas de la vida cotidiana
AIVC	Actividades instrumentales de la vida cotidiana
CAUTAL	Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe
CEA	Conferencia Estadística de las Américas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
CCHS-CSIC	Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Costa Rica
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia
DNP	Departamento Nacional de Planeación, Colombia
DPS	Departamento para la Prosperidad Social, Colombia
DAPRE	Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, Colombia
ELA	Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Argentina
ENUT	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, Colombia
EUT	Encuestas de uso del tiempo
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica
FONACU	Fondo Nacional de Cuidados
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres, Costa Rica
JUNACU	Junta Nacional de Cuidados, Uruguay
MAM	Mecanismos para el Adelanto de la Mujer
NNA	Niños, niñas y adolescentes

NFCS	Encuesta Nacional de Cuidado Familiar (National Family Caregiving Survey)
NSFH	Encuesta Nacional de Familias y Hogares (National Survey of Families and Households)
NHIS	Encuesta Nacional de Entrevista de Salud (National Health Interview Survey)
NLTCS	Encuesta Nacional de Cuidado de Larga Duración (National Long-Term Care Survey)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización social del cuidado
PIB	Producto interno bruto
RCP	Programa del Cuidador Itinerante (Roving Caregivers Programme)
RedCudi	Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, Costa Rica
RuFamSo	Rural Family Support Organization
UBA	Universidad de Buenos Aires, Argentina
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SNC	Sistema Nacional de Cuidados, Uruguay
SIPP	Encuesta de Ingresos y Participación en Programas (Survey on Income and Program Participation)
TDCNR	Trabajo doméstico y de cuidado no remunerado
TnR	Trabajo no remunerado
TnRS	Trabajo no remunerado en salud
TRF	The Resolution Foundation



1 Introducción

El cuidado es un término polisémico que engloba un conjunto de actividades, bienes y relaciones destinados a proveer “bienestar” a cada persona en su vida cotidiana a lo largo del curso de vida. El cuidado incluye desde tareas cotidianas esenciales como alimentación, higiene y acompañamiento, afecto, subjetividades y enseñanzas, de acuerdo con la etapa vital de quien recibe cuidados y de quien los provee. Además, durante todo el curso de vida se agrega el autocuidado que cada persona dedica a sí misma. De esta manera, el cuidado en su conjunto constituye un trabajo muy exigente a nivel físico y emocional, que demanda infraestructura, tiempo y recursos, y que se desarrolla de manera ininterrumpida a lo largo de la vida de cada persona. Las interrelaciones que componen el cuidado en su conjunto han sido investigadas por numerosos autores, entre ellos Marco y Rico (2013), Pautassi y Zibecchi (2013), Batthyány (2015), Montaña (2010), Rodríguez Enríquez (2012) y Sojo (2011).

En el caso de la salud, el cuidado asume características específicas, complejas y altamente exigentes que forman parte de un tratamiento médico, de un proceso de recuperación tras una cirugía o de

un acompañamiento permanente en casos de enfermedades crónicas, situaciones de discapacidad, o en afecciones de salud mental. Estos cuidados, con características de “mano de obra intensiva” y que suponen un trabajo “cara a cara y cuerpo a cuerpo”, son indispensables para garantizar la salud de la persona y se llevan a cabo principalmente en los hogares, de manera no remunerada y por parte de las mujeres. Sin embargo, dichos cuidados se encuentran invisibilizados y no han sido abordados en las políticas y acciones estratégicas de salud. Además, el trabajo no remunerado de cuidado de la salud también se extiende a la comunidad por vía de las distintas prestaciones, tareas y labores que realizan las mujeres para personas sin cobertura de seguridad social, en condiciones de vulnerabilidad o que simplemente no tienen “quién los cuide” (Pautassi y Zibecchi, 2010).

La evidencia empírica muestra que brindar cuidados de salud impacta directamente en la calidad de vida de las cuidadoras y en el tipo de atención que brindan, ya que afecta a su salud física y psicológica, manifestándose en síntomas como depresión, ansiedad, irritabilidad, mialgias y problemas circulatorios y articulares

crónicos con un fuerte impacto sobre su autonomía (Hernández, 2012). Los efectos negativos en la salud de las cuidadoras no solo afectan a su bienestar, sino que también representan un costo para el sistema de salud (OPS, 2018).

En este sentido, el debate sobre los bienes públicos es sumamente relevante ya que el cuidado de salud es un derecho humano y como tal impone obligaciones de cumplimiento de estándares precisos de calidad, cantidad, adecuabilidad, adaptabilidad y accesibilidad. De esta manera, el cuidado no remunerado de salud conjuga un reconocimiento como función social y a su vez impone obligaciones a los estados y a particulares.

Este “derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado” (Pautassi, 2007) se fundamenta en el corpus de derechos humanos y está reflejado en consensos regionales, declaraciones, pactos y constituciones políticas en América Latina.¹

La consideración del cuidado como derecho no solo permite ampliar el margen de exigibilidad, participación social, rendición de cuentas y eventual justiciabilidad al establecer obligaciones estatales positivas y negativas de cumplimiento para el Estado, sino que permite desvincularlo de la obligatoriedad de provisión ligada al sistema educativo o al trabajo asalariado

formal. En lo referido a este estudio, el reconocimiento del cuidado como derecho promueve un ejercicio interdependiente de derechos, fortaleciendo la relación entre cuidado y salud.

Tal como señalan Batthyány, Genta y Perrotta (2015: 11), la falta de información y datos confiables sobre la relevancia y las actividades de cuidado de la salud que ejercen las familias dificulta la definición, formulación y ejecución de políticas sanitarias. Las autoras advierten sobre la necesidad de desarrollar nuevos indicadores que midan el tiempo y el esfuerzo que las familias dedican al cuidado de la salud de sus integrantes en el contexto de su impacto directo sobre las condiciones de salud de la población.

Hasta ahora, el cuidado no remunerado de salud no ha sido abordado por una agenda de políticas públicas articuladas y específicas en salud, sino que se ha avanzado en acciones puntuales, en muchos casos altamente fragmentadas y heterogéneas, sin una clara visibilización del carácter público del cuidado y por lo tanto de responsabilidad estatal. Paralelamente, se continúa reforzando la “naturalización” del cuidado como responsabilidad familiar y de las mujeres, invisibilizando así su tiempo y trabajo (OPS, 2008).

El presente estudio realiza un abordaje desde un enfoque de género

¹ Las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe sentaron las bases para su reconocimiento como derecho humano. El consenso de Quito (2007), el de Brasilia (2010), el de Santo Domingo (2013) y la Estrategia de Montevideo (2016) han reconocido el cuidado como derecho humano. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) lo reconoce explícitamente, al igual que la Constitución de la Ciudad de México (2017).

y de derechos, en armonía con los lineamientos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En especial, se enmarca en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; el ODS 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, en particular la meta 5.4: “Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país”; y el ODS 10: “Reducir la desigualdad en y entre los países” con la necesaria vinculación y el reconocimiento del trabajo no remunerado, fortaleciendo los abordajes intersectoriales e integrales.

El objetivo principal del presente documento ha sido analizar las definiciones más extendidas de términos relacionados con el Trabajo no Remunerado en Salud (TnRS) y revisar de manera sistemática las iniciativas de medición, valoración, integración o reconocimiento del cuidado de salud no remunerado en los sistemas o políticas nacionales de cuidado, en los modelos de atención de salud y en las encuestas de uso del tiempo en países seleccionados de América Latina.

La revisión bibliográfica se estructuró en torno a palabras clave definidas en las etapas preliminares de la investigación, utilizando motores de búsqueda de publicaciones tanto académicas como de materiales de política pública e incidencia. La búsqueda no se limitó a América Latina, sino que se extendió a países europeos

y anglosajones, con la intención de contribuir a un diálogo disciplinar entre regiones. Se priorizó también en la búsqueda la mirada interdisciplinaria, para abarcar las discusiones que tienen lugar en las ciencias médicas, ciencias sociales, economía y políticas públicas. La modalidad de búsqueda prosiguió con la técnica de la bola de nieve a partir de textos relevantes, que permitieron identificar otros a su vez, hasta la saturación teórica de un tema. También se contactó con funcionarias y funcionarios, particularmente en los ministerios sectoriales (salud, desarrollo social, áreas estadísticas y MAM), investigadores, e integrantes de organizaciones de la sociedad civil para corroborar los datos empíricos, recabar nueva información y avanzar en temas de la agenda regional relevantes al TnRS.

Para esta parte del análisis se seleccionaron tres países representativos de diferentes formas de organización del sector salud en la Región para realizar el abordaje exploratorio de la vinculación entre cuidado y salud. Se trata de Uruguay, en representación de los países del Cono Sur y que presenta como rasgo distintivo la conformación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, primera iniciativa regional de abordaje integral del cuidado remunerado y no remunerado. El objetivo de este sistema es incrementar el acceso, la cobertura y la mayor articulación de infraestructura para el cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNA), pero también para personas mayores dependientes, personas con discapacidad y enfermos. El segundo país seleccionado es Costa Rica, donde la Ley 9220 de 2014 estableció la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, enfocada en NNA.

Y por último, se analizó el caso de Colombia, que avanza en la visibilización de la economía del cuidado mediante su Ley 1430 de 2010 y la conformación de una Comisión Intersectorial en 2015, de la cual forma parte el Ministerio de Salud, y que promueve un desarrollo importante en iniciativas en el campo de la salud.

Las conclusiones proponen una serie de recomendaciones dirigidas a

incorporar el cuidado no remunerado en salud a las agendas de investigación académica y a los diseños de políticas de salud, tanto en los ministerios de salud, los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer (MAM), los ministerios de trabajo y seguridad social, en desarrollo social, institutos o áreas de estadística, políticas de infancia, y para personas mayores o con discapacidad, de manera transversal y con un enfoque de género y derechos.





2 El trabajo no remunerado en salud: aproximaciones teóricas

Para definir el concepto de TnRS de forma precisa, identificando todo su alcance, es necesaria una extensa revisión bibliográfica y de experiencias nacionales. Se identificaron tres ejes principales en la literatura especializada alrededor de los cuales se define el concepto. Los dos primeros corresponden a estudios que presentan categorías conceptuales, mientras que el tercero remite a informes con experiencias de políticas concretas. Todos incluyen datos estadísticos y sistemas de registro que pueden servir de referencia para futuros abordajes metodológicos.

2.1 Primer eje: estudios que analizan el trabajo no remunerado de cuidado en el ámbito específico de la salud

Los estudios analizados que se corresponden con este eje consideran el cuidado en salud como una actividad económica difícil de medir en esos términos debido a la división sexual del trabajo, a la transferencia de responsabilidad a los hogares y por el tipo de actividad que desempeñan las mujeres cuidadoras en el marco del “saber experto de la medicina”.

Se trata de análisis realizados desde disciplinas como sociología, estudios del trabajo, de género y antropología de la salud, con un enfoque centrado en el aspecto económico. A continuación, se enumeran las principales temáticas y cuestiones conceptuales abordadas por este primer conjunto de textos.

2.1.1 Cuestiones generales sobre el cuidado y particularidades del cuidado en salud

En general, la mayoría de los estudios caracterizan al cuidado general y al cuidado en salud como una actividad económica. El énfasis está puesto en destacar que se trata de un trabajo, si bien de carácter difuso, generalizado, invisibilizado, difícil de medir y, en muchos casos, no remunerado.

Estos estudios afirman que el cuidado es más bien una “responsabilidad general” que una actividad específica, y por tanto rebasa cualquier posible desagregación, por minuciosa que sea. En términos de la economía mercantil, el cuidado se asimila a las tareas de vigilancia, que no se miden por las tareas específicas desarrolladas sino más bien por el tiempo de incompatibilidad con otras actividades. En este sentido, es una actividad paradigmática del sector servicios (Durán, 2000: 12).

Por un lado, hay oficios que son específicamente de cuidado; pero, por otro, el trabajo del cuidado es algo transversal a muchas actividades y no se restringe solamente al ámbito de los servicios. ¿Quién no tiene en su familia [...] alguien con el mal de Alzheimer, un niño discapacitado, alguien con cáncer? Es parte de la vida cotidiana de la gente, y es también una manera de dar presencia a nuestra vulnerabilidad (Wlosko y Ros, 2015).

De acuerdo con la literatura revisada, existe una clasificación del tipo de cuidado en salud que tiene incidencia en quién cuida y por qué medios. Jens Lundsgaard (2005) analiza el cuidado de la salud de personas mayores en once países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)². El análisis parte del concepto de “envejecer en el propio hogar” (*ageing in place*), que consiste en recibir apoyo mediante financiamiento público para el cuidado de largo plazo en el hogar. El autor sostiene que estos países, con algunas diferencias, implementan arreglos de cuidado cada vez más flexibles que terminan favoreciendo las estrategias informales de cuidado; si bien, en todos los casos analizados, existe una transferencia de recursos desde los estados a los pacientes para solventar sus gastos de cuidado en el hogar.

Como resultado, Lundsgaard diferencia los cuidados “curativos” y “rehabilitativos o rehabilitantes” del cuidado en salud “prolongado” o “de largo plazo” a personas con alguna discapacidad o enfermedad crónica. Por otra parte, tal como señala la OMS (2015), las personas mayores no siempre requieren cuidados especiales, salvo que tengan enfermedades con repercusión física o cognitiva.³

Aquellas personas que requieren cuidado de largo plazo poseen limitaciones para realizar por sí mismas las llamadas actividades

básicas de la vida cotidiana (ABVC), como comer, vestirse, bañarse, levantarse de la cama y acostarse, ir al baño, y contener las necesidades fisiológicas, o las llamadas actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC), que permiten a una persona vivir independientemente, como preparar sus propias comidas, limpiar, lavar la ropa, tomar la medicación, caminar o tomar transporte hacia el centro médico, hacer compras, usar elementos tecnológicos y de comunicación, entre otras. Otro de los abordajes sobre los tipos de cuidado en salud que se han identificado en los hogares describe las siguientes tareas: higiene corporal y del hogar, nutrición, vigilancia para prevención de accidentes y enfermedad, ejercicio, regulación térmica del hogar, y gestión y complementación de la atención sanitaria, entre otros (Durán, 2000: 16). La diferencia entre el cuidado prolongado y el cuidado curativo o de rehabilitación es que estos últimos tienen por objetivo cambiar la condición médica de una persona mientras que el cuidado de largo plazo solamente compensa una inhabilidad que se extiende en el tiempo. Estos tipos de cuidado de la salud no son excluyentes y pueden combinarse (Lundsgaard, 2005: 9).

Este autor define el cuidado informal como aquel TnRS llevado a cabo por cuidadores como esposos/as, parejas, otros miembros del hogar, otros miembros de la familia, amigos o vecinos con los que la persona que requiere cuidados tiene una

² Alemania, Australia, Austria, Canadá, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

³ Tal como lo ha definido la OMS (2015), “los sistemas de cuidados de largo plazo posibilitan que las personas mayores que experimentan pérdidas significativas de capacidades reciban el cuidado y apoyo de otros en consonancia con sus derechos y libertades fundamentales y su dignidad humana”.

relación previa.⁴ También pueden ser voluntarios, generalmente vinculados a alguna organización de la sociedad civil o religiosa. Para ser considerado informal, el cuidado no puede pagarse como si fuera un servicio, aunque no es inusual que el cuidador o la cuidadora reciba una transferencia monetaria. En el “cuidado formal” prevalece una relación laboral, ya sea en el hogar de la persona que requiere cuidados o en una institución pública o privada de cuidado de la salud. La única diferencia entre un tipo de cuidado y otro son las condiciones de la persona que lo provee, pero las tareas son las mismas (Lundsgaard, 2005: 9).

Arno, Levine y Memmott (1999: 182) denominan “cuidado informal no remunerado” al proporcionado por familiares y amigos a pacientes crónicos, enfermos terminales, o personas que sufren algún tipo de discapacidad.

Según Levine (1999), cuando el cuidado es asumido por la familia implica relaciones íntimas, un espacio privado en el que se realiza, ausencia de intercambio monetario (en la mayoría de las ocasiones), y falta casi total de regulación externa. La mayoría de los cuidadores familiares consideran su rol como “natural”, o como una parte frustrante y pesada, pero inevitable, de la vida familiar. Puede incluso que no se reconozcan como cuidadores, sino como esposas o esposos, hermanos, hijos, parejas, acompañantes u otros (Levine, 1999: 346).

En otro trabajo, Durán (2004) clasifica el tipo de servicios de cuidado que prestan los hogares en tres categorías:

i) servicios de infraestructura básica y atención personal (higiene, vestido, alimentación, ejercicio, alojamiento y relaciones sociales); ii) servicios no remunerados de atención a la enfermedad y discapacidad (diagnóstico previo, suministro de medicinas, monitoreo de síntomas, control de signos, inyecciones, curaciones y transporte) y iii) servicios de enlace con el sistema institucional de salud (solicitud de citas, pagos, trámites y obtención de medicamentos).

Los datos del censo de población correspondiente a 2011 en Reino Unido ofrecen información sobre quiénes son estas personas cuidadoras: las mujeres fueron responsables de una mayor proporción de TnR de cuidado que los varones. En Inglaterra, el porcentaje de diferencia fue de un 2,9%, mientras que en Gales fue del 3,2%. De esta forma, se constata una brecha de género particularmente notable entre los grupos etarios de 25 a 49 años y de 50 a 64 en ambos países. “Sin embargo, entre las personas de 65 y más, la disparidad se revierte, con un mayor porcentaje de varones que proporcionaron cuidado no remunerado tanto en Inglaterra como en Gales” (Stokes, 2013: 3).

Otro elemento destacado en la revisión de literatura es la percepción del cuidado no remunerado en el contexto de la estructura jerárquica del sistema de atención. Algunos autores señalan que,

[...] la gente que tiene puestos jerarquizados (administradores, médicos y hasta enfermeras) no tiene mucha confianza en la capacidad

⁴ Según la OMS (2015: 246), el cuidado informal es “cuidado no remunerado proporcionado por un familiar, amigo, vecino o voluntario”.

de los cuidadores informales: las ayudantes, los familiares, mucha gente que hace el trabajo básico de cuidado. Estas personas no tienen legitimidad desde la mirada de la jerarquía. Aquí hay un trabajo muy importante a realizar a fin de pasar del paradigma de visibilidad y reconocimiento (Wlosko y Ros, 2015).

Eduardo Menéndez (1990, citado en Esteban, 2003) ha agrupado los argumentos que frecuentemente se utilizan para descalificar la atención de salud en los hogares en tres grandes bloques:

i) Es irrelevante para la estructura sanitaria y sus políticas, considerándose algo complementario, suplementario o residual; ii) constituye una fuente de problemas, ya que retarda la atención profesional y produce efectos colaterales y riesgos; y iii) constituye un recurso tácito a instrumentar en una sociedad sometida a un proceso de desigualdad progresiva con respecto a los elementos básicos de protección de la salud.

Sin embargo, diversos estudios demuestran que esta atención precede, sustituye, influye, evalúa y se asocia siempre con las directivas profesionales, por lo que el autotratamiento es apropiado y efectivo, incluso desde criterios profesionales (Menéndez, 1990).

Desarrollando las premisas de Esteban (2003: 12), que considera, desde una perspectiva feminista, que la autoatención no es más que “lo que hacen gratuitamente las mujeres por la salud de los demás”, algunos de estos argumentos contra el cuidado no remunerado pueden ser entendidos

como formas de descalificación de género. Estas descalificaciones son utilizadas cotidianamente por los trabajadores sociales y de salud y por los responsables políticos que contribuyen a jerarquizar los trabajos, saberes y contribuciones culturales de varones y mujeres. En el ámbito de la salud se acepta de buen grado el papel de las cuidadoras, siempre que estas sigan de forma obediente las pautas médicas.

En este contexto, y de acuerdo con Esteban (2003), el modelo antropológico aplicado a la investigación sanitaria podría permitir valorizar el aporte de las mujeres cuidadoras a la salud. Esto implica considerar a las mujeres como expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras. Para ello, es necesario conocer mucho más sobre el día a día de los cuidados, las estrategias llevadas a cabo por las cuidadoras, las diferencias entre ellas a lo largo de variables concretas (clase social, edad, etnia, orientación sexual, ocupación, etc.), y las dificultades y tensiones concretas que enfrentan las mujeres y sus familias.

Tal como señala Esteban (2003: 10-11), “en los modelos teóricos dominantes se produce un desajuste absoluto a la hora de valorar la importancia de las funciones asistenciales realizadas dentro y fuera del sistema, estando los cuidados sanitarios totalmente hipervisibilizados y cosificados frente al resto”.

En América Latina se encontraron dos ejemplos de este tipo de investigaciones en los trabajos de Rosa María Osorio (1999a, 1999b) y Lilián González Chévez, El pulso de la

sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano. Tesis doctoral sin publicar, 1998.

Las autoras abordan aspectos relativos a la atención de salud ofrecida por dos colectivos distintos de mujeres mexicanas de clase baja en el entorno doméstico, mostrando el papel fundamental de las mujeres en el mantenimiento de la salud de la población. Osorio trabajó con un grupo de madres de la ciudad de México, analizando sus sistemas de saberes sobre los padecimientos de sus hijos, así como su posición en este sentido. En uno de sus artículos (1999a), y siguiendo a Finnerman (1989) y Zolla y Carrillo (1998), subraya la falta de reconocimiento del papel de la curadora desde el modelo médico hegemónico, en un contexto donde la biomedicina no alcanza a la mayoría de la población:

La madre aparece como la receptora de las indicaciones médicas, como la 'cuidadora', protectora, educadora, pero pocas veces se valora su papel como curadora, como parte fundamental de los sistemas de atención a la salud y como el recurso no solo más estratégico y accesible, sino también con un nivel relativamente alto de eficacia y eficiencia, en términos de costos y resultados para el grupo doméstico (Osorio, 1999a: 66).

Asimismo, destaca que las propias mujeres subestiman sus conocimientos sobre salud y se subordinan al saber médico o de su pareja, a pesar de ser las depositarias de un gran conjunto de saberes y de que la inmensa mayoría de las

actividades de atención pasan por sus manos (Osorio, 1999a).

La medicina “tradicional” o “ancestral” también representa un enorme conjunto de saberes fuera de la institucionalidad, correspondiente, de forma no exclusiva, a los sectores rurales de América Latina, especialmente en algunos países con presencia mayoritariamente indígena (Jiménez Cabrera et al. 2015).

Desde un enfoque de derechos humanos, es clave considerar y respetar las prácticas culturales. En este sentido, la medicina tradicional herbolaria (recetas ancestrales derivadas de plantas nativas) ha sido considerada como una alternativa terapéutica básica para un vasto sector de la población rural que no tiene acceso a la medicina alopática. Jorand (2008) menciona que la población rural no constituye un mercado significativo para la medicina privada por el bajo nivel de sus ingresos, y encuentra en la medicina tradicional un medio para preservar su salud. En este sentido, la sistematización de saberes mediante estudios que los recuperen e incentiven el uso tanto del huerto familiar o la parcela con especial participación del grupo familiar, será siempre el elemento central para poder aprehender la medicina familiar tradicional y podría impulsar el desarrollo rural (ibídem). Bañuelos (2007) sostiene que la sabiduría indígena sobre el uso y la conservación de las plantas se vincula con la cultura, la identidad, el territorio y el desarrollo; es decir, los recursos vegetales son considerados producto de la cultura, y son constantemente amenazados por el avance de la medicina alopática de los grandes centros urbanos.

En México, Jiménez Cabrera et al. (2015) sostienen que la atención de salud en el sector rural ha desarrollado un modelo mixto donde coexisten tanto la medicina tradicional como la medicina alopática. La elección de uno u otro tipo de atención depende de los síntomas de la enfermedad, así como de la consideración del padecimiento como natural (del cuerpo) o sobrenatural (del espíritu) según sus percepciones. El modelo mixto de atención de salud es definido como:

Un concepto que no se limita al pasado, sino que abarca el proceso por el que el conocimiento (popular o científico) se socializa e incorpora a la cotidianeidad de los individuos y las colectividades, facilitando la construcción de nuevos conocimientos, teorizaciones y prácticas (Espínosa, 2009).

En América Latina, hay una presencia mayor en las instituciones de un tipo de régimen “familiarista o familiarista”, donde la responsabilidad principal del bienestar se delega en las familias y dentro de ellas a las mujeres en las redes de parentesco. Este tipo de organización social del cuidado (OSC), donde prima el trabajo de cuidado no remunerado y la unidad que recibe los beneficios es la familia, es la más extendida en América Latina y los países mediterráneos (Razavi, 2007). Los supuestos de este régimen son la centralidad de la institución del matrimonio legal y una división sexual del trabajo rígida. En aquellos estados que presentan un régimen “desfamiliarizador” (Esping Andersen, 2000), se observa un traslado hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. En este tipo de organización social del cuidado, el trabajo es remunerado y la unidad que recibe los

beneficios es el individuo. Ahora bien, estos regímenes no se manifiestan “en forma pura y absoluta”, sino que son de lo más variados y muestran diferentes ritmos de evolución (Batthyány, 2015: 14).

Actualmente, las condiciones del contexto poblacional y de los sistemas de salud están produciendo un nuevo traslado del régimen desfamiliarizador a uno familiarista. La preocupación por el cuidado de las personas ha adquirido un carácter de urgencia debido a los cambios demográficos y las consiguientes demandas y necesidades sociales de cuidado. Por otra parte, las reconfiguraciones del sector salud han reducido las prestaciones y han trasladado las responsabilidades del cuidado de regreso a los hogares (y por lo tanto a las mujeres).

Cada vez hay más personas dependientes que requieren cuidados especiales, pero escasean los servicios públicos y privados disponibles para ellos. Por eso, las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado de las personas mayores y de NNA, sin mencionar los cambios en el sistema de salud pública que dejan en manos de los hogares el cuidado de los procesos de salud-enfermedad (Batthyány, 2015: 16).

Esta provisión de cuidados en salud, en uno u otro tipo de régimen de bienestar, prestada principalmente por las familias, se encuentra invisibilizada y no se considera un trabajo. La desvalorización de las tareas de cuidado en salud, de mayor complejidad en relación con otro tipo de cuidados, es la consecuencia de esta falta de remuneración, así como de los

múltiples vectores de discriminación de género persistentes. Esta frontera clara entre aquellas tareas que se prestan en el contexto del sistema de salud y las que se prestan de manera no remunerada en los hogares (por las mujeres) tiene un impacto notable en el entorno familiar y personal. Un ejemplo es el caso de los cuidados que demanda la salud mental.

Los cuidados de salud que se brindan en el marco del sistema institucional de salud, que integra instituciones públicas y privadas para ofrecer servicios profesionales y remunerados a cargo de recursos humanos en salud, constituyen “solo la punta de un iceberg en el que el cuidado no remunerado, sobre todo dentro de las familias, se configura como un verdadero sistema invisible de atención a la salud” (Durán 2008, citada en Batthyány, Genta y Perrotta, 2015: 6).

2.1.2 Contexto general del estado de salud de la población y su relación con el cuidado no remunerado

La literatura analizada coincide en que los países se enfrentan a tendencias demográficas de envejecimiento poblacional y alargamiento de la esperanza de vida, lo cual implica una mayor tendencia a enfermedades crónicas o situaciones que generan algún tipo de discapacidad física o mental, al mismo tiempo que demanda más cuidado.

En primer lugar, se ha observado un aumento de los diagnósticos de enfermedades crónicas, particularmente en la población mayor de 65 años, aunque por lo general estas no limitan las actividades habituales de los enfermos. Ahora bien, esto

no significa que estas personas no requieran cuidados y asignación de recursos de tiempo, organización y dinero, o que no entrañen preocupaciones o sufrimientos de otra índole (Durán, 2000: 23). El hecho de que no supongan un impedimento concreto e inmediato avanza en la invisibilización de las tareas de cuidado y, en el caso del autocuidado, particularmente de las mujeres, esta provisión de cuidados se agrega a las demás tareas.

En segundo lugar, el marcado descenso de la tasa de natalidad y diversos cambios en las estrategias reproductivas que se vinculan con el envejecimiento de la población han producido cambios a nivel de la relación de dependencia (Esteban, 2003: 3). La relación de dependencia directa entre NNA que necesitan ser cuidados y personas en edad activa (de 15 a 65 años) con capacidad potencial para cuidar ya no es la prevalente, sino la dependencia total reflejada en el número de personas inactivas mantenidas por las personas activas. Sin embargo, cabe señalar que estas relaciones suelen ser engañosas, porque las personas con capacidad de cuidar a niños y niñas dependientes también cuidan a personas mayores. Esta es una de las situaciones recurrentes en América Latina, que advierte sobre la carga y magnitud de las necesidades de cuidado (Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014). Por otra parte, la información disponible indica que muchas personas mayores se declaran como autoválidas o independientes, por lo que a priori no requerirían cuidados personalizados, aunque sí requieren atención general. Esta tendencia demográfica pone de relieve la importancia de contar

con instrumentos de medición que permitan precisar los niveles de dependencia de las personas mayores en la Región.

En tercer lugar, debido a que la mayor parte de los cuidados de la salud tienen lugar en los extremos del curso de vida, que transcurren mayoritariamente en el ámbito doméstico, la mayoría de cuidadoras no llegan a abandonarlo nunca. Incluso aquellas personas integradas en la estructura productiva vuelven a asumir el cuidado del hogar cuando contraen enfermedades, sufren accidentes, caen en dependencias que les incapacitan para la vida institucional o alcanzan una edad en la que el riesgo de contraer una situación incapacitante es elevado (Durán, 2000: 17).

Estas tendencias demográficas han recaído en un aumento del gasto público en salud. Las presiones financieras resultantes han llevado a distintos países a modificar su gestión del gasto tradicional. Como consecuencia, aumentó la cantidad de servicios de cuidado brindados en el hogar y las comunidades por cuidadores no remunerados. La literatura indica que los costos asumidos por los cuidadores no remunerados, incluidos el tiempo destinado y los costos de productividad, a menudo corresponden a proporciones significativas del gasto público en salud. Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones económicas no los incluyen (Tranmer et al., 2005: 449).

Uno de los cambios dominantes en la provisión de cuidado de la salud se ha producido en el lugar donde se desarrolla el cuidado. Entre los años noventa y 2000, en Canadá

y Estados Unidos se produjo un “éxodo” del hospital al hogar. Las estancias hospitalarias han decrecido dramáticamente y muchos aspectos del cuidado suceden en el hogar con las consecuencias que esto implica para las y los integrantes de dicho hogar (Coyte y McKeever, 2001).

2.1.3 La centralidad de los hogares y de las mujeres en el cuidado de la salud

La literatura analizada coincide en que la sustentabilidad del sistema de salud depende, en buena medida, de las prestaciones no remuneradas llevadas a cabo en los hogares (mayoritariamente por mujeres).

Existe una “relación mediatizada” entre los sujetos individuales y los servicios institucionales de cuidado de la salud.

En un sistema económico altamente monetarizado, la enfermedad se convierte en productora de mercancías: el cuidado médico, los fármacos, las instalaciones, los desplazamientos, las pensiones y subsidios, generan una gran corriente monetaria alimentada por el mercado privado y las instituciones de seguros o coberturas públicas (Durán, 2000: 17).

El sistema sanitario institucional aporta el diagnóstico y los tratamientos más cualificados, pero la enorme demanda de cuidado se satisface mayoritariamente fuera del sistema sanitario institucional, en forma de trabajo no remunerado. No obstante, el interés institucional en estudiar los costos sanitarios no se ha visto reflejado en un interés por conocer los costos de tiempo no mercantil generados por el cuidado de la salud (Durán, 2000: 17).

A nivel coyuntural, se destaca que la crisis financiera ha llevado a un control del gasto público mayor, lo cual repercute en el cuidado de la salud. Muchos países han comenzado a limitar el gasto público en salud alentando a los individuos a que envejezcan en sus propios hogares, para lo cual la inversión de servicios financieros públicos es más baja, aunque la carga económica impuesta a los individuos y sus familias es más grande. Al respecto, los trabajos de Lilly, Laporte y Coyte (2007) profundizan en esta “tercerización” de responsabilidades de cuidado a los hogares.

En la República de Corea, y España y otros países del sur de Europa, el cuidado de larga duración es en buena medida provisto de manera informal por las familias. Otros países de la OCDE como Alemania, Australia, Austria, Irlanda, Luxemburgo y Reino Unido tienen niveles considerables de financiamiento público para el cuidado de larga duración.

Un punto importante destacado por la literatura es que aunque el hogar ha sido el espacio primario de cuidado de la salud durante la mayor parte de la historia, los cambios a nivel social y demográfico hacen que no sea idóneo ni adecuado en términos de costo. En primer lugar, el número de mujeres (históricamente las cuidadoras de los miembros enfermos de la familia) que han ingresado al mercado laboral ha crecido sustancialmente. Esto genera interrogantes respecto de su deseo y disponibilidad para desempeñar estas actividades en el futuro. En segundo lugar, la mayor esperanza de vida aumenta inevitablemente la tasa de incapacidad, obligando a las personas a

permanecer en su hogar hasta edades muy avanzadas. Consecuentemente, y tal como fue señalado, la duración del cuidado se ha extendido y el trabajo de los y las cuidadoras se ha complicado, con tareas que van desde cambiar tubos de gastrostomía y bolsas de colostomía, a proveer quimioterapia en el hogar (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 642).

El cuidado de la salud actual combina la asistencia en el hogar con prácticas médicas y de salud pública propias de los sistemas de la salud. Entre ellos existen estrechas relaciones de complementariedad y sustitución que expresan las relaciones Estado-mercado-familias, principales ámbitos de producción de bienestar social y salud. Sin embargo, a pesar de ser más complejo y de que la mayor parte de la atención sanitaria se desarrolla en los hogares, sólo recientemente se ha reconocido el cuidado en el hogar como parte del sistema de salud (Hernandez Bello, 2009: 175).

La indagación realizada en este estudio ha permitido identificar diversas formas de acción colectiva que han comenzado a desarrollar experiencias para preservar la salud de sus integrantes. Estas experiencias tienen como último objetivo ampliar o complementar las acciones impulsadas por el Estado, acudiendo en general a recursos que provienen del propio Estado o de la cooperación internacional. Se trata de una tendencia incipiente que no alcanza a constituir un nuevo subsector, pero este tipo de iniciativas cobran especial relevancia, particularmente para un gran número de personas que cuenta con una cobertura de salud muy inferior a sus necesidades, a lo que se suman las

grandes desigualdades en el acceso a factores básicos determinantes de la salud, tales como la alimentación y el acceso a infraestructura urbana, especialmente el agua potable. Buriyovich y Pautassi (2005: 73) señalan que la acción colectiva en salud tiende a configurarse en torno a los siguientes ejes: democratización social, superación de la pobreza, problemas socioambientales y ampliación de derechos. Los canales colectivos de participación en salud, por lo general, son los informales, y los sujetos de estas acciones deciden participar por distintos motivos: i) para proveerse de los elementos necesarios para el cuidado de su salud (medicamentos, servicios médicos, etc.); ii) en reivindicación de derechos (derechos reproductivos, lucha por la no discriminación, etc.) defendidos por las organizaciones de mujeres o colectivos LGTBI, para después dirigirse a los servicios de atención médica; iii) tras tomar conciencia acerca de la necesidad de democratización del conocimiento médico; y iv) como parte de reclamos ambientales vinculados a organizaciones internacionales.

Esta dinámica está conformando un nuevo subsector de salud en muchos países, denominado el “cuarto sector”, donde los organizadores externos no son figuras de salud reconocidas. En la mayoría de los casos se trata de asociaciones sin fines de lucro cuyos objetivos incluyen el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que habitan en los sectores populares. Para ello, proporcionan asesoramiento técnico profesional a las organizaciones de base, facilitando que estas reclamen ante el Estado la solución de sus

problemas. Otro de sus propósitos es la capacitación de promotores de salud en las comunidades y actuar como amplificadores de programas estatales de atención médica. Los promotores de salud adquieren roles de liderazgo en sus organizaciones, trabajando frecuentemente en las áreas de salud reproductiva y planificación familiar (Buriyovich y Pautassi, 2005: 734).

Una parte muy importante de las acciones descritas es realizada por mujeres que no reciben remuneración alguna por su trabajo. El voluntariado es una modalidad de trabajo que se presta como servicio social gratuito, pero que requiere de la aplicación de competencias específicas. Este se compone en su mayoría por mujeres voluntarias trabajando bajo condiciones de gran precariedad y por trabajadores autónomos cuya facturación depende del financiamiento de los proyectos.

La literatura indica que las mujeres tienen un rol central en el cuidado de la salud de los miembros del hogar. En primer lugar, tienen una participación mucho más activa como acompañantes en las consultas y tratamientos, hasta tal punto que, cuando un problema de salud afecta principalmente al padre de familia, suele ser una mujer (esposa, madre, hija) la que acaba acudiendo a las consultas en búsqueda de ayuda. De esta manera, es ella la que llega a ser tratada directa o indirectamente a consecuencia de dicho asunto (Esteban, 2001: 230-231, citado en Esteban, 2003: 14).

Esta feminización de las tareas de cuidado y las estructuras y

valores sociales que la acentúan se ve reforzada por las políticas de salud a través de tres mecanismos identificados por Hernández Bello (2009: 178-180).

El primero concibe a las mujeres como recurso para extender la cobertura y lograr buenos resultados en salud. Es el caso de los programas de salud pública y atención primaria que miden su efectividad por las acciones de control de síntomas, tratamiento en el hogar, vigilancia de riesgos y enlace con el sistema formal que realizan las madres, o el de los programas que incentivan el trabajo voluntario y solidario con la salud comunitaria.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978) se afirmaba: “En casi todas las sociedades las mujeres desempeñan una función importante en el fomento de la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden hacer una importante contribución a la atención primaria de salud, en especial para aplicar medidas preventivas” (OMS/UNICEF, 1978: 73).

El segundo mecanismo también considera a las mujeres como recurso para aumentar la eficiencia, pero no por la vía de una mejora en los resultados sino como estrategia para la reducción de costos, al contar con mano de obra gratuita y sin el compromiso de remuneraciones o contribuciones a la seguridad social.

Un ejemplo de este enfoque son los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos (PTCI), que proporcionan recursos a las mujeres de familias en situación

de pobreza extrema que cumplan corresponsabilidades específicas, entre ellas, chequeos médicos, vacunación y asistencia a la escuela de las niñas y los niños. A menudo, estas condiciones imponen cargas adicionales al trabajo de cuidado de las mujeres, y aunque algunas evaluaciones de estos programas parecen mostrar efectos positivos para algunas mujeres, lo cierto es que la sobrecarga de trabajo, las tensiones y las implicaciones sobre el uso del tiempo destinado al cuidado, así como la subvaloración económica y social del trabajo, aparecen como efectos negativos de la intermediación del bienestar (Daeren, 2004; Serrano, 2005; Pautassi y Zibecchi, 2010).

Por último, están las políticas y programas que, orientados por el control del gasto sanitario, trasladan a los hogares las responsabilidades y costos de la atención. Se trata del reflejo de una tendencia más general de la política social que sustituye las previsiones amplias de los sistemas de seguridad social por una noción de protección social en la que se delegan al mercado y las familias muchas de las funciones que antes eran de responsabilidad gubernamental (Montaño y Rico, 2007). Estas políticas de privatización de los servicios y de aseguramiento ligado al empleo erosionan la provisión pública de servicios de atención. Las estrategias de contención del gasto público (p. ej., reducción de camas, disminución de estancias hospitalarias, desinstitucionalización de enfermos mentales y crónicos y aumento de la atención ambulatoria) refuerzan una visión promercado y antiintervención estatal de la salud, de acuerdo con las reformas estructurales promovidas por la banca multilateral (Navarro, 2007).

citado en Hernandez Bello, 2009). Todos estos programas, políticas y estrategias son “ciegos” frente al género e implican inequidades, ya que ignoran la división sexual del trabajo y la mayor responsabilidad de las mujeres en el cuidado, dan por supuesta su disponibilidad de recursos, obligación moral y la gratuidad de su tiempo, y desconocen las repercusiones laborales y económicas.

Por último, Kemper (1992, citado en Wolf, 1999: 369) muestra cómo entre las personas mayores con alguna discapacidad, tener esposo/a e hijos está asociado con un menor uso de servicios formales de cuidado de la salud, y la recurrencia al cuidado “informal” en el hogar.

2.1.4 La crisis del cuidado

El cambio en el “espacio del cuidado” descrito en la sección anterior tiene un impacto sobre quién paga y quién brinda el cuidado. En los países centrales, el cuidado hospitalario es provisto por programas nacionales, pero el cuidado en el hogar no necesariamente es cubierto por un seguro público de salud. Una vez fuera del hospital, la carga sobre la familia (y por lo tanto sobre las mujeres, que piden ayuda a amigas para asistir o tomar la responsabilidad y el financiamiento de la provisión de cuidado de la salud) es cada vez mayor. Esto ha hecho que el debate sobre financiamiento público o privado del cuidado en el hogar haya ingresado en la agenda de los responsables de la toma de decisiones de salud pública (Stabile, Laporte y Coyte, 2006: 674).

Dentro de este debate, otro aspecto central en la literatura es lo que

se ha llamado “crisis de cuidado” (*care crunch* o *crisis of care*). La bibliografía define esta crisis, en primer lugar, como el resultado de los cambios poblacionales que implican el constante incremento en la necesidad de cuidado prolongado, así como de la baja disponibilidad de cuidadores no remunerados por su ingreso al mercado de trabajo. Este fenómeno se ejemplifica en algunos países de la OCDE donde ciertos factores que históricamente han reducido la disponibilidad de cuidado informal podrían extenderse. En el caso de Suecia, la proporción de personas mayores viviendo con sus hijos es inferior al 4%. Si bien en otros países el porcentaje es más alto, se está reduciendo continuamente (Lundsgaard, 2005: 32).

Esta realidad despierta dos interrogantes respecto al desarrollo de las políticas de cuidado. En primer lugar, ¿quién proveerá cuidado en el futuro? ¿Serán los cuidadores informales (familia, amigos) quienes continuarán brindando cuidado, o habrá un giro hacia la contratación de servicios profesionales como norma? En segundo lugar, ¿las personas que realizan este trabajo de cuidado deben ser remuneradas? Tanto el cuidado formal como informal requiere recursos. ¿Quiénes harán frente a estos crecientes gastos: los cuidadores que trabajan de forma voluntaria y no remunerada, las personas que reciben el cuidado o los gobiernos y los seguros sociales? (Lundsgaard, 2005: 32).

Callahan (1996 citado en Wolf, 1999: 378) sostiene que un tema fundamental relacionado con el cuidado de la salud en el hogar es la responsabilidad

intergeneracional, y presenta la pregunta de si es razonable pedir a los más jóvenes que provean cuidado de salud a las personas mayores.

Además de la mayor demanda de cuidado frente a una menor disponibilidad de cuidadores, otros autores sostienen que esta crisis de cuidado responde a una mayor expectativa de cuidados familiares o comunitarios por parte de los estados, a cambios en los mercados de trabajo y las relaciones sociales en el ámbito laboral, y a cambios demográficos dentro de las familias como el aumento en la cantidad de divorcios y de parejas sin hijos (Hancock, 2002: 120).

Según Hancock, los cambios en el mercado de trabajo indican una serie de riesgos asociados con su reestructuración, particularmente el aumento de trabajos a tiempo parcial cuya remuneración no es suficiente para costear los gastos del hogar, incluido el cuidado (Hancock, 2002: 125). Los cambios en los hogares, con familias que se fragmentan y decrecen en tamaño, limita su habilidad de sostener a sus miembros en sus trayectorias personales y laborales (Hancock, 2002: 126-127).

De esta manera, la crisis actual tiene un impacto en los grupos de menores ingresos. Según un estudio de The Resolution Foundation para los Estados Unidos (TRF, 2008), el 70% de las personas de ingresos bajos no son elegibles para recibir fondos estatales que puedan costear las necesidades de cuidado, a pesar de no poder afrontar el costo del cuidado ofertado por servicios privados. Estas personas solamente pueden recurrir al cuidado informal, no remunerado, en detrimento de sus ingresos ya de por

sí bajos.

Hancock aplica el concepto de crisis de cuidado en su análisis del caso de Australia, donde en los años noventa se produjeron recortes significativos a las transferencias de recursos del Estado a las familias para solventar los costos de cuidado. A los recortes siguieron el cierre de centros comunitarios de cuidado infantil, sobre todo en áreas de bajos ingresos, y aumentos en el costo del servicio privado del cuidado tres veces superiores a los valores de inflación (Tasker y Siemon, 1998, citados en Hancock, 2002). Los datos del Censo de Servicios de Cuidado Infantil de 1999 en Australia indican que se produjo un descenso en la utilización de servicios e infraestructura de cuidado, sin repercutir en la utilización efectiva de horas de cuidado por parte de las familias, lo cual indica que la falta de accesibilidad a los servicios redundó en una mayor carga para los hogares (Tasker y Siemon, 1998: 130, citados en Hancock, 2002).

En cuanto a la menor disponibilidad de cuidadores por su ingreso al mercado laboral formal, varios autores han analizado sus implicaciones en el contexto de la crisis de cuidado en los casos de Canadá (Rosenthal et al., 1999) y los Estados Unidos (Brody y Schonover 1986; Gerstel y Gallagher 1994; Starrels et al., 1995), pero no han encontrado una correlación concluyente (Spiess y Schneider, 2003).

Según Fraser (2016: 99), para entender la crisis del cuidado es necesario comprender los efectos del actual sistema económico capitalista, con su vetas de neoliberalismo financiero, que está provocando una crisis de la

reproducción social en sentido amplio. Esta se manifiesta en presiones desde diferentes direcciones que están “exprimiendo” una serie de capacidades sociales clave, entre ellas la capacidad de tener y criar niños y niñas, cuidar a amigos o familiares, sostener hogares, comunidades y conformar redes.

Fraser (2016: 100) sostiene que los problemas en el cuidado no son accidentales, sino que tienen raíces sistémicas profundas en la estructura de nuestro actual orden social, el capitalismo financiero. Según esta autora, cada forma de sociedad capitalista aloja una tendencia a la crisis de su reproducción: aunque la reproducción sostiene y perpetúa la acumulación del capital, esta acumulación tiene consecuencias desestabilizadoras en los propios procesos de reproducción en los que se asienta. Esta contradicción es la raíz de lo que llamamos crisis del cuidado.

El capitalismo actual puede definirse como “neoliberalismo progresista”, que celebra la diversidad, la meritocracia y la emancipación mientras desmantela las protecciones sociales, afectando a la reproducción social. El resultado es no solo el abandono de poblaciones enteras a la depredación del capital, sino la redefinición de la idea de emancipación que fue bandera de los movimientos sociales, pero que en la actualidad adopta los términos del mercado (Fraser, 2016: 113). Para este nuevo capitalismo, el imaginario dominante es la igualdad de género en la esfera de la producción. La reproducción, en contraste, aparece como un residuo, un obstáculo que debe ser descartado con fines de la liberación. De esta

manera, el capitalismo financiero no solo ha disminuido la provisión pública de cuidado necesaria para la reproducción y reclutado a las mujeres en el mundo asalariado, sino que además ha reducido los salarios reales, elevando así la cantidad de horas de trabajo remunerado necesarias para mantenerlo, dando lugar a una crisis en la provisión de cuidado en el interior de los hogares (Fraser, 2016: 114).

En América Latina, la denominada “crisis de los cuidados” (CEPAL, 2013) ha sido situada en el contexto de cambios demográficos acelerados en los países, especialmente el envejecimiento progresivo de las sociedades y las transformaciones producidas en los mercados de trabajo, donde la participación de las mujeres aumenta –atravesada por situaciones de desigualdad y discriminaciones múltiples– pero las transformaciones en la organización familiar y social del cuidado todavía no se han producido. Los varones continúan al margen de sus responsabilidades de cuidado al tiempo que aumenta la población demandante de cuidado (Rico, 2011). Por otra parte, desde las instituciones se ha ignorado en gran medida dicha crisis y las respuestas para abordarla, salvo excepciones, no son integrales (Addatti et al., 2018; Durán, 2018).

En resumen, la evidencia empírica muestra que el número de mujeres que han ingresado al mercado laboral ha crecido sustancialmente en todos los hemisferios. Esto genera interrogantes respecto de su deseo y disponibilidad para desempeñar tareas de cuidado en el futuro, particularmente porque los varones no han asumido dichas tareas. Los estudios concuerdan en que no se han redefinido nuevos arreglos

de cuidado dentro de los hogares y perdura una rígida división sexual del trabajo. Esta situación parece indicar que el reconocimiento del cuidado como derecho es únicamente retórico, y no se han establecido las consiguientes responsabilidades en los varones, el Estado, las empresas y distintos actores políticos y sociales (Pautassi, 2018).

2.1.5 Costo del cuidado de salud

Se ha observado una reducción de las internaciones hospitalarias, por dos motivos: el primero es la reducción de la inversión pública en cuidado de la salud, y el segundo es el intento de prevenir los efectos secundarios de las internaciones como el deterioro funcional y cognitivo. El resultado es un aumento del cuidado en el hogar o la comunidad, acompañado de una reducción en los servicios de este tipo de cuidado en los seguros de salud o programas públicos. Los individuos y las familias tienen cada vez más presión para pagar de su bolsillo los costos directos del cuidado de la salud, mientras el cuidado se complejiza, demandando conocimientos tecnológicos y cada vez mayor carga temporal (Levine, 1999: 342).

Los costos del cuidado de salud que han sido transferidos del Estado y el mercado a las familias se dividen en tres grandes categorías de acuerdo con María Ángeles Durán (2000: 14-15): a) Costos directos: médicos y farmacéuticos; b) Costos indirectos: días de trabajo perdido durante la enfermedad, indemnizaciones, pensiones, etc.; c) Costes invisibles (transferidos fuera del mercado): del propio enfermo, de sus familiares o entorno inmediato y de otras personas

o instituciones.

Determinar el monto apropiado de inversión pública en los servicios de salud efectuados en el hogar (costos invisibles) para optimizar las tareas de los cuidadores no remunerados ha sido foco de interés de numerosos estudios y estrategias de incidencia (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 643).

En este sentido, Arno, Levine y Memmott (1999: 183) analizan el “valor de mercado” del TnRS para el caso de Estados Unidos. Lo determinan considerando: 1) la prevalencia nacional de la práctica; y 2) el salario de mercado “razonable” que debería pagarse para reemplazar este trabajo no remunerado de cuidado.

Para asignar un valor económico de mercado a las tareas de cuidado, tradicionalmente se han utilizado dos abordajes. El primero mide los costos de oportunidad de los cuidadores, a partir de los salarios y beneficios perdidos o sacrificados como resultado de las tareas de cuidado. El segundo aplica un valor de mercado estimado a la actividad de cuidado. Este es el abordaje elegido por los autores, ya que su propósito principal es estimar el costo potencial de reemplazar el TnRS por cuidadores formales y remunerados. Para este cálculo se utilizaron dos valores: el salario mínimo (US\$ 5,15 por hora) y el salario promedio nacional para cuidadores de salud en el hogar (US\$ 11,20 por hora). Como las tareas de cuidado de la salud las desarrollan tanto familiares sin ninguna calificación como altamente calificados, se utilizó un salario promedio de US\$ 8,18 por hora (Arno et al., 1999: 184).

A partir de los datos reseñados, se estimó la prevalencia del cuidado en

salud para 1997 en Estados Unidos en un promedio de 25,8 millones de personas. El tiempo estimado semanal dio un promedio de 17,9 horas de TnRS, lo cual arroja un total de 24 billones de horas de cuidado. Según el valor de mercado utilizado, el cuidado no remunerado de salud a nivel nacional representó US\$ 196.000 millones en 1997. Esta cifra supera ampliamente el gasto nacional en cuidado de la salud formal (US\$ 32.000 millones) y en cuidado institucionalizado (US\$ 83.000 millones) (Arno et al., 1999: 184). De esta manera, para el año 1997, el TnRS constituía aproximadamente el 18% del total del gasto nacional en salud en Estados Unidos (1.092.000 millones). Sin embargo, el TnRS no se contabiliza en el total del gasto público en salud (Arno et al., 1999: 185).

Por su parte, Peter C. Coyte y Patricia McKeever (2001) analizan el cuidado de la salud en los hogares de Canadá. Sostienen que el financiamiento, la organización y la provisión de servicios de cuidado en el hogar se han convertido en uno de los asuntos prominentes de la política de salud del país. En los últimos 25 años, el crecimiento de los servicios de cuidado público en el hogar ha superado el de otras provisiones de salud, pero, aun así, el cuidado en el hogar sólo constituía el 5% del total del gasto público para 1997, cerca de \$Can 69 per cápita (un total estimado de \$Can 2.095.975.000) (Coyte y McKeever, 2001: 11-12, 17 y 21).

Según estos autores, la explicación principal para el aumento en estos servicios es la creencia común de que redirigir el cuidado desde las instituciones hacia la comunidad

redunda en un ahorro significativo para el sector público. Esto se asienta a su vez en las premisas sobre los beneficios del cuidado en el hogar y comunitario. Mientras que la mayoría de las provincias canadienses han elegido financiar públicamente ciertos componentes del cuidado de la salud en el hogar, cambios en el establecimiento de estos componentes abrieron la puerta para una mayor reasignación de los costos de la salud de la esfera pública a la privada. Esta reasignación ha tenido efectos concretos como la determinación del piso de cobertura pública, la extensión de los costos compartidos (copagos) y el rol del sector privado en la provisión del servicio (Coyte y McKeever, 2001: 12).

Los autores analizan el acceso a los servicios de cuidado de la salud en el hogar mediante tasas poblacionales de utilización y la intensidad (número y rango) de los servicios definidos. Destacan que una forma de garantizar un acceso equitativo sería desarrollar una “canasta o cesta estándar” de bienes y servicios, garantizando que todas las provincias reciban financiamiento del mismo rango en relación al cuidado de la salud en el hogar (Coyte y McKeever, 2001: 20).

También se destaca que la provisión de cuidados en el hogar disminuye la oferta de recursos de cuidado “formal”, debido a la limitada disponibilidad de servicios médicos y tecnológicos. Esto aumenta el nivel de exigencia sobre el cuidador, especialmente en tiempo de dedicación. Cuando esto se tiene en cuenta en las evaluaciones económicas, los resultados indican que los costos indirectos de los cuidadores no remunerados y los sujetos cuidados, incluyendo tiempo, productividad y

viáticos, representan más del 50% del costo total de los programas de salud (Tranmer et al., 2005: 450).

Desde la antropología de la salud se diferencian tres niveles de atención a la salud (Comelles, 1998, citado en Esteban, 2003: 11-12): el doméstico y familiar; el nivel ampliable a las redes sociales y organizaciones no profesionales; y el nivel de especialidad y de ámbito institucional. El primero conforma lo que se denomina la autoatención, que se caracteriza entre otras cosas por no implicar presencia ni hegemonía del sistema médico-sanitario, es mucho más importante desde un punto de vista cuantitativo (70-90%), y es llevada a cabo mayoritariamente por mujeres (80%). Sin embargo, en la literatura se observa que el volumen de investigación relativa a los procesos de salud y enfermedad en el contexto de las instituciones sanitarias supone el 80% del total. Además, los especialistas e instituciones de salud tienen una enorme influencia sobre la población a través del contacto directo en las consultas, por procedimientos educativos o por su presencia en medios de comunicación.

2.1.6 Evidencia empírica sobre el uso del tiempo y la estimación del valor del TnRS

Lundsgaard (2005) analiza políticas de cuidado a personas mayores en algunos países de la OCDE. Estos países siguen estrategias diferentes, pero comparten el objetivo central de promover el cuidado en el hogar y basado en la comunidad, para evitar el ingreso temprano de las personas mayores en el cuidado institucional, que es costoso y limita su independencia.

En Alemania y el Reino Unido, la política ejecutada consiste en un subsidio para cuidado. Se trata de una política que garantiza cierta flexibilidad y no implica privatización necesariamente. Así, en Alemania, no existen restricciones para el gasto del subsidio, pero existe el concepto de “cuidado suficiente”, que es monitoreado por una agencia del Estado cada tres o seis meses. Si el cuidado se juzga insuficiente, las autoridades pueden retirar el subsidio y reemplazarlo por un servicio de cuidado. Aquel que resulta elegible para la cobertura de cuidado de larga duración puede elegir entre el pago en efectivo, recibir un paquete de servicios de cuidado a través de una agencia, o una combinación de ambos. Se trata del sistema que más tiene en cuenta las decisiones y elecciones de los individuos (Lundsgaard, 2005: 27). En el Reino Unido, en cambio, existen menos requerimientos y restricciones en la forma de gastar el dinero del subsidio. De hecho, puede recibirse aunque la persona decida no obtener un servicio de cuidado. Son elegibles las personas adultas que estén en sus hogares (no en hospitales o en instituciones geriátricas) y hayan tenido necesidad de cuidado durante por lo menos 6 meses. El subsidio se paga independientemente del nivel de ingresos y los bienes de la persona (Lundsgaard, 2005: 15).

En Noruega y Estados Unidos, la política aplicada consiste en la selección de presupuestos personales y empleo directo por parte del consumidor para la adquisición de servicios de cuidado. Esta alternativa a la provisión de cuidado formal a través de una agencia convierte a la persona mayor en un consumidor activo. Esta persona puede recibir un presupuesto personal para adquirir servicios de

cuidado en determinadas agencias (como una orden de compra), o emplear directamente a un/a asistente para las tareas de cuidado, coordinar su horario de trabajo y supervisarlos a través de un contrato formal de empleo, incluso aunque sean familiares.

La cantidad de horas de cuidado cubierta por este tipo de programas varía desde 3 horas a 10 horas por semana en el caso de Noruega, y hasta un máximo de 66 horas semanales en el programa de California, Estados Unidos. En la práctica, no obstante, los familiares y amigos empleados siempre proveen cuidado por más horas de las que les pagan (Lundsgaard, 2005: 14). En algunos países de la OCDE (Australia, Irlanda, Japón y Reino Unido) existe un ingreso de apoyo a cuidadores informales. Se trata de transferencias monetarias que se ofrecen a cuidadores informales para compensar en parte la pérdida de ingresos que les supone realizar el trabajo de cuidado. En algunos casos, esto permite reducir sus actividades laborales para dedicar el tiempo al cuidado. Otros subsidios conceden un suplemento limitado al ingreso del hogar, como en Japón, donde se paga una cantidad igual al 5% del consumo privado por persona (Lundsgaard, 2005: 7).

Estos subsidios buscan proveer un nivel de ingresos mínimo a aquellas personas que no pueden tener un trabajo a tiempo completo por las tareas de cuidado que realizan y, en algunos casos, solamente están disponibles para cuidadores de bajos recursos (Australia, Irlanda, Japón y Reino Unido). Para ser elegible, también se consideran los ingresos y bienes de la familia del cuidador y los pagos se combinan con otras formas

de apoyo público al trabajo de cuidado (Lundsgaard, 2005: 16).

Un ejemplo de sistema que ha evolucionado adoptando un enfoque más integral y de derechos es el sistema holandés. Desde la reforma del seguro de cuidado de largo plazo holandés en 2003, todos aquellos que califican para este tipo de cuidado en el hogar pueden optar por un esquema de presupuesto personal que se considera un derecho adquirido. El uso de un protocolo para la evaluación de elegibilidad es obligatorio, y este especifica las necesidades de cuidado para cada individuo, en diversos tipos de servicio (ayuda en el hogar, cuidado personal, enfermería, supervisión y tratamiento médico, entre otros) (Lundsgaard, 2005: 22).

En España fue sancionada en 2006 la Ley 39/2996, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que dio origen al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema cuenta con una red de servicios que incluyen cuidado en el hogar y centros de día o de noche, entre otros; y dispone de una prestación monetaria en caso de que no hubiera disponibilidad de esta red, según el grado de dependencia de la persona. En algunos casos, esa prestación puede destinarse al pago de un familiar que ejerce el cuidado.

María Ángeles Durán (2000) estudió el caso de España, analizando los datos estadísticos procedentes de una serie de encuestas dirigidas a ilustrar la división del trabajo de cuidado de la salud:

- Encuesta sobre Nuevas Demandas Sociales de Aragón (1990). Se realizaron 1.200 entrevistas personales

a mayores de 18 años. Entre los temas generales se incluyeron preguntas sobre actividades y uso del tiempo en el último día laborable, entre las que se mencionaba “el cuidado de la salud de otros miembros de la familia”. El 11% de las mujeres y el 5% de los varones dijeron haber dedicado tiempo el día anterior a cuidar la salud de sus familiares. Entre las amas de casa, la frecuencia fue del 14%.

- La Encuesta Nacional de Nuevas Demandas (1990) encontró que en el 13% de los hogares hubo algún familiar enfermo la semana anterior a la realización de la encuesta (enero y febrero de 1990) y en el 10% de los hogares había una o más personas con discapacidad. La duración media de la discapacidad cuando se realizó la encuesta era de 16,5 años; la mitad de las discapacidades se definieron como leves y la otra mitad como graves.
- El Centro de Investigaciones de la Realidad Social (CIRES) realizó en 1991 una encuesta de ámbito nacional (1.200 entrevistas) sobre el uso del tiempo que aportó nuevos datos sobre el cuidado de la salud y de los enfermos: esta encuesta se repitió en 1996.
- En 1995, desde el CSIC, se realizó la encuesta nacional de actividades no remuneradas, especialmente dedicada al cuidado. En 1998, también desde el CSIC, se realizó otra encuesta sobre «La contribución del trabajo no remunerado a la economía de Madrid», que contiene información sobre el cuidado de la salud y enfermedad y la atribución de tareas de cuidado dentro de los hogares.

Los datos de la Encuesta Nacional de Nuevas Demandas (1990), la Encuesta

de Nuevas Demandas de Aragón (1990) y la Encuesta del CIRES sobre Uso del Tiempo (1991) indican que la población mayor de 18 años en España dedicaba un promedio anual de 252 horas per cápita al cuidado de la salud (propia y de los familiares). El tiempo de trabajo remunerado aplicado al cuidado de esta necesidad básica representa el 12% del tiempo total de trabajo o esfuerzo aplicado en España al cuidado de la salud (Durán, 2000: 18).

La encuesta del CSIC también aporta datos sobre la salud de los niños: los padres informaron que un 25% de los niños padecía algún problema frecuente de salud, generalmente leve y el 97% de estos recibían ayuda de su familia. Tanto si la madre trabaja fuera de casa como si trabaja en tareas de cuidado, ella es la que presta el cuidado en la mayoría de los casos (80% y 93%, respectivamente), pero cuando las madres tienen empleo es más frecuente la cooperación de las abuelas (desde el 2% entre aquellas mujeres que no tienen empleo hasta el 14% entre aquellas que sí) y de empleadas remuneradas (desde un 1% hasta un 8%, respectivamente) (Durán, 2000: 19). Sin embargo, los varones siguen prácticamente ausentes en las tareas de cuidado.

María Ángeles Durán (2008) toma estos hallazgos y a continuación aborda las formas actuales de medición del estado de salud de la población y del suministro de cuidados institucionales y familiares, a través de datos e indicadores correspondientes a España. Destaca aquellos aspectos que pueden contribuir a la medición de los costos estimados de convertir el cuidado en un trabajo remunerado, y se plantea la necesidad de priorizar ciertos objetivos específicos en las políticas sanitarias (Durán, 2008: 99).

En su trabajo, sostiene que es necesario integrar el TnRS, en la planificación y contabilidad sanitarias. Los indicadores clásicos de recepción de atención sanitaria, llamados “indicadores objetivos”, solamente reflejan los cuidados prestados y no los que necesita la población. En cierto modo se trata de indicadores de gasto o de costos sanitarios más que de beneficios o producción de salud (Durán, 2008: 100). Entre este conjunto de indicadores clásicos, la autora sostiene que los de morbilidad y mortalidad sirven como indicadores indirectos de la demanda y el consumo de tiempo no remunerado (Durán, 2008: 102). También sostiene que es necesario identificar a los proveedores de cuidado ya que la asistencia personal casi siempre recae en las familias (Durán, 2008: 114).

El número de cuidadores no remunerados es una cuestión central, y la Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2008) de España permite estimarlo con facilidad. Las personas con discapacidad requieren cuidados estables, por lo que resulta relativamente fácil incluso calcular la cantidad de tiempo dedicada a esta función (Durán, 2008: 116). En los casos en los que el cuidado es remunerado, el límite para la contratación se vincula a la capacidad económica de la familia (Durán, 2008: 118).

La tendencia de crecimiento del número de puestos de trabajo en el área de salud y servicios sociales parece imparable, tanto si se trata de servicios producidos para el mercado como de servicios producidos para la administración pública o las instituciones sin fines de lucro, aunque

estas tienen por ahora un peso casi insignificante en la Contabilidad Nacional (Durán, 2008: 138).

Por otra parte, la autora sostiene que existe rechazo a asignar un costo al cuidado, por varias razones.

Además de la imposibilidad de valorar la dimensión afectiva, resulta muy difícil evaluar los aspectos más importantes y evanescentes de la tarea, tales como la disponibilidad permanente, la responsabilidad por el cuidado prestado por otros y la dirección del proceso entero de mantenimiento del enfermo. Asimismo, hay otros factores que obstaculizan este ejercicio, entre los cuales cabe citar principalmente la conciencia de que el monto requerido resultaría inasequible con los recursos del enfermo y sus cuidadores, y por lo tanto no tendría sentido imaginar algo que nunca podría alcanzarse (Durán, 2008: 119).

A pesar de este rechazo a asignar un valor al trabajo no remunerado de cuidado en salud, la autora explora esta idea a partir de las cifras de las encuestas anteriormente mencionadas. A este respecto, expone los hallazgos acerca de la cantidad de horas diarias de cuidado no remunerado brindadas por adultos a otros adultos en el hogar. La Encuesta de Empleo del Tiempo del INE-Eurostat (2000-2003) concluye 2.452.053 horas; la Encuesta de Uso del Tiempo del CSIC (2003) concluye 12.518.960 horas. El rango de variación entre máximo y mínimo equivale a un 510% (no se incluye el cuidado de niños enfermos).

En base a estos datos, Durán observa algunas variaciones posibles en la valoración económica de la hora media de cuidado, resumidas en el cuadro 1.

Cuadro 1. Valor de la hora de cuidado no remunerado

	Valor	Porcentaje sobre el mínimo
a. Categoría laboral más baja del mercado	6 € hora	100
b. Media de los asalariados de toda la economía (estimando en 1.500 el número promedio de horas anuales trabajadas a tiempo completo y tomando la remuneración total a asalariados y el número de empleos a tiempo completo registrados por la Contabilidad Nacional)	17,4 € hora	294
c. Media de los asalariados a tiempo completo del sector sanidad y servicios sociales para el mercado (estimando en 1.500 las horas anuales trabajadas)	16,3 € hora	271
d. Ídem para el sector de no mercado	22,8 € hora	380
e. Ídem para los asalariados del sector de no mercado	51,9 € hora	865

Fuente: Durán (2008).

El rango de variación entre remuneraciones es muy elevado: el valor más alto es 8,65 veces superior al más bajo. La autora concluye que, si a la estimación del tiempo dedicado se le añade la variabilidad en el precio, resulta necesario optar entre mínimos (mínima cantidad, mínimo valor) y máximos (máxima cantidad, máximo valor) que difieren entre sí en un orden de 44,11 veces. Lo que el estudio sugiere es considerar como punto de partida un escenario consensuado y continuar trabajando con investigación empírica sobre otros escenarios. Para ello, se recomienda adoptar la estimación media del tiempo entre los resultados del INE y del CSIC y la asignación de valor/hora equivalente a la media del conjunto de asalariados en la economía total (17,4 euros por hora) (Durán, 2008: 143).

Por otra parte, señala que la proporción del tiempo de cuidado no remunerado en el conjunto del tiempo de cuidado destinado a la salud es formidable. Varios estudios monográficos realizados en España estiman que el tiempo de cuidado no remunerado equivale al 88% del tiempo total dedicado a la salud. Para las enfermedades degenerativas

avanzadas, características de poblaciones envejecidas (por ejemplo, el Alzheimer), se estima que dicho tiempo alcanza hasta el 99% del tiempo de cuidado requerido por el enfermo (Durán, 2008: 148).

2.1.6.1 El caso de México

Pedrero Nieto (2008) analiza datos generados por la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT-2002) en relación con el cuidado de salud de personas mayores y otros miembros de la familia que requieren ayuda constante. La autora destaca que, en la sociedad mexicana, el cuidado de las personas mayores y enfermos se ha empezado a analizar recientemente en base a una preocupación por el hecho de que las instituciones, carentes de la infraestructura y los recursos necesarios, cada vez delegan más en las familias y la sociedad (Pedrero Nieto, 2008: 166). Su objetivo es aportar una metodología para elaborar una valoración económica del TnRS lo suficientemente precisa para que pueda ser incorporada a la cuenta satélite de salud (Pedrero Nieto, 2008: 166-167).

La metodología propuesta para alcanzar una valoración económica de

los servicios de salud no remunerados debe centrarse en el tiempo involucrado en brindarlos. Pero esto presenta varias dificultades:

Se trata de medir un trabajo de funciones diversas, que requiere distintas calificaciones y por ende no pueden recibir la misma valoración económica. Estas mediciones deben basarse en datos que no existen en los registros administrativos y que solo existen parcialmente en las estadísticas hospitalarias, dado que estas no contienen al gran universo de pacientes que no acuden a los hospitales (Pedrero Nieto, 2008: 167).

Al respecto, los resultados del caso de México señalan que apenas el 2% de la población mayor de 12 años declaró administrar cuidados a personas con problemas crónicos que derivan en limitaciones físicas o mentales. En números absolutos, dicho porcentaje significa que en la semana de referencia cerca de un millón y medio de personas destinaron en conjunto más de 12 millones de horas al cuidado de personas que requieren de atención en su vida cotidiana. El tiempo promedio de cuidado fue de 8 horas y 11 minutos para dicha semana.

Las diferencias entre cuidadores y cuidadoras son significativas, pues la contribución de los primeros es de 2.560.037 horas semanales, equivalente al 21% del tiempo total dedicado a los cuidados, que corresponde a un promedio de 4 horas y 50 minutos semanales. Ellas dedicaron 9.681.463 horas, es decir el 79% del total del tiempo dedicado a los cuidados, que corresponde a un promedio de 10 horas. En un hogar donde hay que cuidar a un enfermo crónico o a una persona dependiente, se presupone que no toda la familia participa y que la carga de trabajo no es uniforme. Cuando se observan las diferencias por edad, la participación es más intensa a medida que aumenta y tanto las tasas de participación como las horas de dedicación son más elevadas a partir de los 40 años de edad. Quienes brindan cuidados a las personas con discapacidades son en su mayoría personas adultas o cerca de serlo, aumentando el riesgo de que se conviertan ellos mismos en personas con discapacidad, a causa del agotamiento extremo y el estrés. En el cuadro 2 puede observarse la distribución desigual de las tareas y el tiempo invertido entre mujeres y varones en TnRS.

Cuadro 2. Distribución del tiempo de cuidados en México, por tipo de atención y tiempo promedio semanal

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	DISTRIBUCIÓN		TIEMPO PROMEDIO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
¿Le dio o ayudó a comer?	33,91	32,88	1:38	3:17
¿Lo bañó, aseó, vistió, arregló o ayudó a hacerlo?	10,76	26,95	0:31	2:42
¿Le ayudó a ir al baño o le cambió pañal?	14,63	14,12	0:43	1:25
¿Le hizo alguna terapia especial o platicó con esa persona?	34,54	17,82	1:40	1:47
¿Lo llevó o acompañó al servicio médico, a terapias o a realizar algún trámite?	6,16	8,22	0:18	0:49
Suma	100,00	100,00		
¿Estuvo pendiente de esta persona mientras usted hacía otras cosas?	5:38	13:56		

Fuente: Pedrero Nieto (2008). Datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (2002).

Los datos muestran una clara brecha de género en relación al tiempo invertido en el cuidado de la salud en el hogar. Analizando el tiempo de cuidado dedicado a ABVC puede verse que existe paridad únicamente en relación a la aplicación de terapias o al tiempo de conversación. En el resto de las tareas, la brecha es mayor cuando se trata de cuidados de aseo e higiene, a los que las mujeres dedican entre un 66% y un 87% más de tiempo que los varones, seguido por la alimentación, a la que las mujeres dedican un 56% más de tiempo. Por último, las mujeres mexicanas duplican el tiempo invertido por los varones a la atención de la persona a quien se cuida.

2.1.6.2 El caso de Jamaica

Jamaica fue uno de los países pioneros en la incorporación de programas no formales de cuidado. A principios de la década de 1990 comenzó a aplicarse el Programa del Cuidador Itinerante (Roving Caregivers Programme) en comunidades rurales del país, una iniciativa liderada desde la organización no gubernamental RuFamSo (Rural Family Support Organization) con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Bernard van Leer Foundation (Rico y Robles, 2016). Se trata de un programa que integra el desarrollo infantil con educación parental, a través de un servicio de visitas a domicilio realizadas por jóvenes.

Entre los principales objetivos del programa se encuentra garantizar el desarrollo y la expansión de las prestaciones efectivas y de bajo costo de servicios de educación y atención a la primera infancia (Scott-McDonald,

2000). Los cuidadores asisten a las familias en áreas como la salud y el cuidado y la nutrición infantil. Aunque inicialmente surgió como una iniciativa centrada en el ámbito rural, luego se extendió a zonas urbanas y finalmente a otros países de la Región como Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Granada y Dominica.

En 2003, a partir de la creación de la Comisión de la Primera Infancia, dependiente del Ministerio de Educación⁵, comienza un camino hacia la institucionalización de las políticas de cuidado destinadas a la primera infancia en el país. La Comisión es la agencia encargada de coordinar todas las actividades, planes de desarrollo y programas destinados a la primera infancia. Entre las responsabilidades de la agencia se encuentra el registro de las instituciones de primera infancia. Además, la Comisión de Primera Infancia junto con otros organismos nacionales elaboraron dos Planes Estratégicos Nacionales (2008-2013 y 2013-2018) en los que se incluyen los lineamientos para garantizar que las niñas y niños en su primera infancia cuenten con los apoyos necesarios que les permitan desarrollar su pleno potencial.

2.2 Segundo eje: estudios que analizan la inserción laboral y el impacto del TnRS en la propia salud de los cuidadores

Estas investigaciones se centran en mostrar, a partir de datos cuantitativos, los efectos del trabajo no remunerado de cuidado sobre los cuidadores, y su impacto diferencial por género. La mayoría de las publicaciones no aborda exclusivamente el cuidado en salud, pero lo incluye.

⁵ Comisión de la Primera Infancia de Jamaica: <https://ecc.gov.jm/>.

A diferencia de la literatura analizada en el primer eje, estas publicaciones no parten del supuesto del cuidado como actividad económica, sino como carga sobre las personas que lo realizan. El foco está puesto en los cuidadores informales no remunerados, que suelen ser miembros de la familia y amigos que proveen servicios de cuidado en el hogar sin ninguna compensación monetaria. Aquello que se considera “servicio de cuidado en el hogar” varía en cada país (Muramatsu et al., 2007), no obstante, incluye todo aquel servicio que permita a quien es cuidado permanecer en su hogar y no ser institucionalizado. También incluye asistir en las ABVC y las AIVC tales como proveer medicamentos, utilizar dispositivos médicos, además del aseo personal, del hogar, la alimentación, entre otros.

La mayoría de los estudios analizados utilizan datos de Estados Unidos y Reino Unido, y suelen coincidir en dos aspectos básicos: el primero es considerar que la responsabilidad del cuidado es un obstáculo para la inserción o continuación de las personas en el mercado de trabajo y su acceso a ingresos y recursos económicos; el segundo es que el trabajo no remunerado de cuidado tiene efectos perjudiciales para la salud de las y los cuidadores.

2.2.1 Inserción en el mercado de trabajo: obstáculos y desventajas

Tal como se ha señalado, el proceso de transición demográfica está aumentando la demanda de servicios de salud complejos en el hogar, lo cual a su vez incide sobre la disponibilidad de cuidadores familiares y su habilidad

de combinar su empleo con el TnRS. Por lo general, los cuidadores tienen las mismas probabilidades de formar parte de la fuerza de trabajo que quienes no realizan tareas de cuidado, si bien es más probable que trabajen menos horas, particularmente si tienen compromisos de cuidado que resultan pesados. Solamente aquellos cuidadores más comprometidos con el TnR de cuidado tienen más probabilidad de dejar de participar en el mercado de trabajo (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 641).

Asumir el trabajo de cuidado puede recortar los gastos de cuidado de la salud a corto plazo, pero cabe preguntarse por los efectos en los mercados laborales del futuro. Si determinados miembros de la familia están destinando su tiempo a proveer cuidado, ¿qué otros usos de su tiempo están sacrificando? Para responder esta pregunta Lilly et al. (2007: 644) examinan el impacto del cuidado no remunerado en la participación de los cuidadores en el mercado de trabajo.

Por otra parte, ciertas restricciones familiares pueden forzar a las mujeres a asumir empleos informales, típicamente caracterizados por malas condiciones laborales, precarización y pobreza, lo que puede derivar en exclusión social (López-Ruiz et al., 2017: 216).

Muurinen (1986) comparó los efectos sobre el mercado de trabajo del TnR de cuidado a enfermos de cáncer terminal en Estados Unidos, en tres espacios: cuidados paliativos en el hogar, cuidados paliativos en instituciones y cuidado convencional. Los resultados muestran que los

cuidadores que realizaban cuidados paliativos en el hogar tenían menos probabilidad de estar vinculados al mercado de trabajo formal (42,8%) en comparación con quienes optaron por la vía institucional (48,3%) o los cuidados convencionales (51%). Estos hallazgos despiertan el interrogante de si estos cuidadores optaron por ser cuidadores no remunerados porque ya estaban fuera del mercado de trabajo, o si tenían un vínculo débil al iniciar el trabajo de cuidado. Los resultados parecen sugerir que los cuidadores tienen un nivel más bajo de participación en la fuerza de trabajo (PFT) que la población en general (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 664).

Otro hallazgo fue que los cuidadores que cohabitan con las personas que cuidan tenían más probabilidad de estar fuera del mercado formal de trabajo, de trabajar menos horas, y de planificar su jornada en diferentes horarios o momentos del mes. Las mujeres y las personas con hijos pequeños en el hogar, con problemas de salud, o en edad cercana al retiro ejerciendo tareas de cuidado tienen vínculos más débiles con el mercado formal de empleo (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 666-667).

Moen, Robison y Fields (1994) utilizaron datos longitudinales de la encuesta de roles de las mujeres (Women's Roles Survey, 1956-1986), que cubre un período de treinta años, para explorar la participación en el mercado de trabajo de aquellas mujeres que ejercen TnR de cuidado en Estados Unidos. Encontraron que casi no existe diferencia en la proporción de quienes combinaron un trabajo formal con el TnR de cuidado y aquellas que solamente se dedicaron a una de las

actividades. También concluyeron que las mujeres con un empleo formal tenían tanta probabilidad como las mujeres desempleadas de estar fuera del mercado para asumir roles de cuidadoras. En cuanto a la prevalencia del TnR en las trayectorias vitales, encontraron que una de cada cuatro mujeres entre 35 y 44 años y una de cada tres entre 55 y 64 años realizaron tareas de cuidado en algún momento.

De manera similar, Pavalko y Artis (1997) realizaron un estudio longitudinal de 3.000 mujeres estadounidenses en edad de retiro que indica que las mujeres con lazos débiles con el mercado de trabajo eligen asumir el rol de cuidadoras. En este sentido, la probabilidad de que las mujeres fueran cuidadoras era la misma entre las desempleadas, las empleadas a tiempo parcial y las empleadas a tiempo completo.

A pesar de estos hallazgos, el impacto a largo plazo de estas interrupciones en la vida laboral aún no está claro. La evidencia existente demuestra que una vez que las cuidadoras reducen sus compromisos en el mercado formal, es menos probable que retornen a niveles previos o a asumir tareas de cuidado (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 672).

Respecto de las pérdidas monetarias concretas de las cuidadoras, para el caso de Estados Unidos, Wakabayashi y Donato (2005) encontraron que las cuidadoras que ejercían este trabajo más de diez horas por semana percibían salarios un 10% menores que aquellas en condiciones similares que no realizaban estas tareas. Concluyen que las responsabilidades de cuidado limitan los ingresos individuales y las oportunidades laborales. Otros

autores presentan hallazgos similares respecto a los ingresos y prestaciones que se obtienen del cuidado; estos son menores a los que se adquieren en un empleo regular y nunca son suficientes para adquirir la autonomía económica y protegerse de la pobreza a lo largo del curso de vida (Batthyány, 2015: 14).

Recibir subsidios para el cuidado también tiene un impacto sobre el empleo formal de los cuidadores. En Estados Unidos, los cuidadores (particularmente las mujeres) que perciben fondos de Medicaid tienen menos vínculos con el mercado de trabajo (Carmichael y Charles 2003a, 2003b). En aquellos países europeos con una extensa provisión de cuidado formal en el hogar y apoyo financiero limitado al cuidado informal (p. ej., en los países escandinavos), las tasas de empleo femenino son más altas para las mayores de 50 años que en países donde hay transferencias de ingresos para el cuidado informal (como Alemania, Austria, Luxemburgo y Reino Unido) (Lundsgaard, 2005: 34). Esto podría indicar que la transferencia de recursos para el cuidado informal en el hogar puede desincentivar la inserción en el mercado laboral (Lundsgaard, 2005: 36).

La evidencia parece indicar que el TnR de cuidado y la participación en el mercado formal pueden coexistir siempre que las responsabilidades de cuidado no sean muy grandes, como las que implica el cuidado prolongado de enfermedades crónicas o para personas con discapacidades. Además, los cuidadores no remunerados comprometen menos horas en el mercado de trabajo aunque sus responsabilidades sean menores (Lilly, Laporte y Coyte, 2007: 676).

Los datos del censo de 2011 de Reino Unido confirman que la carga y la extensión del TnR de cuidado realizado por personas en edad activa restringe su participación en el mercado de trabajo (p. ej., por tener que trabajar a tiempo parcial en lugar de completo, o directamente cesar la actividad laboral para poder cumplir con las responsabilidades del cuidado de familiares enfermos o incapacitados). El impacto del TnR de cuidado en la tasa de población económicamente activa es incierto, aunque podría medirse indirectamente a través de las posiciones económicas (trabajando a tiempo completo, trabajando a tiempo parcial y desempleados). Las mujeres proveyeron más TnR que los varones en todas las categorías, tanto en Inglaterra como en Gales (Stokes, 2013: 10-11).

Entre los económicamente inactivos, la responsabilidad del cuidado del hogar o la familia recayó mayoritariamente en las mujeres. La importancia de este dato entre la población económicamente inactiva es que la mayoría no alcanza la edad de recibir una pensión, así que el cuidado que puedan proveer a familiares, amigos o vecinos limitará su participación en el mercado de trabajo, lo cual robustece el argumento de que el TnR en cuidado es una barrera para el empleo formal (Stokes, 2013: 13).

Además de la relación con el mercado de trabajo, determinados estudios analizan los efectos en el acceso a la seguridad social por parte de las mujeres cuidadoras. Se trata de una pérdida en términos de beneficios económicos y de seguridad social que las mujeres sufren directamente por sus actividades de cuidado. De esta

manera, el TnR de cuidado afecta a los ingresos de las mujeres al retirarse (Kingson y O'Grady-LeShane, 1993: 230), ya que las tareas de cuidado se concentran en los extremos del curso vital. El cuidado en las últimas etapas de la vida, según estos estudios, es la razón primaria para abandonar el último empleo (Kingson y O'Grady-LeShane, 1993: 233).

2.2.2 Cargas físicas y psicológicas sobre los cuidadores informales

Cuidar a un integrante de la familia puede ser una actividad de fuerte carga emocional y físicamente muy exigente. Los cuidadores informales, en su mayoría mujeres, pueden tener cargas muy pesadas, entre ellas dolor físico o estrés a causa de la excesiva responsabilidad, sobrecarga o aislamiento (Lundsgaard, 2005: 4).

La carga física y mental sobre los cuidadores informales es un aspecto muy documentado. Las personas con necesidades de cuidado prolongado pueden requerir atención que va más allá de las demandas de un trabajo de cuidador a tiempo completo. Además de la carga de trabajo, existen casos en los que los cuidadores se sienten “atados” a la persona cuidada, hasta tal punto que no sienten tener una vida propia. Esto puede ser particularmente severo en los casos en los que las personas cuidadoras conviven con familiares con impedimentos cognitivos y enfermedades mentales (Aneshensel et al., 1995; Biegel y Blum, 1990; Dooghe, 1992; Hannelore, 1993; Johansson y Åhlfeldt, 1996; Almberg et al., 2000).

En el caso de las cuidadoras remuneradas, particularmente las

enfermeras, es frecuente el síndrome de *burnout* (“quemarse” en el trabajo) que consiste en una acumulación de estrés crónico que agota emocionalmente hasta conducir a una situación que se asemeja a sentirse quemados, derrotados, que se conoce como el síndrome de estrés laboral asistencial (Buriyovich y Pautassi, 2005).

Algunos estudios analizan, desde una perspectiva del derecho a la salud, el impacto del cuidado no remunerado sobre la salud física y mental de las cuidadoras. El TnR de cuidado puede ser arduo, estresante e incluso peligroso (por ejemplo, si se manipulan sustancias tóxicas, o se realizan tareas que podrían causar lesiones). Además, las mujeres con altas cargas de TnRS no siempre pueden acceder al cuidado de su propia salud por falta de tiempo o de dinero (Sepúlveda Carmona y Donald, 2016: 446).

Estas investigaciones sostienen que las mujeres empleadas (incluidas aquellas con responsabilidades de cuidado familiar) tienen mejor salud que aquellas que realizan tareas de cuidado no remuneradas de forma exclusiva. Sin embargo, combinar un empleo con TnRS también puede impactar negativamente en el estado de salud de las mujeres (Buvinic et al., 2002). Estudios realizados en España, que también tiene un modelo altamente familista, muestran una relación significativa entre las exigencias familiares de cuidado y los problemas de salud de las mujeres trabajadoras (Artazcoz et al., 2001, 2004).

Un estudio reciente de Centroamérica muestra que los trabajadores informales tienen peor salud que los

trabajadores formales, en general por la falta de cobertura de salud (Lopez-Ruiz, Benavides, Vives, & Artazcoz, 2017: 210). Según datos de la Primera Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud de 2011⁶, las mujeres con empleo informal, cuidadoras de más de tres niños/as y aquellas cuidando personas con discapacidad o enfermas exhibieron mayor prevalencia de una percepción muy básica de su propia salud (50% y 60% respectivamente). En Centroamérica la organización social del cuidado es principalmente familista, se realiza principalmente en los hogares y por parte de las mujeres, con una mínima corresponsabilidad de parte de los varones, el Estado o el mercado (Lexartza Artza, 2012).

En Chile, se realizó un estudio que analiza 21 casos de personas enfermas que reciben cuidado. De los cuidadores, solamente tres eran varones, dos de ellos cuidadores principales (padres a hijos) y uno secundario, donde el tiempo destinado al cuidado depende de la disponibilidad de otros apoyos en el hogar y en su mayoría se asume por familiares directos, dado que la contratación de otras personas no puede ser afrontada. Más de un tercio de la muestra seleccionada se componía de personas dependientes económicamente, lo cual aumenta el nivel de dependencia y se complementa en algunos casos con prestaciones del sistema de seguridad social, particularmente en el caso de salud, del Fondo Nacional de Salud. (Reca et al., 2008: 193).

La sobrecarga en las cuidadoras y los cuidadores no remunerados también

tiene un impacto en la calidad del cuidado que brindan. Cuando el trabajo de cuidado no es adecuadamente reconocido, apoyado o valorado por el Estado, los derechos de aquellos que dependen de la provisión de cuidado también pueden verse afectados (Sepúlveda Carmona y Donald, 2016: 447). A las y los cuidadores informales rara vez se les ofrece formación, servicios de seguimiento, de reevaluación de las condiciones del cuidado que imparten, o derivaciones a servicios comunitarios. Los cuidadores no remunerados tienen que negociar con un sistema fragmentado, y encontrar la ayuda que puedan y como puedan (Arno et al., 1999: 187). En el caso del Reino Unido, los datos del censo 2011 aportan evidencia sobre la afectación de la salud de los cuidadores, tanto varones como mujeres. Aquellos que manifestaron realizar TnRS indican generalmente a su propia salud con la categoría de “No Buena” en mayor proporción que aquellos que no manifestaron realizar este tipo de trabajo (Stokes, 2013: 5). Esta situación es frecuente en América Latina donde se cuida “cuando y como se puede” (Pautassi, 2007).

Mudar el cuidado prolongado al hogar puede tener grandes consecuencias cuando se requiere tecnología sofisticada, equipamiento y complejos horarios de cuidado. Teeland (1998: 278) analiza las restricciones espaciales en las tareas de cuidado a los enfermos en el hogar, preguntándose hasta qué punto los demás integrantes de la familia tienen la libertad de ir y venir, o si existen restricciones asociadas a la presencia del enfermo. Por su parte, Armstrong (2008) analiza las tensiones que

⁶ Se trata de un estudio a partir de una muestra nacional de la fuerza de trabajo compuesta por mayores de 18 años (n = 12.024) realizada en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

produce el cuidado de personas enfermas en Canadá, especialmente para las mujeres, y describe las diferencias y particularidades entre las propias mujeres, que producen distintos efectos y perfiles de cuidadoras diferenciados.

El cuidado requerido por los niños con enfermedades crónicas o personas con discapacidades, que suele recaer en las madres, es a menudo agotador a nivel mental, físico y emocional, y requiere de habilidades, conocimientos y responsabilidad. En este sentido, este tipo de cuidado puede aislar física y socialmente a la cuidadora por el trabajo adicional que requiere mover al niño con sus equipamientos, por las barreras naturales o artificiales de otros ambientes, por la cantidad de tratamientos que deben agendarse, la falta de alternativas de otros cuidadores, o la ansiedad que provoca dejar al niño al cuidado de otras personas (Yantzi et al., 2007: 46).

En resumen, las madres que brindan cuidado de salud de larga duración experimentan dificultades físicas, sociales y de acceso a servicios. Solicitar la ayuda de otros cuidadores no remunerados dentro del círculo social de la madre puede aliviar su carga, pero esta posibilidad no solo depende de la disponibilidad, sino de los conocimientos y la experiencia de estas personas de apoyo. Para la mayoría de las madres que participaron en este estudio, la única forma de ser reemplazadas en su trabajo de cuidado fue la contratación de servicios de cuidado remunerados (Yantzi et al., 2007: 48-49). Incluso en estos casos, los servicios prestados no cumplieron las expectativas de las madres, que seguían atadas al hogar

física o psicológicamente (Yantzi et al., 2007: 51-52).

Los hallazgos muestran que las agendas cotidianas de cuidado contribuyen al aislamiento de estas mujeres, y que la falta de espontaneidad para entrar o salir del hogar en actividades cotidianas las desconecta de las comunidades, lo cual implica una paradoja con el hecho de que el cuidado en el hogar tiene como finalidad la relación del enfermo con la comunidad. Esta desconexión con la comunidad, fruto de la falta de libertad de las cuidadoras, fue documentada tanto en zonas urbanas como rurales, pero sería un error no considerar que la ubicación geográfica puede tener algún un impacto diferencial (Yantzi et al., 2007: 53-54).

El cuidado de pacientes con enfermedades muy graves o terminales también tiene un impacto en los cuidadores. Convinsky (1994: 1839) analiza las cargas económicas sobre las familias de 400 pacientes enfermos de cáncer terminal, altamente dependientes, en tratamiento en cinco hospitales de alta complejidad en Estados Unidos. Los cuidadores reportaron cargas notables como el uso de los ahorros de toda la vida o la solicitud de préstamos para poder hacer frente a los costos del cuidado en el hogar (Ibídem).

En su estudio, Covinsky et al. realizan una encuesta sobre el impacto familiar del cuidado de este tipo de enfermos. Entre los resultados destaca que más de la mitad de las familias reportaron una carga financiera severa y casi un tercio afirmó haber perdido todos o casi todos los ahorros familiares. Gran parte de las familias tuvieron que

hacer cambios importantes en sus planes, como mudarse a una casa más económica, demorar la educación, o interrumpir el cuidado de la salud de otros miembros de la familia. Todas estas consecuencias se produjeron a pesar de que el 96% de los pacientes contaba con seguro hospitalario. Asimismo, los costos de internación no fueron directamente asociados a la pérdida de los ahorros, lo que sugiere que los costos hospitalarios no son la principal carga para las familias (Covinsky et al. 1994: 1842). Estos datos parecen indicar que los costos del hogar y aquellos relativos a la condición de incapacidad son más relevantes para las familias. Esto se ve reflejado en los datos de la Encuesta Nacional de Gastos Médicos⁷ citados en el estudio, que sugieren que una porción importante de los gastos de cuidado en el hogar no es reembolsada por los seguros de salud (Covinsky et al. 1994: 1843).

La pérdida de ahorros fue reportada por familias de todos los grupos demográficos, pero la carga fue mayor para pacientes con ingresos más bajos, con dependencias funcionales severas, y entre los más jóvenes. Dentro de la muestra, los más jóvenes también tuvieron mayor prevalencia de otras cargas financieras como la pérdida de ingresos o la necesidad de cambiar planes familiares. Estos pacientes son, en general, menos elegibles para sistemas de apoyo que los de mayor edad (Covinsky et al. 1994: 1843).

2.3 Tercer eje: estudios que documentan las problemáticas del cuidado en América Latina y las respuestas estatales

En América Latina predomina la debilidad o ausencia de políticas públicas en favor de la articulación entre trabajo productivo y responsabilidades familiares. Esto, sumado a las particularidades de los mercados laborales y a la desigual distribución de oportunidades que caracterizan a la Región, se traduce en una inequidad socioeconómica y de género. La Región presenta una gran heterogeneidad en la organización social del cuidado, derivada de dinámicas familiares, mercados de trabajo, y estructuras económicas muy diferenciadas. Sin embargo, se observan algunos rasgos comunes, entre ellos, el hecho de que el cuidado sigue siendo una función de las familias y, concretamente, de las mujeres (Batthyány, 2015: 17). Otro elemento común es la falta de información y de esfuerzos locales para la producción de información confiable, hecho que dificulta el abordaje de la problemática del TnRS; esto se ve representado en la famosa figura de la punta del iceberg (Durán, 2008) que refuerza las múltiples situaciones de invisibilidad.

En la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en Brasilia en el año 2010, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presentó el documento “¿Qué Estado para qué igualdad?” en el que se sostiene que para lograr la igualdad es imperativo redistribuir el trabajo total, tanto remunerado como no remunerado, especialmente el trabajo no remunerado de cuidado realizado por las mujeres en los

⁷ La Encuesta Nacional de Gastos Médicos (Medical Expenditure Panel Survey -MEPS) es un conjunto de sondeos a gran escala sobre los proveedores médicos de familias e individuos. Se realiza a nivel nacional en Estados Unidos, y corre a cargo del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para más detalles, consultar: <https://meps.ahrq.gov/mepsweb/>.

hogares. El documento de posición recomienda un mayor protagonismo del Estado, el mercado y la sociedad y la participación de los varones en el cuidado de las personas como condiciones necesarias para acercarse hacia una sociedad en que varones y mujeres sean a la vez proveedores y cuidadores (CEPAL, 2010).

En relación con la disposición de tiempo para el cuidado, que en el caso de la salud es clave, en América Latina y el Caribe hay 20 países con legislación sobre licencias por maternidad y lactancia materna, 12 países con legislación sobre licencias por paternidad (muy acotadas en los días que se otorgan), 18 países con leyes sobre discapacidad, 4 con legislación sobre trabajo doméstico y 9 que han suscrito el Convenio 156 de la OIT sobre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares.⁸ En este caso, las licencias se vinculan con una inserción asalariada formal y el consiguiente esquema de seguridad social, sin abarcar el trabajo informal o por cuenta propia.

En materia de salud, la OPS (2016) ha revisado e incorporado nuevos indicadores en la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud que contribuyen a ir aportando nuevos elementos de análisis a los sistemas de salud de la Región. Además, los esfuerzos en torno al envejecimiento de la población y los cuidados de salud ocupan un lugar central en la promoción de una agenda de salud integral para las personas mayores (OPS, 2015).

Por otra parte, si bien no se advierten cambios sistémicos aún, en algunos

países la consolidación de sistemas nacionales o de redes de servicios de cuidado comienza a formar parte de la agenda de políticas. En otros países, el debate sobre el cuidado conforma uno de los pilares de la protección social (OIT, 2009 y 2012). Se ha observado una ampliación de la cobertura de servicios y se han dado pasos hacia la organización de sistemas de cuidado como en el caso de Uruguay y Costa Rica.

Los servicios de cuidado en América Latina tienen baja cobertura y, sobre todo, operan en el marco de una institucionalidad débil (Batthyány, 2015: 21). Muchas veces adoptan la forma de transferencias condicionadas que buscan incentivar el acceso de los niños y, en ocasiones, de las personas mayores a servicios de salud (programas nutricionales, vacunaciones, controles periódicos, educación, y comedores escolares). Otros encaran la temática del cuidado a partir de prestaciones relacionadas con la alimentación y nutrición infantil o de personas mayores y un número importante se vinculan con componentes de salud (Batthyány, 2015: 21).

Finalmente, y tal como se analizó al inicio, el reconocimiento del cuidado como derecho ha tomado un impulso sumamente relevante a través de los diversos Consensos Regionales adoptados en el marco de la Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe (Pautassi, 2018), pero sobre todo por su inclusión en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). En su artículo 12, este Tratado establece los derechos de la persona

⁸ Observatorio para la Igualdad, División de Asuntos de Género, CEPAL.

mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, conjuntamente con el reconocimiento extenso y cabal del derecho al cuidado, y se complementa con lo señalado en el artículo 19: toda “persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación [...]”.

La Convención se encuentra en vigor desde el 2017 y los países de la Región deben ratificar e incorporar este importante marco de reconocimiento de derechos en su legislación nacional, de modo que el cuidado de personas mayores se efectivice como derecho humano.⁹

2.3.1 Marco normativo

En cuanto a planes y políticas de igualdad, Costa Rica y Uruguay han establecido planes de igualdad de género mediante decretos del Poder Ejecutivo, por lo que tienen una vigencia acotada. Si bien en esto no se diferencian mucho de los planes que se establecen sin decreto, sí habría una diferencia importante en la medida en que es el o la Presidente(a) de la República, en algunos casos en conjunto con sus ministros (como en el caso de Uruguay) quien ofrece respaldo político y técnico a los planes, implicando un mayor compromiso por parte de los distintos sectores.

En el caso de **Colombia**, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos” (Ley 14550 de 2011), expresa en sus artículos 177 y 179 la voluntad del gobierno nacional de adoptar una política

pública nacional de equidad de género. Tras la elaboración de una propuesta en septiembre de 2012, en la que participaron tanto la sociedad civil como diversas entidades del Poder Ejecutivo y representantes de organismos internacionales, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) aprobó la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres.¹⁰ De forma paralela, se ha conformado la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado, que agrupa a organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas e instituciones políticas de entidades del Estado (Ministerio de Trabajo, DNP y DANE), con el objetivo de promover la formulación de un Sistema Nacional de Cuidados para Colombia en base al reconocimiento del cuidado como derecho humano.¹¹

En **Uruguay**, el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos 2007-2011 fue el resultado de la colaboración de más de 3.000 mujeres representantes de organizaciones sociales de 214 localidades de todo el país, los organismos del gobierno nacional, las intendencias departamentales, los referentes de género de los ministerios, los entes autónomos y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, las áreas de género municipales, y los coordinadores territoriales del Ministerio de Desarrollo Social.

En 2007, Costa Rica elaboró su Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG), definida como la hoja de ruta del Estado costarricense

⁹ Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.

¹⁰ Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, CEPAL (2017: 23).

¹¹ <https://mesaintersectorialdeeconomíadelcuidadocolombia.wordpress.com>.

hacia la igualdad de género durante el decenio 2007-2017. A partir de la evaluación del plan y de las lecciones aprendidas a lo largo del proceso de aplicación, se formuló la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre mujeres y varones (PIEG 2018-2030). El documento, basado en compromisos internacionales, se erige como una herramienta para alcanzar la igualdad sustantiva. Está organizado en 4 grandes ejes que responden a los nudos estructurales sobre los cuales es necesario trabajar para erradicar las situaciones de discriminación aún persistentes que refuerzan las desigualdades entre mujeres y varones, impidiendo el avance efectivo hacia la igualdad: transformación de la cultura para la igualdad, distribución del tiempo, distribución de la riqueza y distribución del poder. El plan reconoce desde su diseño la necesidad de trabajar para transformar la distribución injusta del cuidado como requisito para lograr sociedades justas e igualitarias.¹²

El anclaje normativo del cuidado como derecho humano se limita al trabajo remunerado, aunque se está avanzando en su incorporación como parte de las garantías de igualdad y no discriminación. Sin embargo, queda pendiente incluir en los marcos normativos nacionales la obligación de cumplimiento del derecho al cuidado junto con la protección del derecho a la salud.

2.3.2 Políticas de cuidado generales y de cuidado en salud

Según CEPAL (2017: 38), la corresponsabilidad y la mejor

distribución de las obligaciones domésticas y de cuidado entre varones y mujeres son centrales a los planes de igualdad de género. La medición del tiempo total de trabajo de mujeres y varones es por tanto un dato fundamental para explicar la situación de desventaja de las primeras, y se logra mediante la cuenta satélite de trabajo no remunerado en el marco de las encuestas de uso del tiempo. De los países seleccionados para este estudio, Colombia es el único que incluye esta información.

En la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres de Colombia, el eje denominado “autonomía económica” establece una serie de compromisos con respecto al cuidado. Estos compromisos se articulan en dos líneas: en primer lugar, garantizar el acceso de los hijos e hijas a los centros de desarrollo infantil para favorecer el ingreso de sus madres al programa Hogares Comunitarios de Bienestar; y en segundo lugar, favorecer la autonomía económica y el reconocimiento del trabajo de cuidado que desempeñan las madres de la comunidad a través del pago de un salario mínimo y de la atención de sus hijos e hijas mediante distintas modalidades. En el plan de desarrollo de Colombia 2014-2018 está previsto el desarrollo del Sistema Nacional de Cuidados (SINACU) a partir de lo establecido en la Ley No. 1413 de 2010 y la definición de una Agenda Nacional sobre Economía del Cuidado. La Ley No. 1413 regula la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y

¹² El documento completo del PIEG está disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/politica_nacional_para_la_igualdad_efectiva_entre_hombres_y_mujeres_-_pieg_2018-2030.pdf.

social del país, y como herramienta fundamental para la definición y aplicación de políticas públicas.

En cuanto al monitoreo y la evaluación de dichos esfuerzos, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer de Colombia evaluó la labor de los responsables y los recursos técnicos y financieros para cada acción indicativa. El tablero de control del CONPES 161 y una serie de indicadores permiten estimar los avances en cada uno de los ejes planteados, en una evaluación periódica de seguimiento. En respuesta al artículo 6 de la Ley 1413, sobre seguimiento, vigilancia y control, la DANE presenta a la mesa de trabajo informes semestrales de avance que dan cuenta de las labores que se llevan adelante para el efectivo cumplimiento de la ley.¹³

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante” de **Costa Rica** considera la igualdad y equidad de género como un principio que sustenta el desarrollo y como uno de los elementos de generación de sinergia del desarrollo. El género cruza, además, los 16 objetivos sectoriales del Plan e incluye, en el objetivo sectorial de desarrollo humano e inclusión social, el programa para la aplicación de la Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (PIEG) y el Plan Nacional de Atención contra la Violencia (PLANOVI). Ya en 2010 la estrategia de política social del gobierno de la Presidenta Laura Chinchilla (2010-2014) consistió en fortalecer las opciones de cuidado por medio de la creación de una red de cuido y desarrollo infantil para la niñez y las personas mayores,

para los trabajadores y sus familias. Se trata de la red institucional de atención para niños, niñas y adultos mayores denominada “Red Nacional de Cuido”. En el decreto de su creación se establece: “1) Que es un deber del Estado velar por el bienestar físico, psicosocial y educativo de los niños y las niñas, incluida la atención de sus necesidades primarias de salud y nutrición” (Batthyány, 2015: 30).

La selección de beneficiarios de este programa considera los siguientes aspectos: a) un ingreso familiar per cápita igual o inferior a la línea de pobreza; b) que los padres vivan o trabajen en el área de atracción del establecimiento; c) presencia de problemas de desnutrición o desarrollo; d) situaciones de riesgo social; y e) que las madres tengan necesidad de dejar al niño o niña en el centro para poder trabajar (Batthyány, 2015: 33).

El programa también incluye el cuidado de personas mayores. El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) fue creado por la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. 7935) de 1999, y es el ente rector en materia de envejecimiento y vejez. Tiene entre sus funciones “llevar un registro actualizado de las personas, físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores”. Una de las modalidades de servicio de cuidado para las personas mayores que forma parte de la estrategia de la Red Nacional de Cuido es la atención domiciliaria, que incluye cuidados médicos, e incluso acompañamiento a citas médicas (Batthyány, 2015: 34).

¹³ Los informes semestrales se encuentran disponibles en: <https://www.dane.gov.co/index.php/comunicados-y-boletines/cuentas-y-sintesis-nacionales/economia-del-cuidado#ley-1413-de-2010>.

Otro hito importante en relación con el reconocimiento del derecho al cuidado fue la sanción en 2016 de la Ley 9379 para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Dos de los aspectos salientes de esta ley fueron el establecimiento de la asistencia personal humana, que establece un plan individualizado para garantizar servicios de apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria, y la creación de un Programa para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad.¹⁴

Otro ejemplo de mecanismos de seguimiento es el de Costa Rica, que cuenta con un sistema de información y evaluación a cargo del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) como entidad coordinadora de la Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (PIEG). Este sistema dará cuenta de la gestión y el cumplimiento sustantivo de los objetivos de la PIEG, y se organizará en torno a seis módulos, correspondientes a cada uno de los objetivos de la política.¹⁵

Finalmente, el plan implantado en **Uruguay** establece en su Línea Estratégica de Igualdad No. 10 el “desarrollo de medidas que contribuyan a una distribución equitativa de las responsabilidades familiares”. Entre las medidas enunciadas se encuentra el compromiso con una distribución equitativa de las responsabilidades familiares y el aumento y mejoría de los servicios estatales de cuidado (para niños y niñas, personas enfermas, personas con discapacidad y

personas mayores). Actualmente, estas medidas se encuentran integradas en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), creado en 2015 mediante la Ley No. 19.353.

El antecedente del SNIC es el Sistema Nacional de Cuidados (SNC), creado en 2010 cuyo diseño implicó a representantes de ministerios y organismos públicos. La población objetivo se definió en torno a tres grandes grupos: los niños y niñas de 0 a 12 años, con especial énfasis en el tramo de 0 a 3 años; las personas con discapacidad dependientes; y las personas mayores dependientes.

El Sistema Nacional de Cuidados está encabezado por un Grupo de Trabajo en el que participan representantes de los Ministerios de Desarrollo Social, de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, del Banco de Previsión Social, el Ministerio de Educación y Cultura, la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, el Instituto Nacional de Estadísticas y el Ministerio de Economía y Finanzas. La definición operativa del cuidado utilizada fue la siguiente: “se trata de una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al curso de vida de las personas”.¹⁶

El SNC impulsa la construcción de una nueva institucionalidad

¹⁴ Para más información, ver el texto completo de la norma en: <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>, especialmente los capítulos III y IV.

¹⁵ Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017: 45).

¹⁶ Fuente: www.sistemadecuidados.gub.uy, citado en Batthyány (2015: 38).

colectiva —la Junta Nacional de Cuidados (JUNACU)— así como la constitución de un Fondo Nacional de Cuidados (FONACU); también supone ajustar tanto la formación de los cuidadores como la regulación laboral y de servicios de las tareas de cuidados; y, finalmente, establecer una serie de servicios, prestaciones y licencias para la provisión de los cuidados (Batthyány, 2015: 39). A los servicios iniciales que ofrecía el SNC (destinados a niños y niñas de 0 a 3 años, personas en situación de dependencia, y cuidadores), en 2017 se añadió una nueva línea de trabajo centrada en iniciativas específicas a un territorio, con el objetivo de lograr que

el sistema sea accesible al conjunto de la ciudadanía. Con este objetivo se realizan acciones para promover la participación ciudadana, la corresponsabilidad del cuidado entre varones y mujeres, y el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los gobiernos locales.¹⁷ Adicionalmente, en septiembre de 2018 se lanzó el sello “Cuidando con Igualdad”, una herramienta de certificación de prácticas igualitarias de género para centros de educación y cuidado en primera infancia, cuyo propósito es integrar la perspectiva de género en la planificación institucional y generar de este modo espacios de crianza libres de estereotipos.¹⁸

¹⁷ Para más información sobre estas iniciativas, revisar: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/107546/iniciativas-en-territorio>.

¹⁸ Para conocer más sobre el programa ver: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/700>.





3 La inclusión de la salud en las Encuestas de Uso del Tiempo y las Cuentas Satélite sobre Trabajo no Remunerado

La revisión sistemática de la literatura y las experiencias relevadas por los países dan cuenta de un avance aún incipiente en el reconocimiento de la vinculación entre cuidado no remunerado, salud y bienestar de la población. Tal como señalan Batthyány, Genta y Perrotta (2015: 6):

El cuidado de la salud constituye una de las actividades no remuneradas con mayor incidencia sobre la vida económica y social de los países. La provisión de cuidados en salud por parte de las familias carece de visibilidad dadas sus características de trabajo no remunerado. Parte de esta invisibilidad se sustenta en que estos servicios no suponen una retribución monetaria, o una contabilización de los tiempos invertidos, lo que torna difícil su cuantificación y la estimación de su aporte sobre el bienestar social.

Sin embargo, son escasos los avances efectivos, tanto en relación con su incorporación en los sistemas de salud como en la producción de información e indicadores para su medición.

Como se ha señalado, las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe se han conformado como el principal escenario de consenso para avanzar en el reconocimiento del cuidado como derecho y la visibilización del trabajo no remunerado de cuidado, especialmente desde el Consenso de Quito (2007) y las recomendaciones vinculadas con la elaboración de encuestas de uso del tiempo y cuentas satélite sobre trabajo no remunerado.¹⁹ En el cuadro 3 se resumen algunas de las recomendaciones resultantes de Consensos Regionales.

¹⁹ Consensos Regionales, disponibles en www.cepal.org.

Cuadro 3. Recomendaciones para la medición del trabajo no remunerado en los Consensos Regionales de América Latina y el Caribe

Consenso (año)	Recomendaciones respecto a las Encuestas de Uso del Tiempo
Quito (2007)	Desarrollar instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y varones, especialmente encuestas de uso del tiempo para hacer visible y reconocer el valor del trabajo no remunerado, incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia (acuerdo 23)
Brasilia (2010)	Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en el reconocimiento del valor social y económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado (acuerdo 3.b)
Santo Domingo (2013)	Instar a los gobiernos a promover la creación de las cuentas satélite del trabajo no remunerado en los países de la región (acuerdo 56)
Estrategia de Montevideo (2016)	Desarrollar y fortalecer los instrumentos de medición sobre las desigualdades de género, como las encuestas de uso del tiempo [...] (medida 9.c)

Fuente: Elaboración propia a partir de los textos oficiales de los Consensos Regionales, disponibles en www.cepal.org.

Es notorio el aumento de la recolección de información sobre uso del tiempo: en 18 países de la Región ya existe por lo menos una medición del tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidado (Aguirre y Ferrari, 2014). Sin embargo, a pesar de la extensión de las encuestas de uso del tiempo (EUT) y de los avances en la generación de datos sobre uso del tiempo, la realización de diagnósticos y comparaciones regionales sigue suponiendo un reto. Esto se debe a que las metodologías utilizadas hasta el momento por los países para levantar sus encuestas de uso del tiempo son heterogéneas, tanto en los propósitos que se persiguen como en el marco conceptual y el procedimiento de recolección, así como en las clasificaciones de actividades utilizadas, la cobertura geográfica alcanzada y los indicadores calculados y difundidos (CEPAL, 2016: 8).

Además de esto, cada uno de los países incluidos en el estudio emplea su propia definición del trabajo no remunerado, tal como se describe a continuación:

- Colombia: El conjunto de actividades no remuneradas realizadas con el objetivo de proveer bienes y servicios para los miembros de la familia y de la comunidad. Abarca actividades tales como servicios de apoyo, producción de bienes y servicios para su uso final, abastecimiento de agua y combustible, autoconstrucción y reparación de la vivienda, y servicio de cuidado de niños, personas adultas, enfermos en el propio hogar o en otros hogares sin recibir pago alguno.
- Costa Rica: El conjunto de servicios domésticos, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar por los que no se percibe retribución económica directa.

- Uruguay: El conjunto de trabajos integrados por el trabajo doméstico familiar, los cuidados infantiles, de dependientes y de enfermos, el trabajo voluntario y los servicios que se brindan a otros hogares sin recibir pago alguno.²⁰

En respuesta a estas dificultades, el Grupo de Trabajo sobre estadísticas de género de la Conferencia Estadística de las Américas (CEA) trabajó desde 2009 con el objetivo de generar una Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL), que fue presentada en 2015. Se trata de un instrumento diseñado desde un enfoque de género que contribuye en la planificación, el procesamiento, la presentación y el análisis de las encuestas de uso del tiempo, hace posible su armonización y estandarización y contribuye a la

producción de datos y estadísticas sobre uso del tiempo.

En cuanto a su estructura, la CAUTAL cuenta con tres grandes grupos de actividades: a) Trabajo en la ocupación y producción de bienes para el autoconsumo (dentro de la frontera de la producción del Sistema de Cuentas Nacionales, SNC); b) Trabajo no remunerado (fuera de la frontera de la producción del SCN); y c) Actividades personales (fuera de la frontera general de la producción del SCN). Las actividades vinculadas con la salud fueron incluidas en tres de las categorías de la CAUTAL: trabajo de cuidado no remunerado a miembros del hogar (4); trabajo no remunerado para otros hogares, para la comunidad y voluntario (5); y cuidado personal (9). En el cuadro 4 se resumen las actividades de la CAUTAL vinculadas con la salud.

Cuadro 4. Actividades vinculadas con la salud incluidas en la CAUTAL

4. Trabajo de cuidado no remunerado a miembros del hogar	41. Cuidado a miembros del hogar de 0 a 14 años	412. Cuidado temporal de salud a miembros del hogar de 0 a 14 años
		4142. Acompañamiento y traslados a centros de atención de salud a miembros del hogar de 0 a 14 años
	42. Cuidado a miembros del hogar de 15 a 59 años	422. Cuidado temporal de salud a miembros del hogar de 15 a 59 años
		4231. Acompañamiento y traslados a centros de atención de salud a miembros del hogar de 15 a 59 años
	43. Cuidado a miembros del hogar de 60 años y más	432. Cuidado temporal de salud a miembros del hogar de 60 años y más
		4331. Acompañamiento y traslados a centros de atención de salud a miembros del hogar de 60 años y más

²⁰ Fuente: Elaboración propia en base a: Glosario metodológico del DANE. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/noticias/Glosario_cuidado.pdf; Ley 9325/2015 de Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica. Véase <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101726/122700/F163851216/LEY%209325%20COSTA%20RICA.pdf> y Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado en Uruguay, 2007. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=ee729c43-9e98-4603-8803-2cee3fc11b22&groupId=10181.

Cuadro 4. Actividades vinculadas con la salud incluidas en la CAUTAL
(continuación)

4. Trabajo de cuidado no remunerado a miembros del hogar	44. Cuidado a miembros del hogar con discapacidad o dependencia permanente (todas las edades)	4421. Cuidado temporal de salud a miembros del hogar con discapacidad o dependencia permanente
		4422. Cuidado permanente de salud a miembros del hogar con discapacidad o dependencia permanente
		4431. Acompañamiento y traslado a centros de atención de salud a miembros del hogar con discapacidad o dependencia permanente
5. Trabajo no remunerado para otros hogares, para la comunidad y voluntario	53. Trabajo voluntario en instituciones sin fines de lucro	531. Trabajo voluntario en actividades de salud
9. Cuidado personal	91. Cuidado personal	912. Cuidado de la salud (incluye traslados)

Fuente: Elaboración propia en base a CEPAL (2016). Documento completo de la CAUTAL disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39624/4/S1600508_es.pdf.

Pero además de esta labor de clasificación, es crucial identificar y reconocer el valor del trabajo no remunerado en la economía. En este sentido, las encuestas de uso del tiempo son el punto de partida para la generación de cuentas satélite.

Las **cuentas satélite** parten de la idea de que el producto interno bruto (PIB) y el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) son medidas incompletas del valor que ciertas actividades generan para la sociedad. Se trata de instrumentos que describen en detalle la estructura y el aporte económico de ciertas áreas, campos socioeconómicos (entre otros el trabajo no remunerado, el turismo, la salud o la educación) y conjuntos de actividades, que por no encontrarse incluidos en los SCN suelen ser invisibilizados y poco valorados económicamente. Además, en cuanto al trabajo no remunerado:

Es considerado, a su vez, un instrumento para analizar los presupuestos estatales y mostrar que la asignación de recursos no es neutra. Un reajuste presupuestario, nacional, regional o municipal debe considerar las actividades no remuneradas en el hogar que sustituyen o pueden sustituir actividades del mercado, de instituciones sin fines de lucro o del gobierno (cuando en el hospital mandan a un enfermo a casa alguien lo tiene que cuidar, cuando se crean lugares de convalecencia el efecto es inverso) (Salvador, 2009: 164).

A continuación se presenta un resumen de los avances en Colombia, Costa Rica y Uruguay en la valorización y medida del aporte del trabajo no remunerado (con un especial énfasis en el cuidado no remunerado en salud) al bienestar y el crecimiento económico de estos países.

3.1 El caso de Colombia

La Ley 1413 de 2010, conocida como de “Economía del cuidado” constituyó un primer paso para medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y visibilizar el trabajo de cuidados no remunerados, al regular la inclusión de la economía del cuidado en el SCN.

Mediante el Decreto 2490 se creó la Comisión intersectorial para la inclusión de la información sobre trabajo de hogar no remunerado en el SCN, conformada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Departamento de Prosperidad Social (DPS), el Departamento Administrativo de Presidencia de la República (DAPRE) y los Ministerios de Trabajo y Salud. La Comisión intersectorial definió el trabajo de cuidado no remunerado como:

El trabajo cuyo objetivo es la producción de servicios que buscan satisfacer la necesidad de atención multidimensional y relacional de las personas, consigo mismas, con los demás y con el entorno, en todos los momentos del curso de vida, los cuales se prestan a precios cero o no significativos por parte de la persona que provee cuidado.²¹

Hasta la fecha, en Colombia se han llevado a cabo dos mediciones sobre uso del tiempo a nivel nacional: una primera indagación en 2012/2013, y otra en 2016/2017. En el caso de la primera Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), el instrumento de recolección consistió en un formulario analítico o lista exhaustiva de actividades, estructurado en nueve capítulos, con indagación sobre 91 actividades. El cuadro 5 presenta algunas de las características principales de la primera encuesta nacional.

Cuadro 5. Principales características de la ENUT 2012/2013

Tipo de investigación: Encuesta por muestreo.
Periodo de recolección de datos: Desde agosto de 2012 hasta julio de 2013.
Diseño muestral: Muestreo probabilístico, estratificado, de conglomerados y polietápico.
Unidades de análisis: Viviendas, hogares y personas.
Periodo de referencia: El día anterior al día de visita asignado (de las 00:00 horas a las 23:59).
Tipo de formulario: Formulario analítico (lista exhaustiva de actividades).
Cobertura y representatividad: Total nacional, urbano y rural. Regiones urbanas: Bogotá, Atlántico, Pacífico, Central y Oriental. Regiones rurales: Atlántico, Pacífico, Central y Oriental.
Viviendas: 47.103 viviendas visitadas; 42.285 viviendas con encuesta completa.
Hogares: 44.236 encuestados, 43.500 hogares con encuesta completa.
Personas: 151.099 personas encuestadas, 148.492 personas con encuesta completa.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la ENUT 2012/2013.

²¹ Informe de gestión del DANE, página 7: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/11_informe_semestral_Ley_1413.pdf. En los siguientes informes de gestión no se incluye la definición sobre TDCNR.

El trabajo doméstico y de cuidado no remunerado se dividió en seis grandes categorías, de acuerdo con el tipo de servicios de cuidado que producen: alimentación, mantenimiento de vestuario, limpieza y mantenimiento del hogar, compras y administración

del hogar, cuidado y apoyo de personas y trabajo voluntario. Tal como se muestra en el cuadro 6, las actividades vinculadas con el cuidado de la salud se incluyeron en las categorías de cuidado y apoyo de personas y trabajo voluntario.

Cuadro 6. Inclusión de actividades vinculadas con el cuidado de la salud en la ENUT 2012/2013

Categoría de actividades	Cantidad de actividades incluidas	Cantidad y porcentaje de actividades vinculadas con la salud	Actividades vinculadas con el cuidado de la salud
Cuidado y apoyo de personas	12	3 (25%)	- Suministró medicamentos, realizó terapia o rehabilitación, dio tratamiento - Acompañó a citas médicas: tiempo en atención - Acompañó a citas médicas: tiempo en traslados
Trabajo voluntario	8	2 (25%)	- Cuidar a personas enfermas - Cuidar a personas en condición de discapacidad

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la ENUT 2012/2013.

Los resultados de la ENUT muestran que las mujeres dedican 7 h 23 min por día al trabajo de cuidado no remunerado, frente a las 3 h 10 min que dedican los varones. Las cifras más altas de tiempo dedicado a estas actividades se encuentran en el rango de edad de 25 a 44 años (8 horas y 49 minutos). Es decir, 3 horas y 2 minutos más que el total y 6 horas y 16 minutos más que los varones (2,4 veces más). Las mujeres son las que reportan una mayor intensidad de tiempo promedio dedicado al trabajo no comprendido en el SCN en todos los grupos de edad.

Además de las ENUT, durante el segundo semestre de 2016 el DANE desarrolló, junto con OXFAM, el Simulador del trabajo doméstico y de

cuidado no remunerado para el hogar y la comunidad²², una herramienta que se fundamenta en el formulario de preguntas de la ENUT. El objetivo de esta aplicación es generar conciencia acerca del valor del TDCNR a partir de una medición alternativa y sencilla (aunque con menor alcance y precisión que las ENUT) que aprovecha las herramientas tecnológicas disponibles.

Durante 2016 y 2017 se trabajó en la elaboración y recolección de información de una nueva Encuesta Nacional de Uso del Tiempo. El trabajo de campo finalizó en el mes de agosto de 2017. En abril de 2018, la DANE publicó en su página web los resultados de la segunda medición de la ENUT²³, que se resumen en la siguiente sección.

²² <https://sitios.dane.gov.co/SimuladorTDCNR/>.

²³ El boletín técnico, los comunicados de prensa y la presentación de los principales resultados está disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/comunicados-y-boletines/cuentas-y-sintesis-nacionales/economia-del-cuidado#economia-del-cuidado>.

3.1.1 Cuenta Satélite de la Economía del Cuidado²⁴:

La Cuenta Satélite de la Economía del Cuidado abarca las cuentas de producción de los servicios de cuidado y la determinación de la frontera general de producción (producción ampliada), incluyendo el consumo intermedio, el valor agregado y el consumo de capital fijo asociados a la producción de servicios de cuidado.

La ENUT extrajo dos conclusiones principales respecto al tiempo y el costo de la producción de servicios de cuidado no remunerados:

- **Tiempo:** Según la ENUT, las horas de TDCNR equivalen aproximadamente al 41,5% de las horas de trabajo totales (tanto las incluidas en el SCN como las horas de trabajo no incluidas). Esto implica que al TDCNR se dedican aproximadamente 34.800 horas anuales. El nivel de agregación con el que se presenta la información no permite calcular el peso específico de las actividades de cuidado no remunerado en salud, sin embargo, es posible realizar una aproximación a partir de las categorías que incluyen preguntas vinculadas con el cuidado de la salud, como son el cuidado y apoyo a personas y el trabajo voluntario. El cuidado y apoyo a personas representa 5.775 horas, lo cual supone el 16,6% del TDCNR, mientras que se reportaron 776 horas de trabajo voluntario, lo que equivale al 2,2% del TDCNR.

- **Costo:** Para identificar los precios del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado se utilizó el método de costo de reemplazo, que consiste en seleccionar el ingreso promedio por hora de trabajo de las personas que realizan actividades similares en el mercado de trabajo remunerado (DANE, 2016: 16).

Con estos datos, existen tres métodos para el cálculo del valor del TDCNR:

- a) generalista, cuando el TDCNR se asimila a las tareas que se realizan en el trabajo doméstico como limpiadores y asistentes domésticos²⁵;
- b) especialista, cuando se utilizan los ingresos laborales por hora de las personas ocupadas en ocupaciones asimilables a cada una de las actividades relevadas por la ENUT (como por ejemplo maestros de preescolar para valorar los tiempos dedicados a las actividades de enseñanza de los niños y niñas); y c) híbrido, que es cuando se imputa el ingreso generalista a las actividades de cuidado indirecto y el especialista a las de cuidado directo.

Para obtener los costos de reemplazo, se calcularon los ingresos laborales por hora de las personas que en el mercado laboral desempeñan ocupaciones que podrían reemplazar las actividades de TDCNR. El uso del ingreso promedio por hora de las ocupaciones seleccionadas permitió incluir en este cálculo tanto los ingresos de las personas que trabajan de forma asalariada, como los ingresos de las que trabajan por cuenta propia (DANE 2016: 19).

²⁴ En esta sección se presenta un resumen de los principales hallazgos del documento: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/EcoCuiResultadosFase1.pdf> y del boletín técnico sobre la cuenta satélite sobre economía del cuidado 2017, disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/Bol_CS_Econo_cuidado_TDCNR_2017.pdf.

²⁵ De acuerdo con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), 2008.

En el caso del cuidado y apoyo a personas, las ocupaciones que se tuvieron en cuenta para la realización del cálculo fueron: cuidadores de niños y niñas, trabajadores de los cuidados personales, maestros y profesionales en enfermería. De las 6 categorías de actividades, las dos que reciben menor valoración en términos económicos en el mercado son la alimentación y el cuidado y apoyo a personas, con un valor de US\$ 1,9 por hora. Esto supone menos de la mitad del valor de la actividad de mantenimiento y vestuario, que recibe US\$ 3,7.²⁶

Respecto al valor del TDCNR y su aporte al PIB, mediante los métodos generalista, especialista e híbrido se calcularon valores de 19,3; 20,4 y 19,1 respectivamente, siendo un trabajo realizado al 79,4% por las mujeres. El valor obtenido mediante el método híbrido puede deberse a que las ocupaciones de cuidado directo en el mercado laboral colombiano perciben menores ingresos por hora que el ingreso generalista.

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2016-2017, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), la Medición de Pobreza Monetaria y Desigualdad 2017, y los principales agregados macroeconómicos publicados por la Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales (DSCN), la DANE publicó en 2018 la actualización del valor

económico del Trabajo Doméstico y de Cuidado no Remunerado (TDCNR) para el año 2017. La encuesta incluyó seis grupos de actividades o funcionalidades: suministro de alimentos, mantenimiento de vestuario, limpieza y mantenimiento del hogar, compras y administración del hogar, cuidado y apoyo de personas, y voluntariado. Se incluyeron preguntas vinculadas con el cuidado de la salud en las últimas tres categorías²⁷. Partiendo de la remuneración a asalariados y del ingreso medio por funcionalidad (método especialista), el valor del TDCNR ascendió al 20% del PIB, y a un 16,3% según el método generalista. En cuanto a la distribución del tiempo de TDCNR por género, se observa que las mujeres aportaron el 78,4% del total de horas anuales frente al 21,6% de los varones. El informe adopta una mirada interseccional al presentar la información desagregada en función de variables como región, tipo de hogar, etapa del ciclo familiar, grupos de edad y niveles educativos.

3.2 El caso de Costa Rica

Durante marzo y abril de 2011 se desarrolló la Encuesta de Uso del Tiempo en la Gran Área Metropolitana²⁸, a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Universidad Nacional de Costa Rica (UNCR) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). Esta encuesta permitió visibilizar el trabajo

²⁶ Para la conversión de los salarios a dólares se tomó como referencia el promedio del tipo de cambio peso colombiano/dólar estadounidense durante el año 2012; <https://dolar.wilkinsonpc.com.co/dolar-historico/dolar-historico-2012.html>.

²⁷ Para ver el listado completo de las actividades incluidas en cada funcionalidad, ver las páginas 3 y 4 del boletín técnico.

²⁸ Para obtener más información ver la Encuesta de Uso del Tiempo en la Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/09_principales_resultados_de_la_encuesta_de_uso_del_tiempo_de_la_gam-2011.pdf.

que realizan las mujeres dentro de los hogares por el cual no reciben una remuneración, y que representa uno de los obstáculos para insertarse en el mercado laboral. Estos hallazgos hicieron posible cuantificar uno de los problemas que dio origen a la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (RedCudi) y pueden emplearse para generar estrategias para redistribuir las tareas de cuidado.

La EUT-GAM, cuyas principales características se recogen en el cuadro 7, organizó las actividades abordadas en 17 categorías. En seis

de ellas se incluyeron preguntas específicas vinculadas con la salud: Necesidades y cuidados personales (B); Cuido de menores (niños y niñas) menores de 12 años (I); Cuidado y apoyo a otros miembros del hogar de 12 años y más (no totalmente dependientes) (J); Compras (K); Transferencias de trabajo no remunerado a otros hogares (O); y Cuidado de personas con discapacidad física o mental que requieren atención (totalmente dependientes) (Q). En el cuadro 8 se amplía la información acerca de las actividades específicas vinculadas con la salud.

Cuadro 7. Principales características de la EUT-GAM 2011

Informantes: personas de 12 años y más, residentes habituales de los hogares

Tiempo de referencia: semana anterior a la aplicación de la entrevista (diferenciando entre días hábiles y fin de semana)

Muestra: probabilística de áreas, estratificada

Cantidad de viviendas: 2.466

Fuente: Elaboración propia a partir de la EUT-GAM, cuyo documento completo está disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/09_principales_resultados_de_la_encuesta_de_uso_del_tiempo_de_la_gam-2011.pdf.

Cuadro 8. Actividades vinculadas con la salud incluidas en la EUT-GAM

Categoría	Cantidad de actividades incluidas	Cantidad y porcentaje de actividades vinculadas con la salud	Actividades vinculadas con el cuidado de la salud
B. Necesidades y cuidados personales	7	3 (42,8%)	- Acudir a una consulta médica o realizarse análisis clínicos o estudios médicos como ultrasonidos, exámenes de sangre, radiografías, etc. - Asistir a terapias o rehabilitación - Recuperarse en cama de algún malestar o enfermedad
I. Cuido de menores (niños y niñas) menores de 12 años	12	2 (16,6%)	- Dar o preparar medicamentos, terapias, curaciones, etc. - Acompañar, llevar o trasladar a niños del hogar a recibir atención médica, vacunas, terapias, etc.
J. Cuidado y apoyo a otros miembros del hogar de 12 años y más (no totalmente dependientes)	8	5 (62,5%)	- Cuidar a un integrante del hogar que presentó algún síntoma, malestar o enfermedad durante el día - Cuidar a un integrante del hogar que presentó algún síntoma, malestar o enfermedad durante la noche - Llevar, recoger o acompañar a un integrante del hogar a citas médicas, al hospital, clínica, o consultorio particular - Preparar medicinas o remedios caseros para curar algún malestar, síntoma o enfermedad para algún integrante del hogar - Estar pendiente del cuidado de la salud de algún integrante del hogar mientras se hacen otras cosas
K. Compras	8	1 (12,5%)	- Comprar medicinas, hierbas o ingredientes para remedios caseros para sí mismo o algún integrante del hogar
O. Transferencias de trabajo no remunerado a otros hogares	14	3 (21,4%)	- Alimentar, asear, arreglar, cambiar o dar medicinas y terapias a personas de otros hogares sin cobrar nada - Cuidar a un integrante de otro hogar que presentó algún malestar, síntoma o enfermedad durante el día o la noche en su propia vivienda o en la vivienda del que cuidó - Llevar, recoger, o acompañar a algún integrante de otro hogar al hospital, clínica o consultorio particular, centro o puesto de salud o a una sesión de terapia física, médica o psicológica

Cuadro 8. Actividades vinculadas con la salud incluidas en la EUT-GAM (continuación)

Q. Cuidado de personas con discapacidad física o mental que requieren atención (totalmente dependientes)	13	13 (100%)	- Cocinar, preparar o servir algún alimento especial para un integrante del hogar totalmente dependiente - Tender la cama o limpiar la habitación para un integrante del hogar totalmente dependiente - Lavar o planchar por separado la ropa para un integrante del hogar totalmente dependiente - Ayudar a comer a un integrante del hogar totalmente dependiente - Bañar, ayudar a ir al baño, vestir o ayudar a vestir a un integrante del hogar totalmente dependiente - Cuidar durante el día a un integrante del hogar totalmente dependiente - Cuidar durante la noche a un integrante del hogar totalmente dependiente (incluye estar en vela) - Llevar o recoger de algún centro de estudios, establecimiento o lugar de cuidado a una persona del hogar totalmente dependiente - Llevar, recoger o acompañar a algún establecimiento de salud a un integrante del hogar para que le hagan terapias, o para realizar algún tipo de trámite administrativo - Practicarle alguna terapia especial o curación a un integrante del hogar totalmente dependiente: enfermo crónico, de edad avanzada o con alguna dificultad física o mental - Entretener, leer, escuchar, conversar, consolar, o llamar la atención a un integrante del hogar totalmente dependiente: enfermo crónico, de edad avanzada o con alguna dificultad física o mental - Hablar con los médicos, recoger medicinas o buscar terapias para un integrante del hogar totalmente dependiente: enfermo crónico, de edad avanzada o con alguna dificultad física o mental - Estar pendiente de un integrante del hogar totalmente dependiente: enfermo crónico, de edad avanzada o con alguna dificultad física o mental
--	----	-----------	--

Fuente: Elaboración propia a partir de la EUT-GAM 2011

Al igual que en el caso de Colombia, los resultados muestran que el tiempo total de trabajo (la suma entre el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado y de cuidados) es mayor para las mujeres, y que esto responde principalmente a la carga de trabajo no remunerado. Mientras que las mujeres costarricenses destinan 37 horas semanales a las tareas domésticas no remuneradas, los varones les dedican menos de la mitad (15,5 horas).

La EUT-GAM incluyó un módulo dirigido a medir el tiempo empleado en el cuidado exclusivo de menores de edad y personas totalmente dependientes, enfermos crónicos, con edad avanzada o con discapacidades físicas o mentales. Este módulo supuso una incursión en un área central del cuidado que aún no había sido medida con precisión y permitió determinar no solo la participación de varones y mujeres sino también el tiempo social y el tiempo efectivo involucrados. La carga es particularmente fuerte para quienes tienen que cuidar exclusivamente de personas totalmente dependientes, en edad avanzada o con alguna discapacidad. Estas personas tienen menos independencia para vestirse, alimentarse y moverse que niños y niñas, requieren en muchos casos no dormir para cuidarlos, y hacer grandes esfuerzos físicos para levantarlos, moverlos y darles la vuelta. Todo esto afecta seriamente la salud mental y física de los cuidadores, a la vez que limita sus oportunidades de recrearse, educarse y trabajar de forma remunerada (EUT-GAM 2011: 152).

En 2015 se aprobó la Ley 9325 de Contabilización del aporte del trabajo

doméstico no remunerado, cuyo objeto es:

Medir la economía del cuidado conformada por el trabajo doméstico no remunerado de acuerdo con lo que establece el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), de forma que brinde una visión integral de las actividades emprendidas por las mujeres y otras personas integrantes de los hogares al desarrollo económico y social del país (artículo 1).

Durante 2016 y 2017 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), junto con el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y la Universidad Nacional (UNA) llevaron a cabo la primera Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT).²⁹ El objetivo principal de la encuesta fue conocer las actividades realizadas y el tiempo dedicado a ellas por los integrantes de los hogares durante la semana de referencia. La encuesta se aplicó a personas de 12 años y más, residentes habituales de las viviendas a nivel nacional, en una muestra de 1.360.055 viviendas, el 70,6% de ellas en zonas urbanas y el 29,4% en zonas rurales. Las actividades se clasificaron en actividades de trabajo y no trabajo. Las actividades de trabajo comprenden aquellas relacionadas con el trabajo doméstico no remunerado, trabajo de autoconsumo, trabajo de apoyo a otros hogares y a la comunidad y el trabajo remunerado. Por su parte, las actividades de no trabajo comprenden la formación, el tiempo libre y las necesidades personales.

Los resultados muestran claras desigualdades de género en cuanto al

²⁹ Para obtener más información sobre la ENUT, ver: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reenut2017.pdf>.

tiempo dedicado al trabajo doméstico no remunerado: del tiempo total destinado a las actividades de trabajo doméstico no remunerado, el 72,1% corresponde a tiempo empleado por las mujeres y el 27,9% a tiempo empleado por los varones (ENUT, 2018: 44). A su vez, dentro de la categoría de trabajo doméstico no remunerado se distinguieron nueve grupos de actividades: compras del hogar; gerencia del hogar; cuidado de personas menores de 12 años; cuidado de personas de 12 años o más; limpieza de la vivienda; preparación de alimentos; limpieza de ropa y calzado; reparaciones menores de vivienda y vehículo; y cuidado de personas totalmente dependientes. Las tres últimas categorías son las que presentan diferencias más pronunciadas entre varones y mujeres.

3.3 El caso de Uruguay

En septiembre de 2007, la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) incluyó un módulo sobre “Uso del tiempo y trabajo no remunerado”, en el marco del proyecto de uso del tiempo y trabajo no remunerado de las mujeres en Brasil y países del Cono Sur 2006-2007.

Las actividades se agruparon en ocho categorías: i) trabajo doméstico familiar; ii) tiempo de traslado y transporte; iii) actividades de esparcimiento; iv) tareas no remuneradas comunitarias o de voluntariado; v) cuidado de niños y niñas; vi) cuidado de personas dependientes o enfermas; vii) ayudas recibidas fuera del hogar; y viii) apoyo a otros hogares y otros familiares de forma gratuita. Las categorías seis, siete y ocho incluyen preguntas

vinculadas con la salud. El cuadro 9 resume las actividades vinculadas con la salud en el módulo de uso del tiempo de la ECH.

Uno de los principales hallazgos de este módulo es que existen marcadas diferencias de género en lo que respecta al trabajo no remunerado. De la muestra encuestada, se encontró que el 91% realiza tareas de cuidado no remunerado. Sin embargo, al desglosar los datos según el sexo se observa que el 96% de las mujeres declara realizar este tipo de tareas frente al 85% de los varones. También se encontró que las mujeres destinan 36,3 horas semanales a tareas no remuneradas mientras que los varones solo dedican 15,7 horas. Las mujeres invierten más del doble del tiempo que los varones en el trabajo no remunerado, lo cual puede dificultar el acceso o la promoción igualitaria en el trabajo remunerado (INE, 2007).

Respecto al cuidado de personas dependientes o enfermas, la encuesta no recogió suficientes casos para presentar la información con grandes niveles de desagregación. Varios estudios (tanto para el caso de Uruguay como internacionales) señalan como posible causa el hecho de que “el acostumbramiento a estas situaciones las hace no fácilmente reconocibles” (INE, 2007: 48).

Del total de la población, el 2,7% declara realizar alguna de estas tareas de cuidado a dependientes y enfermos, con escasa diferencia entre mujeres y varones (3,3% y 2% respectivamente). El tiempo promedio semanal dedicado a estas tareas de cuidado es de 14,2 horas,

y de 14,8 si se toman solamente los datos de las mujeres.

En cuanto a su situación laboral, el 54,9% de las personas encuestadas

busca empleo, el 16,7% declara dedicarse exclusivamente a tareas del hogar, y el 28,4% son estudiantes, jubilados, rentistas y pensionistas (INE, 2007: 48-49).

Cuadro 9. Definición de actividades vinculadas con la salud en el módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares de Uruguay

Categorías de actividades	Actividades vinculadas con la salud
6. Cuidado de personas dependientes o enfermas	6.1 Dar de comer o ayudar a hacerlo
	6.2 Bañar, asear, vestir, arreglar o ayudar a hacerlo
	6.3 Administrar medicinas
	6.4 Acompañar al servicio de salud
	6.5 Llevar de paseo o hacer compañía
	6.6 Hacer alguna terapia especial o ayudar a realizar ejercicios
7. Ayudas recibidas de fuera del hogar	7.2 Ayudas remuneradas y no remuneradas para el cuidado de dependientes o enfermos
8. Apoyo a otros hogares y otros familiares de forma gratuita	8.3 Cuidar personas dependientes

Fuente: Elaboración propia en base a la ECH 2007 del Instituto Nacional de Estadística de Uruguay.

Los resultados de este módulo permitieron observar que “del volumen global de trabajo que se realiza en Uruguay, casi la mitad (49%) corresponde al ámbito de los hogares, tiempo que está fuera de las relaciones de mercado” (INE, 2007: 37).

A partir de los datos obtenidos mediante el módulo de uso del tiempo, se realizó una valorización del TnR en tres variantes:

- Calculando el costo de reemplazo según el salario de trabajadores no especializados: el valor del TnR para 2007 es equivalente a US\$ 6.156,7 millones, lo que representa el 26,6% del PIB.
- Calculando el costo de reemplazo según el salario de trabajadores especializados: utilizando los

salarios promedio de trabajadores especializados en cuidado (servicio doméstico, cocineros, cuidadores de niños, cuidadores de enfermos, albañiles y electricistas, y trabajadores comunitarios), el valor del TnR para 2007 es equivalente a US\$ 6.233,1 millones, lo que equivale al 26,9% del PIB.

- Calculando el costo de oportunidad: en el caso de las personas ocupadas, se imputó el ingreso por hora trabajada, y en el caso de las personas desempleadas, el salario potencial según su sexo, nivel educativo y grupo de edad. El valor del TnR resultante asciende a US\$ 7.097,2 millones, lo que representa el 30,6% del PIB.

En el análisis también se incluyó un cálculo comparativo del trabajo no remunerado en relación con diferentes tipos de salarios en el país. La suma

del TnR es seis veces el costo salarial para el Estado y el mercado de todos los servicios de cuidado; 18 veces el gasto en salarios de la enseñanza preescolar, primaria y especial; 15 veces el gasto en salarios de salud; 30 veces el gasto en la contratación de servicio doméstico de los hogares (considerando niñeras, jardineros, cocineros, choferes y porteros); y 160 veces el gasto en salarios de las instituciones de asistencia social (orfanatos, casas de salud, guarderías) (Salvador, 2009: 180).

Entre mayo y agosto de 2013 se repitió el ejercicio en forma de módulo extraordinario sobre uso del tiempo en los mismos hogares consultados por la ECH. La encuesta se aplicó a 3.391 hogares, obteniéndose información para 7.447 personas de 14 o más años de edad.

En esta ocasión, se encontró que las mujeres dedican dos terceras partes de su tiempo de trabajo al trabajo no remunerado (65%) y el tercio restante al trabajo remunerado (35%). En el caso de los varones, estas proporciones se invierten, es decir, un tercio del tiempo se dedica al trabajo no remunerado (31,9%) y dos tercios al trabajo remunerado (68,1%) (INE, 2013: 7).

3.3.1 Los resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados no Remunerados en Salud³⁰

La prevalencia de la provisión de cuidados no remunerados en salud que brindan las mujeres en los hogares invita a reflexionar sobre el grado de institucionalización de la salud al que se

aspira, a sabiendas de que la poca o nula institucionalización tiene costos para el ejercicio de derechos de las mujeres (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015: 6).

En este contexto, y en el marco de la construcción del sistema de cuidados, en 2013 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Cuidados no Remunerados en Salud.³¹ Para poder medir los cuidados no remunerados en salud, fue necesario diferenciar las actividades que se llevan a cabo en los hogares diariamente y que contribuyen a la prevención y promoción de la salud en un sentido amplio (como higienizar el hogar, preparar alimentos, higienizar a niñas y niños pequeños así como a adultos dependientes, que son las relevadas en las encuestas de uso del tiempo) de las tareas de cuidado no remunerado de la salud, que incluyen aquellas tareas destinadas a apoyar a las personas con una funcionalidad disminuida de forma temporal o permanente.

Se distinguieron cuatro tipos de cuidados no remunerados de salud:

- Cuidados de salud específicos realizados en el hogar (hacer tratamientos, controlar manifestaciones de la enfermedad, administrar medicinas, etc.).
- Cuidados de apoyo a la salud realizados en el hogar ante situaciones de enfermedad (alimentar, higienizar, etc.).
- Acompañamiento (traslados específicos, entretener, acudir a consultas médicas, etc.).
- Gestiones con el sistema institucional de salud (solicitar consultas, retirar análisis, etc.).

³⁰ En esta sección se presenta una síntesis de Batthyány, Genta y Perrotta (2015).

³¹ Esta encuesta fue realizada por el Equipo de Relaciones de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay.

La definición de trabajo de cuidados no remunerados en salud utilizada en la Encuesta abarca todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlas por sí mismos, sin recibir retribución monetaria por ellas. También incluyen los cuidados para personas que no viven en el hogar, sean familiares o no (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015: 15-16).

Los principales hallazgos de la Encuesta giran en torno a tres grandes temas: las horas destinadas y las desigualdades de género en la provisión de cuidado no remunerado en salud; el perfil de quienes brindan y reciben cuidados; y las consecuencias que sufren los cuidadores por proveer cuidado en salud no remunerado.

En relación al primer tema, la encuesta encontró que la población menor de 65 años en Uruguay dedica más horas al cuidado no remunerado en salud que lo que hallaron las Encuestas de Uso del Tiempo respecto al trabajo no remunerado: un promedio de 53 horas semanales (56 horas para las mujeres y 44 para los varones).

El 60,5% de los proveedores de cuidados en salud no remunerados trabaja más de 40 horas semanales. Ante situaciones de enfermedad, las mujeres son las que mayormente asumen la necesidad de cuidado, que demanda una gran cantidad de tiempo y disposición que sería costosa de pagar en el mercado (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015: 31-32). El hecho de que las personas trabajen más de 40 horas en los hogares —un 20% más que quienes lo hacen de forma remunerada— puede deberse a la falta de servicios externos accesibles.

Existen diferencias de género notables en el cuidado no remunerado en salud: las mujeres representan el 76,6% de las cuidadoras en salud no remuneradas. Además, estas brindan ayuda a otros hogares en mayor medida que los varones, convirtiéndose en un eslabón central en la estrategia de cuidado con la que cuentan los hogares. El 73,9% de los cuidados que realizan los varones son a otros miembros del hogar, mientras que las mujeres destinan el 45,4% de sus cuidados a personas fuera del hogar.

Respecto al tipo de cuidado, el que brindan las mujeres parece ser más exigente que el que brindan los varones. En primer lugar, los cuidados se proveen para otros hogares en muchos casos, con el consiguiente compromiso de tiempo y energía derivado del traslado. En segundo lugar, las mujeres cuidan en mayor medida a personas mayores que a niños y niñas, lo cual exige mayores niveles de esfuerzo (Batthyány, Genta, Perrotta, 2013).

En cuanto al perfil de los cuidadores, la encuesta encontró que generalmente tienen entre 45 y 56 años. Respecto a las personas receptoras, si bien las personas adultas mayores de 70 años representan el 10% de la población uruguaya (ECH, INE, 2012), solamente conforman el 44,5% de la población que demanda cuidado no remunerado en salud. El cuidado en salud es realizado en su mayoría por integrantes del hogar y de forma no remunerada. Solamente el 18% de los hogares encuestados recurrió a algún tipo de cuidado externo (remunerado y no remunerado) para cubrir los momentos de enfermedad.

Respecto a las consecuencias del cuidado en salud no remunerado percibidas por las personas

proveedoras, la encuesta reveló que el 63,4% manifiesta haber experimentado cambios en sus actividades diarias debido a la dedicación al cuidado en salud. Esta percepción es más común entre las mujeres (65,1%) que entre los varones (57,8%). Los tipos de impacto más reportados afectan al trabajo remunerado, los ingresos o el estudio (45,8%), las redes sociales y la recreación (22,6% de mujeres y 19,0% de varones), y a la aparición de cambios negativos en la salud personal (16,7% de mujeres y 13,2% de varones) (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015: 26). Este último impacto en la salud personal es más común entre cuidadores de enfermos crónicos que entre cuidadores de enfermos temporales (18,8% y 12,2% respectivamente).

En resumen, las mujeres dedican considerablemente más tiempo al trabajo de cuidado no remunerado en los hogares. En las tres experiencias analizadas se manifiesta la división sexual del trabajo, causa y efecto de una organización social del cuidado y una provisión de cuidados injustas e inequitativas.

3.4 México y la incorporación del TnR en las cuentas satélite de salud

Varios países de la Región (Chile, Colombia, México) han avanzado en la elaboración de cuentas satélite del sector salud. El objetivo de este tipo de mediciones es conocer el funcionamiento del sector salud en profundidad, precisar el aporte económico del sector, y contar con información que permita la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas de un modo informado.

Una de las particularidades del caso de México es que en sus dos mediciones (la realizada en 2011 con datos del año 2008 y la realizada en 2016 con datos del 2013), incorporó el papel del TnRS, su aporte económico, la distribución por sexo y su composición porcentual.

En este sentido, una de las potencialidades es que “al incluir la valoración del trabajo no remunerado que los miembros de los hogares destinan a la salud (TnRS), se refleja el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud”. Los datos de 2013 mostraron que el sector salud aporta un 5,6% al PIBA del cual un 4,2% corresponde a los bienes y servicios del sector salud, y un 1,4% al trabajo no remunerado en salud.

En cuanto a la distribución por sexo, los datos de 2008 muestran que el TnRS, al igual que sucede con el TNR general, está muy feminizado, con las mujeres aportando el 76,4% de los servicios de cuidado, mientras que los varones colaboran con el 23,6% restante (INEGI, 2011).

Por su parte, el valor económico del TnRS se compone de dos grandes bloques: los cuidados de salud que se prestan dentro y fuera del hogar. El primer grupo representa el 96,6% del valor total, integrado a su vez por los cuidados a enfermos crónicos o con alguna discapacidad física, equivalente al 68,5% del TnRS total, y los cuidados a enfermos temporales con el 28,1%. Los cuidados de la salud que los hogares prestan como ayuda a otros hogares o como trabajo voluntario en las Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL) dedicadas a cuidados de la salud, representan el 3,4% del total (INEGI, 2011: 30).

3.5 Otros países de la Región con cuentas satélite sobre trabajo no remunerado

Además de Colombia, Costa Rica y Uruguay, varios países de la Región (Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Venezuela) han

avanzado en la valorización del trabajo no remunerado a través de la aplicación de encuestas de uso del tiempo y la elaboración de cuentas satélite. En el cuadro 10 se resumen los aportes al PIB del trabajo no remunerado en cada uno de estos países.

Cuadro 10. La valorización del trabajo no remunerado en cinco países de América Latina

País	Aporte al PIB (porcentaje)	Año
Ecuador	14,41	2011/2013
El Salvador	18,3	2010
Guatemala	19,0	2011
México	19,7	2002/2006, 2009/2011, 2012
Perú	20,4	2010

Fuente: Reelaboración a partir de CEPAL 2014 y revisión de cuentas satélite en base a: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/cuentas_satelites_2011-2013/1_Presentacion_TNR_2011-2013.pdf; <http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1272775791.pdf> y <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/CUENTA%20SATELITE%20DEL%20TRABAJO%20NO%20REMUNERADO.pdf>.





4 Conclusiones: el valor del trabajo no remunerado en salud

La conclusión central de la revisión sistemática llevada a cabo en el presente documento es precisamente lo invisibilizado que se encuentra el trabajo no remunerado en salud. Esto es especialmente notable en el ámbito de la institucionalidad de salud, donde gran parte de las prestaciones y el tratamiento de salud se traslada a los hogares. La falta de vinculación entre los sistemas de salud y el trabajo de cuidado no remunerado en salud ha invisibilizado la carga que representa para las familias (y dentro de ellas, principalmente para las mujeres) así como el impacto que este tipo de cuidados tiene en la salud y las trayectorias laborales de las cuidadoras y los cuidadores y de las personas a las que cuidan.

Y aún mas invisibilizadas se encuentran las mujeres, como principales responsables del cuidado, que asumen cotidianamente este arduo trabajo afectando su propia salud, además de sus trayectorias laborales y sus emociones. Los datos relevados acerca del efecto que tiene la provisión de cuidado en las vidas de las mujeres son alarmantes, sobre todo en el contexto de una tendencia a la reducción de recursos presupuestarios. Las situaciones de los países son diversas, del mismo modo que las respuestas institucionales, pero la tendencia

a priorizar costos sobre la equidad distributiva del cuidado aparece como constante. Al mismo tiempo, la asimetría en el uso del tiempo es otro factor que afecta principalmente a las mujeres, y dificulta su acceso a recursos, particularmente en sus trayectorias laborales y sus fuentes de ingresos monetarios.

Un aspecto destacable es el contraste entre la grave crisis del cuidado en los países centrales y la situación general en América Latina, aunque en ambos extremos, la situación de crisis es notoria y requiere una intervención urgente.

Esta situación de urgencia nace de factores coyunturales como la transición demográfica acelerada que viven los países de la Región. Esta situación ha resaltado asimetrías generacionales que invisibilizan “quién cuida a quién” y “cómo se cuida”, preguntas centrales de los acuerdos sociales familiares y comunitarios. Esto se observa en los casos de abuelas asumiendo el cuidado de niños y niñas, vecinas asumiendo cuidados comunitarios, cadenas transnacionales de cuidado, donde el peso de las tareas es evidente y en la mayoría de los casos se asumen sin recursos, sin conocimientos y sin los medios imprescindibles, elevando así

los riesgos colaterales. Las cuidadoras domiciliarias no cuentan con redes de apoyo y, además, en caso de necesidad de cuidados formales o institucionales, las prácticas de emergencia o de cuidado aplicadas (en absoluta soledad) son motivo de penalización por parte de los profesionales de la salud.

Desde la institucionalidad pública no se reconoce el conjunto de condiciones desfavorables para asumir el cuidado, sin información ni capacitación alguna, como tampoco se toma conciencia del riesgo que representa para la salud de cuidadoras y personas cuidadas.

En el marco de la Agenda de Desarrollo 2030, cuyos objetivos 3 (“Avanzar hacia la cobertura universal de salud”) y 5 (“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”) incluyen el reconocimiento del TnR, deben fortalecerse los abordajes intersectoriales e integrales de respuesta. El cumplimiento de estos objetivos no puede ser “a costa de las mujeres” y la universalización de la salud no debe culminar en un simple traslado de responsabilidades y de trabajo hacia las mujeres. Si la calidad de los cuidados domiciliarios y el bienestar de la población se carga nuevamente sobre los hombros de las mujeres, no se habrá logrado redistribuir el cuidado ni mejorado las condiciones generales de la salud de la población.

A su vez, y en la medida que no se produzca información sobre el tipo de tareas que se realizan en salud, su duración, frecuencia e intensidad, no se podrá avanzar hacia la garantía del derecho a la salud y el cuidado. En el marco de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible (ODS), el reconocimiento del TnR y la disponibilidad de fuentes de información confiables ponen de manifiesto una brecha entre los países de la Región, en contra de la meta del ODS 10 (“Reducir la desigualdad en y entre los países”). Pero sobre todo, si no se logra reconocer que la desigualdad imperante tiene su principal causa en la injusta división sexual del trabajo y del cuidado, no se estará abordando el carácter estructural del problema.

Una de las conclusiones de la revisión sistemática de la literatura es que el cuidado de NNA, personas con discapacidad, con afecciones de salud mental, y personas mayores debe abordarse desde una mirada integral del ejercicio de su derecho a la salud. Cada situación de cuidado es única y, en el caso de personas enfermas, urge identificar los tipos y duración de la enfermedad así como las especificidades de la misma, para mejorar la capacitación, recaudos, infraestructura y recursos necesarios. Las experiencias analizadas en este estudio ponen de manifiesto la necesidad de delimitación del concepto “cuidados en salud”.

En relación con el reconocimiento del cuidado como derecho, se han encontrado avances importantes: el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado se ha incorporado en consensos regionales, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en constituciones, en los planes de igualdad y en los sistemas nacionales de cuidado. El desafío es garantizar, proteger y proveer lo necesario para el efectivo ejercicio del derecho humano al cuidado, con las

consiguientes obligaciones estatales de cumplimiento efectivo.

Sin embargo, los avances no se han materializado todavía en regulaciones más extensas que amplíen el marco de derechos. Por ejemplo, no se encontraron en los países mecanismos de licencias por cuidado en salud para familiares directos en el marco de la legislación laboral, más allá de las licencias o permisos por el nacimiento de hijos (sobre todo limitado a las mujeres). La ausencia de este tipo de permisos no alienta a los varones a asumir sus responsabilidades de cuidado. Otro ejemplo es el cuidado a largo plazo de progenitores o de personas enfermas, que no está contemplado por ningún marco normativo y por lo tanto empuja a las mujeres trabajadoras a solicitar licencias de salud propias para dedicarse al cuidado de sus familiares, que afectan su trayectoria laboral y que en muchos casos, redundan en enfermedades emocionales o psiquiátricas.

Tampoco se han documentado avances en esquemas de protección social, y cuando el cuidado aparece mencionado, se encuentra fragmentado en prestaciones restrictivas y destinadas únicamente a ciertas personas. Por su parte, las prestaciones en salud siguen vinculadas a mecanismos reparatorios de la enfermedad que no promueven prácticas integrales y preventivas de salud. La revisión sistemática ha revelado la necesidad de un abordaje integral, preciso y urgente que supere la sectorialización para satisfacer el derecho al cuidado y a la salud de todas las personas.

El análisis de las cuentas satélite demostró el impacto del trabajo

no remunerado en salud en las cuentas nacionales. Sin embargo, esta evidencia no se ha traducido en un aumento de financiamiento ni en estrategias institucionales de respuesta. Incluso aquellas iniciativas sumamente destacables como la creación de sistemas nacionales de cuidado (p. ej., en la experiencia pionera de Uruguay) se enfrentan al reto de asegurar recursos financieros y humanos así como capacidades institucionales para salir adelante. Al mismo tiempo, estas iniciativas no escapan de los sesgos de género, que se materializan en una “maternalización” y feminización de las acciones relativas al cuidado remunerado en salud, un área ya de por sí atravesada por discriminación salarial y segregación ocupacional vertical y horizontal. Este hecho demanda una revisión del abordaje, puesto que sin equidad de género no se puede avanzar en materia de cuidado.

Otro aspecto central hallado durante esta revisión sistemática es la presencia de factores como las presiones demográficas, el bajo uso del bono demográfico en la Región, la crisis de los sistemas de salud (tanto a nivel sectorial como prestacional), y la disminución de presupuestos y recursos. Es crucial no permitir que estos factores culminen en un traslado de las responsabilidades de cuidado a las mujeres. Existen áreas de oportunidad en este sentido, como el autocuidado, las prácticas vinculadas con medicina ancestral, y el respeto a las identidades sexuales, culturales y étnicas. Todas ellas pueden integrarse en la planificación sanitaria, con la igualdad y la no discriminación como imperativo central de la política pública.

Las experiencias relevadas por este documento representan una evidencia en sí misma. El estudio de las experiencias de Colombia, Costa Rica y Uruguay permite aproximar una muestra representativa sobre los cursos que las respuestas estatales están adoptando para garantizar el derecho al cuidado. Sin embargo, la idea de sistema no se alinea con la necesaria interdependencia de los derechos, y por ello es necesario explorar cómo se están conceptualizando estos sistemas para promover la integralidad del abordaje.

En consecuencia, es necesario elaborar diagnósticos y estudios del alcance del cuidado no remunerado en salud a nivel nacional y subnacional. Estos deberían considerar especialmente las pautas culturales que dan forma al cuidado y las maneras en que se asume, siempre desde un enfoque de género y derechos, buscando delimitar el amplio espectro de tareas que asumen las mujeres. Se trata de diseñar respuestas integrales y no aisladas, de una manera estratificada que no amplíe ni refuerce las inequidades existentes, dado que es necesario acabar con este patrón de desigualdad para avanzar en el logro de los ODS.

4.1 Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones tienen por objetivo incluir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, en un marco de reconocimiento de los derechos humanos y respetuoso con la equidad de género. Se encuentran categorizadas según los actores e instituciones involucrados en garantizar y ejercer el derecho a la salud y al cuidado.

4.1.1 Responsables, funcionarios y técnicos de los ministerios de salud:

- Incorporar como parte de sus obligaciones el garantizar, satisfacer y proveer el derecho al cuidado. Para ello es necesario disponer de diagnósticos, estudios específicos y voluntad política para integrar estas obligaciones de una manera transversal.
- La integración del cuidado desde los ministerios de salud debe ser central y formar parte de las competencias sectoriales, promoviendo arreglos distributivos equitativos en el momento de delegarlo en las familias. Los profesionales de la salud deben romper con el supuesto de que todas las prescripciones de cuidado en salud van dirigidas a las mujeres y consideradas solo como madres. No habrá cambios en las dinámicas de organización social del cuidado hasta que estos sesgos se eliminen.
- Este proceso debe involucrar una interacción sistemática con los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer, como parte de procesos de planificación estatal sostenidos.
- El proceso debe ser liderado por la autoridad nacional en salud en todas sus dependencias y no solo en áreas de salud comunitaria. Se trata de promover la incorporación del cuidado de manera transversal, equitativa y sin discriminación. Las experiencias analizadas en este estudio tienen que servir de base para que la visibilización del TnR se transforme en políticas sanitarias equitativas.
- Se debe analizar la situación de los recursos humanos en salud en todas sus categorías, quienes en

muchos casos desempeñan tanto tareas remuneradas como no remuneradas de salud. En el caso de las mujeres, desde profesionales hasta agentes sanitarias terminan “maternalizando” su trabajo y asumiendo mayores responsabilidades no remuneradas que redundan en más trabajo y menos ejercicio del derecho al tiempo libre.

- Junto con la identificación de los tipos de cuidados, avanzar en la construcción de perfiles de trabajadoras y trabajadores no remunerados en salud, para poder avanzar en una redistribución que trascienda las dinámicas de género existentes. La injusta división sexual del trabajo de cuidado en salud no se superará hasta que se transformen los mecanismos de invisibilización y discriminación.
- Se debe jerarquizar el trabajo de cuidado en todas sus dimensiones, pero particularmente por el impacto que tiene sobre el funcionamiento del sector salud y su relevancia estratégica.
- Se recomienda elaborar estándares de calidad, adaptabilidad, adecuabilidad y disponibilidad que permitan evaluar la infraestructura, los servicios y demás estrategias dirigidas a proveer de elementos para ejercer el derecho al cuidado y a la salud.
- Promover políticas integrales en el campo de la salud mental y en otros campos con particularidades que requieren una respuesta urgente, tanto en relación con quienes deben ser cuidados como con sus cuidadoras y cuidadores.
- Finalmente, avanzar en el diseño y la aplicación de políticas de salud universales, que reconozcan e incorporen la salud como un derecho humano interdependiente de otros derechos y se efectivice su satisfacción.

4.1.2 Responsables de los ministerios de Desarrollo Social, Trabajo, Economía y Finanzas, y Educación; secretarías de Infancia, Personas Mayores, y Personas con Discapacidad:

- Identificar las distintas áreas sectoriales encargadas de garantizar el derecho al cuidado y a la salud, para comprometerlas en procesos de incorporación del cuidado no remunerado.
- Los ministerios de Desarrollo Social encargados de iniciativas como los sistemas nacionales de cuidado deben incluir el cuidado no remunerado en salud como estrategia central en el marco de la redistribución de responsabilidades de cuidado.
- No se deben promover nuevos programas, sino que la estrategia debe promover una respuesta integral desde las instituciones existentes, tal como se ha visto en los sistemas nacionales de cuidado analizados para este documento.
- En el caso de los PTCl, se debe revisar la presencia de condicionalidades vinculadas con salud y educación, que sobrecargan con tareas de cuidados a las mujeres, sin reconocer su trabajo y, en la mayoría de los casos, las transferencias son incompatibles con un empleo. Este tipo de prácticas, muy comunes en

la Región, son “ciegas al género” y refuerzan las condiciones de vulnerabilidad de la mujer como principal responsable del cuidado.

- Se deben revisar y eliminar las condicionalidades vinculadas al ejercicio del derecho a la salud y a la educación. Estos derechos deben ser garantizados por el Estado de manera interdependiente conjuntamente con el derecho al cuidado.
- Los ministerios de Economía y Finanzas deben jugar un papel central en el proceso de visibilización del trabajo de cuidado, sea remunerado o no remunerado, proporcionando los recursos y políticas necesarios para garantizarlo. Las cuentas satélite son un buen punto de partida para este proceso.
- Es necesario promover y profundizar el análisis del financiamiento del sistema de salud para visibilizar los costos monetarios del trabajo no remunerado, y destinar recursos para una mayor cobertura, infraestructura de cuidado y nuevas disposiciones normativas.
- Se deben evaluar las necesidades y prioridades presupuestarias relacionadas con el TnRS a fin de ejecutar acciones que lo visibilicen y transformen de manera equitativa.
- Estas prioridades deben caracterizarse por su universalidad pero sin dejar de reconocer las especificidades del cuidado de niñas, niños y adolescentes, personas mayores y personas con discapacidad.

4.1.3 Mecanismos para el Adelanto de la Mujer (MAM):

- Cada MAM, a nivel nacional o subnacional, tiene que iniciar y sostener el proceso de transversalización de la perspectiva de género, tanto en salud como en todas las dependencias estatales. Este liderazgo debe ser sostenido e incorporado en los planes nacionales de igualdad, en políticas e instituciones, y en los procesos de los poderes Legislativo y Judicial.
- Es crucial involucrar activamente a los varones en el proceso de transversalización de la perspectiva de género, de manera que asuman sus responsabilidades en torno al cuidado y a la salud de sus familiares.
- Se deben ampliar los espacios de discusión y reflexión, ya se trate de reuniones de equipo, con los niveles de conducción, intersectoriales, y de capacitación, con el propósito de difundir el alcance del concepto de TnRS, democratizar los procesos de toma de decisiones y facilitar la participación de las mujeres en tales instancias.

4.1.4 Áreas de estadística:

- Tanto la autoridad nacional en materia de estadística como las áreas dentro de los ministerios sectoriales deben elaborar fuentes de información que permitan visibilizar, reconocer, valorar y medir el trabajo no remunerado de cuidado de la salud que realizan las mujeres en los hogares.
- Aquellos países que cuenten con encuestas de uso del tiempo, cuentas satélite de trabajo no remunerado y cuentas satélite de salud con módulos específicos para el TnRS,

deben asegurar la periodicidad en su aplicación y análisis.

- Desarrollar clasificadores que permitan identificar y caracterizar las actividades de cuidado en salud atendiendo a diferentes criterios, por ejemplo, por tipo de actividades: Actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) o Actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC); cuidados “curativos” y “rehabilitativos o rehabilitantes”; cuidados de salud específicos, de apoyo, de acompañamiento, o de gestión con el sistema institucional de salud; o por destinatarios: dirigidas a personas con algún tipo de discapacidad, enfermedades crónicas o personas mayores que sufren enfermedades con repercusión funcional (física o cognitiva), que se desarrollen en el hogar o fuera del mismo, como en el caso de las personas institucionalizadas, con identificación precisa de las tareas que implica.

4.1.5 Recomendaciones transversales:

En este apartado se proponen acciones que deben formar parte de la estrategia conjunta, pero a la vez, deben integrarse en cada área, organismo público y privado.

- Tras identificar y cuantificar el peso del trabajo no remunerado en salud, es necesario avanzar en el análisis y estudio de la distribución de los costos visibles e invisibles de los cuidados de salud. La información resultante permitirá avanzar la discusión sobre una (re)distribución social del cuidado, donde el

Estado asuma sus obligaciones y reorganice los actores, promoviendo nuevos arreglos entre mercado, familias y organizaciones sociales y comunitarias.

- Identificar las relaciones entre la demanda del cuidado y la capacidad y disponibilidad de quien lo realiza, así como su nivel socioeconómico, edad, identidad de género, grupo étnico, lugar de residencia y estatus migratorio, y su acceso al empleo remunerado y a mecanismos de seguridad o de protección social.
- Impulsar procesos internos “a escala” de las situaciones imperantes en cada país, para explorar la posibilidad de adaptar o ampliar herramientas ya existentes. Las encuestas de uso del tiempo son un buen ejemplo, siempre y cuando se alcance una buena adaptación. Esta recomendación no impide la realización de encuestas u otro tipo de herramientas metodológicas específicas que recojan el TDCNR, bajo el compromiso de darle continuidad, periodicidad, confiabilidad y publicidad.
- De cara al futuro, avanzar en el diseño de indicadores de progreso para la medición del cumplimiento de obligaciones estatales en torno al derecho a la salud y al cuidado.³²

4.1.6 Organizaciones de la sociedad civil y sector privado de la salud:

- Promover un proceso de sensibilización en torno a la especificidad que tiene el trabajo de cuidado no remunerado

³² Los indicadores de progreso para la medición de derechos han sido diseñados por Naciones Unidas (2008, 2012), la OPS (2012) y por los mecanismos de seguimiento del Protocolo de San Salvador, OEA (GTPSS, 2015) y de la Convención de Belem do Pará (MESECVI, 2015).

en salud, su impacto sobre el sector salud y sobre las condiciones de vida de las mujeres.

- Fortalecer el trabajo de articulación de cada organización en redes de cooperación interorganizacionales y con el sector público a fin de sumar acciones y esfuerzos para garantizar la salud de la población en un contexto de equidad y de garantías de cuidado.
- Liderar procesos de sensibilización para dirigentes gremiales, empresarios y trabajadores respecto de la necesidad de incorporar el enfoque de género en su actividad, y avanzar en el reconocimiento del cuidado como derecho, haciendo partícipes a cada uno de estos actores.

4.1.7 Personas usuarias del sector salud:

- Es necesario romper la simetría entre el trabajo doméstico y el trabajo en salud mediante la promoción de medidas que trasciendan la división entre salud pública y privada y que promuevan una distribución más equitativa.
- Sensibilizar a la ciudadanía respecto al alcance de su derecho a la salud y al cuidado, y particularmente en el caso del TnRS, que cada persona conozca el contenido de cada derecho y las condiciones para su exigencia.

- Empoderar a la ciudadanía y a las mujeres bajo la convicción de que solamente se logrará el reconocimiento efectivo de sus derechos cuando el trabajo y el cuidado se distribuyan de manera equitativa, y cuando Estado y empleadores asuman sus obligaciones y las cumplan.
- Solo se logrará el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3, si la universalidad en el acceso a la salud se fundamenta en una redistribución del trabajo de cuidado, remunerado y no remunerado, así como de las responsabilidades sociales. No se puede universalizar el acceso a la salud “a costa de las mujeres”, sino que, por el contrario, se debe reconocer la contribución central que realizan al sector salud en América Latina.

Las anteriores recomendaciones son el primer paso para iniciar el proceso de transformación que el sector salud demanda. El objetivo final es visibilizar este importante ámbito de producción de bienestar, en consonancia con los ODS, promoviendo su incorporación en el marco de las estrategias nacionales de salud en los países de América Latina y el Caribe, y estableciendo nuevas instancias de protección respetuosas con la equidad de género y de derechos.



5 Referencias

Aguirre R y Ferrari F. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro. Serie Asuntos de Género, núm. 122 (LC/L.3678/Rev.1). Santiago de Chile: CEPAL; 2014.

Almberg B, Grafström M y Winblad B. Care givers of relatives with dementia: experiences encompassing social support and bereavement. *Aging and Mental Health*, 2000; 4(1): 82-83.

Aneshensei CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH y Whitlatch CI. Profiles in care-giving. The unexpected career. San Diego: Academic Press Inc.; 1995.

Armstrong P. Las mujeres, el trabajo y el cuidado de los demás en el actual milenio. En Organización Panamericana de la Salud (ed.), *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS; 2008.

Arno, PS, Levine C y Memmott MM. The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 1999; 18(2): 182-188. Se encuentra en <https://doi.org/10.1377/hlthaff.18.2.182>.

Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortés I, Benach J y García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *European Journal of Public Health*, 2004; 14: 43-48. Se encuentra en [doi:10.1093/eurpub/14.1.43](https://doi.org/10.1093/eurpub/14.1.43).

Artazcoz L, Borrell C y Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 2001; 55: 639-647.

Bañuelos FN. Consideraciones metodológicas para el diseño de propuestas de desarrollo local/regional sustentable en comunidades indígenas. Ra Ximhai, *Revista de la Universidad Autónoma Indígena de México*, 2007; 3(1): 27-47.

Batthyány K. Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. Serie Asuntos de Género, núm. 124. Santiago de Chile: CEPAL; 2015: 1-50. Se encuentra en <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/57292/1/batthyany---15.02---la-politica-y-los-cuidados-en-america-latina.pdf>.

Batthyány K, Genta N y Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay. Serie Asuntos de Género, núm. 127. Santiago de Chile: CEPAL; 2015. Se encuentra en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/38911>.

Batthyány K y Scavino S. Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, 2018; 17(34): 1. Se encuentra en <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.vecr>.

Biegel D y Blum E. Ageing and care-giving. Theory, research and policy. Newbury Park: Sage; 1990.

Brody E y Schonover C. Patterns of parent-care when adults daughter works and when they do not. *The Gerontologist*, agosto de 1986; 26(4): 372-381. Se encuentra en <https://doi.org/10.1093/geront/26.4.372>.

Burijovich J y Pautassi L. Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.

Buvinic M, Giuffrida A y Glassman A. Gender inequality in health and work: the case of Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: BID; 2002.

Callahan D. Must the young and old struggle over health care resources? *Journal of Long-Term Home Health Care*, 1996; 15(4): 4-14.

Carmichael F y Charles S. Benefit Payments, Informal Care and Female Labour Supply. *Applied Economic Letters*, 2003a; 10: 411-15.

Carmichael F y Charles S. The Opportunity Costs of Informal Care: Does Gender Matter? *Journal of Health Economics*, 2003b; 22: 781- 803.

Comelles JM. Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Trabajo social y salud (Antropología de la Medicina. Una década de Jano, 1985-1995, I)*, marzo de 1998; 29: 135-150.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, CEPAL; 2013.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe 2016 (CAUTAL). Santiago de Chile, CEPAL; 2016. Se encuentra en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39624/4/S1600508_es.pdf.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe. Mapas de ruta para el desarrollo. Santiago de Chile, CEPAL; 2017.

Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desbiens N, Reding D, Fulkerson W, Connors Jr AF, Lynn J, Phillips RS. The Impact of Serious Illness on Patients' Families. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 1994; 272(23): 1839. Se encuentra en <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230049037>.

Coyte PC y McKeever P. Home Care in Canada: Passing the Buck. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2001; 33(2): 11-25.

Daeren L. ¿Mujeres pobres: prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género. Documento preparado para la reunión de expertos sobre políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género. Quito: CEPAL-CONAMU; 2004.

Dooche G. Informal care givers of elderly people: a European review. *Ageing & Society*, 1992; 12: 369-380.

Durán MA. La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. *Política y Sociedad*, 2000; 35: 9-30.

Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria, Supl.* 2004; 1(18): 195-200.

Durán MA. Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social. En Organización Panamericana de la Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: OPS; 2008. Durán MA. La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de Valencia; 2018.

Esping-Andersen G. Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona: Ariel; 2000.

Espinosa CLM. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum, Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2009; 16(3): 293-301.

Esteban ML. Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia: Gakoa; 2001.

Esteban M. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Vitoria: Emakunde; 2003. Se encuentra en https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf.

Fraser N. Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*, 2016; 100: 99-117.

Gerstel N y Gallagher S. Caring for kith and kin: gender, employment, and the privatization of care. *Social Problems*, 1994; 41(4): 519-39.

Gómez Luna ME. Cuentas satélite de los servicios no remunerados de los hogares: una aproximación para México. En Organización Panamericana de la Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: OPS; 2008: 35-38.

Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales del Protocolo de San Salvador. Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Washington, D.C.: OEA; 2015. Se encuentra en <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/grupo-trabajo.asp>.

Hancock L. The care crunch: Changing work, families and welfare in Australia. *Critical Social Policy*, 2002. Se encuentra en <https://doi.org/10.1177/026101830220010101>.

Hannelore JIB. Family care of dependent older people in the European community. Dublin: Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1993.

Hernández Bello A. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2009; 8(17): 173-185.

Hernández Bello A. El trabajo no remunerado de cuidado a la salud y la igualdad de género: elementos para el análisis de las políticas de salud. Documento de trabajo. Washington, D.C.: OPS; 2012.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México. Ciudad de México: INEGI; 2008, c2011.

Jiménez Cabrera PA et al. Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, Texcoco, 2015; 6(8): 1791-1805.

Johansson S y Ahlfeldt J. Stress experienced by informal care givers. On conflicting demands in everyday life. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 1996; 5: 674-681.

Jorand B. El conocimiento de la medicina tradicional herbolaria de las comunidades nahuas del Municipio de Hueyapan, en la Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 2008; 15(44): 181-196.

Kemper P. The use of formal and informal homecare by the disabled elderly. *Health Services Research*, 1992; 27(4): 421-451.

Kingson ER y O'Grady-LeShane R. The Effects of Caregiving on Women's Social Security Benefits. *The Gerontologist*, 1993; 33(2): 230-239.

Levine C. Home Sweet Hospital: The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Care. *Journal of Aging and Health*, 1999; 11(3): 341-359. Se encuentra en <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med2&NEWS=N&AN=10255147>.

Lexartza Artza L. La organización social de los cuidados en Centroamérica y la República Dominicana. Barreras para el acceso de las mujeres al mercado laboral. San José: OIT; 2012.

Lilly MB, Laporte A y Coyte P. Labour market work and home care's unpaid caregivers: A systematic review of labour force participation rates, predictors of labour market withdrawal, and hours of work. *Milbank Quarterly*, 2007; 85(4): 641-690.

López-Ruiz M, Benavides FG, Vives A y Artazcoz L. Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. *International Journal of Public Health*, 2017; 62(2): 209-218. Se encuentra en <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0871-3>.

Lundsgaard J. Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can It Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? Documento de trabajo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, núm. 20. París: OCDE; 2005.

Marco F y Rico MN. Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. En Pautassi L y Zibecchi C (coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Buenos Aires: Biblos; 2013: 27-58.

Martínez Franzoni J. Domesticar la Incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias, cap. 2. San José: Editorial UCR; 2008.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Guía práctica para la aplicación del sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará. Documentos oficiales OEA/Ser.L/II.6.15. Washington, D.C.: OEA, Comisión Interamericana de Mujeres; 2015. Se encuentra en http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Guia_Indicadores_BDP_ESP.pdf.

Moen P, Robison J y Fields V. Women's work and caregiving roles: A life course approach. *Journal of Gerontology*, 1994; 49(4): S176-S186. Se encuentra en <https://doi.org/10.1093/geronj/49.4.S176>.

Montaño Virreira S y Calderón Magaña C. El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Cuadernos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, núm. 94. Santiago de Chile: CEPAL; 2010.

Montaño Virreira S y Rico MN. La contribución de las mujeres a la economía y la protección social en relación con el trabajo no remunerado. En Montaño S (coord.), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y El Caribe. X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL; 2007: 55-111.

Muramatsu N, Yin H, Campbell RT, Hoyem RL, Jacob, MA y Ross CO. Risk of Nursing Home Admission Among Older Americans: Does States' Spending on Home and Community-Based Services Matter? *The Journals of Gerontology*, 2007; 62(3): 169-178. Se encuentra en <https://doi.org/10.1021/nl061786n.Core-Shell>.

Muurinen JM. The Economics of Informal Care. *Medical Care*, 1986; 24(11): 1007-17.

Navarro V. Neoliberalism as a class ideology. En Navarro V (ed.), *Neoliberalism, globalization and inequalities. Consequences for health and Quality of Life*. Nueva York: Baywood Publishing Company; 2007: 10-23.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Indicadores de Derechos Humanos. Guía para la aplicación y medición. Nueva York: OACNUDH; 2012.

Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. Santiago de Chile: OIT; 2009.

Organización Internacional del Trabajo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ONU-Mujeres. Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de Protección Social e Igualdad de Género. Ginebra: OIT, PNUD y ONU-Mujeres; 2012. Se encuentra en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_190697.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: OMS; 2015. Se encuentra en http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos (1). Ginebra: OMS; 1978.

Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: OPS; 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2016.

Organización Panamericana de la Salud. Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Osorio R. Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesarias. En Esteban ML y Díez C. (coords.), Antropología feminista: desafíos teóricos y metodológicos. Ankulegi, Revista de Antropología Social, núm. especial, 1999a: 63-70.

Osorio R. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: CIESAS-INAH-INI; 1999b.

Pautassi L. El cuidado: de cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción. En ONU-Mujeres (ed.), El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, Ciudad de México: ONU-Mujeres; 2018: 178-191.

Pautassi L. El cuidado como cuestión social desde el enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo, núm. 87. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.

Pautassi L y Zibecchi C. La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. Serie Políticas Sociales, núm. 159. Santiago de Chile: CEPAL; 2009.

Pautassi L y Zibecchi C. Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires: Biblos; 2013.

Pavalko EK y Artis JE. Women's Caregiving and PaidWork: Causal Relationships in Midlife. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 1997; 52(4): 170-179.

Pedrero Nieto M. Propuesta metodológica para medir y valorar el cuidado de la salud doméstico no remunerado. En Organización Panamericana de la Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: OPS; 2008.

Razavi S. The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Ginebra: UNRISD; 2007. Se encuentra en [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf).

Reca I, Álvarez M y Tijoux ME. Costos no visibles del cuidado de enfermos en el hogar: estudio de casos en Chile en Organización Panamericana de la Salud La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D.C.: OPS; 2008.

Rico MN. Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Serie Seminarios y Conferencias, núm. 61 (LC/L.3296-P). Santiago de Chile: CEPAL; 2011.

Rico MN y Robles C. Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad. Serie Asuntos de Género, núm. 154. Santiago de Chile: CEPAL; 2016.

Rico MN y O. Segovia (eds.). ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad. Libros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, núm. 150 (LC/PUB.2017/23-P). Santiago de Chile: CEPAL; 2017.

Rodríguez Enríquez C. La cuestión del cuidado: ¿el eslabón perdido del análisis económico? Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, núm. 109, 2012: 23-36.

Rodríguez Enríquez C y Pautassi L. La organización social del cuidado en niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina. Buenos Aires: ADC-CIEPP-ELA; 2014. Se encuentra en <http://elcuidadoenagenda.org.ar>.

Rosenthal CJ, Martin-Matthews A, Hayward L y Denton M. Women's multiple roles: how constraining is employment on the provision of parent care? Ponencia presentada en la 52a. Reunión Anual de la Gerontological Society of America, San Francisco, California, 19 al 23 de noviembre de 1999. Documento de trabajo, McMaster Centre for Gerontological Studies, McMaster University, Hamilton, Ontario.

Sáez Astaburuaga I. El horizonte de la igualdad de género. Colombia y Cuba frente a los retos del cuidado. Serie Asuntos de Género. Santiago de Chile: CEPAL; 2015. Se encuentra en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39626/1/S1501299_es.pdf.

Salvador S. La valoración económica del trabajo no remunerado. En Aguirre R (ed.), Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. Montevideo: Unifem Uruguay; 2009. Se encuentra en <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/UnpaidWork/LibroLasbasesinvisibles.pdf>.

Scott-McDonald K. Elements of quality in early childhood home visiting programmes. Profiles of Three Home-visiting Models in Jamaica. Artículo presentado en la Conferencia del Banco Mundial sobre Primera Infancia "Investing in Our Children's Future", 2000.

Sen G y Östlin P. Gender inequity in health. En Lee J y Sadana R (eds.), Improving equity in health by addressing social determinants, Ginebra: OMS; 2011: 59-87.

Sepúlveda Carmona M y Donald K. What does care have to do with human rights? Analyzing the impact on women's rights and gender equality. Gender & Development, 2016; 22(3): 441-457. Se encuentra en <https://doi.org/10.1080/13552074.2014.963305>.

Serrano C. La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina. Serie Mujer y Desarrollo, núm. 70. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.

Sojo A. De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina. Serie seminarios y conferencias de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, núm. 67. Santiago de Chile: CEPAL; 2011.

Spiess CK y Schneider UA. Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996. Ageing and Society, 2003; 23(1): 41-68. Se encuentra en <https://doi.org/10.1017/S0144686X02001010>.

Stabile M, Laporte A y Coyte PC. Household responses to public home care programs. Journal of Health Economics, 2006; 25(4): 674-701. Se encuentra en <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.03.009>.

Starrels ME, Ingersoll-Dayton B, Neal MB y Yamada H. Intergenerational solidarity and the workplace: employees' care-giving for their parents. Journal of Marriage and the Family, 1995; 57(3): 751-62.

Stokes P. The gender gap in unpaid care provision: is there an impact on health and economic position? Londres: Office for National Statistics; 2013: 1-18.

Tasker G y Siemon D. Is child care affordable? Pressures on families and their use of formal long-day child care. Melbourne: Brotherhood of St. Laurence; 1998.

Teeland L. Home sick: implications of health care delivery in the home. Scandinavian Housing and Planning Research, 1998; 15: 271-282.

The Resolution Foundation. The care crunch. Documento de trabajo. Londres: TRF; 2008. Se encuentra en <http://www.resolutionfoundation.org/publications/the-care-crunch/>.

Tranmer J, Guerriere D, Ungar W y Coyte P. Valuing patient and caregiver time: A review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 2005; 23(5): 449-459. Se encuentra en <https://doi.org/Doi10.2165/00019053-200523050-00005>.

Wakabayashi C y Donato C. The Consequences of Caregiving: Effects on Women's Employment and Earnings. *Population Research and Policy Review*, 2005; 24(5): 467-488.

Weissert WG, Cready CM y Pawelak JE. The past and future of home and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 2005; 83(4): 1-71. Se encuentra en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3141762>.

Wlosko M y Ros C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care. *Entrevista a Pascale Molinier. Salud Colectiva*, 2015; 3(11):445-454. Se encuentra en <https://doi.org/10.18294/sc.2015.728>.

Wolf DA. The family as provider of long-term care: Efficiency, equity, and externalities. *Journal of Aging and Health*, 1999; 11(3): 360-382. Se encuentra en <https://doi.org/10.1177/089826439901100306>.

Yantzi NM, Rosenberg MW y McKeever P. Getting out of the house: The challenges mothers face when their children have long-term care needs. *Health and Social Care in the Community*, 2007; 15(1): 45-55.



En el campo de la salud, el debate sobre los bienes públicos es sumamente necesario. En este sentido, el cuidado conjuga el reconocimiento como función social, como ocupación y, a su vez, como derecho humano —que impone obligaciones de cumplimiento ineludibles basadas en criterios precisos de calidad y cantidad, idoneidad, adaptabilidad y accesibilidad, entre otros—. Se trata de una labor compleja e invisibilizada, que se presta en el marco de un tratamiento médico, de un curso posoperatorio o de un acompañamiento permanente en casos de enfermedades crónicas, situaciones de discapacidad o problemas de salud mental de la que suelen hacerse cargo las mujeres en los hogares de manera no remunerada.

En América Latina, la incorporación del cuidado no se ha materializado en la elaboración de una agenda de políticas públicas articuladas y específicas de salud, sino que ha avanzado a través de medidas que adolecen en su mayoría de un alto grado de fragmentación y heterogeneidad y que, al mismo tiempo, carecen de una clara visibilización del carácter público de los cuidados y, por lo tanto, de la responsabilidad estatal asociada. En consonancia, en este documento se expone un planteamiento desde un enfoque de género y de derechos. Se parte de un análisis de las principales definiciones del trabajo no remunerado en el ámbito de la salud, para, a continuación, centrarse en las iniciativas de tres países de América Latina (Colombia, Costa Rica y Uruguay) en materia de medición, valoración, integración o reconocimiento en los sistemas o políticas nacionales de salud, en los modelos de atención y en las encuestas de uso del tiempo. En las conclusiones se proponen recomendaciones dirigidas a abordar el cuidado no remunerado como un elemento esencial de las políticas sociales en general, y de salud en particular, desde un enfoque de género y de derechos.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

ISBN: 978-92-75-32230-7



9 789275 322307 >