

Seminario internacional. Políticas de tiempo, tiempo de las políticas

**La producción de servicios no remunerados de salud: un desafío
en ALC**

Lilia M. Jara

Seminario Internacional

Políticas del tiempo, el tiempo de las Políticas

CEPAL, 29 y 30 de noviembre, 2011

La producción de servicios no remunerados de salud: un desafío en ALC

Preparado por Lilia M. Jara¹

1. INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la división tradicional del trabajo por sexo, en el ámbito de la salud, el cuidado de apoyo de las personas enfermas, discapacitadas y adultas mayores que no pueden valerse por sí mismas² que se realiza en los hogares, lo proporcionan principalmente las mujeres.

El tiempo que las mujeres y los hombres dedican al cuidado no remunerado de la salud difiere tanto entre los países como en el interior de los mismos; ello refleja las

¹ Asesora en Género y Salud. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

² En adelante, el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y adultas mayores que necesitan atención se denominará cuidado de la salud, a pesar de que éste es un concepto más amplio que incluye la promoción, la prevención y la atención de la salud.

diferencias que existen en los contextos demográficos, las tasas de discapacidades, y las condiciones culturales y económicas de los hogares.

El envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas que exigen atención a largo plazo incrementan la demanda de servicios de salud. Una gran parte de esta demanda de atención se canaliza hacia los hogares, en donde las mujeres continúan siendo las principales proveedoras sin ningún reconocimiento ni compensación.

El hacer visible y valorar el cuidado no remunerado de la salud no se pueden evadir en los análisis de las políticas ni de los sistemas de salud para el logro de la igualdad de género.

1.1 Envejecimiento de la población

El proceso de envejecimiento se ha acelerado en América Latina y el Caribe (ALC)³: en el año 2000, la población de 60 y más años alcanzó la cifra de 43,6 millones; en 2025 será de 101,4 millones de personas y en 2050 de 187,9 millones. La población de 80 y más años de edad habrá pasado de 5,4 millones a 14,9 millones entre 2000 y 2025; en 2050 habrá 41,4 millones de personas en este grupo de edad.

³ Naciones Unidas, disponible en inglés en: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm

La esperanza de vida al nacer (EVN) en ALC se incrementó en 18 años en los últimos 50 años⁴. Si bien las mujeres tienen una mayor EVN que los hombres, ello no significa que tengan mejor calidad de vida. Según las encuestas de salud de personas adultas mayores (SABE) realizadas alrededor del 2000 en siete ciudades de ALC⁵, entre 16 y 23% de las mujeres de 60 y más años de edad presentaron al menos una limitación en las actividades de su vida cotidiana;⁶ para los hombres el porcentaje fluctuó entre 11 y 16%.

Para las personas adultas mayores, una de las fuentes estables de ingreso que contribuye a su autonomía económica son los planes de jubilación y de pensiones que, en general, están ligados al trabajo formal. Desafortunadamente, en la Región de ALC, la mayoría de la población que envejece no percibe ingresos por este concepto, con ciertas excepciones. Ello resulta especialmente grave para las mujeres por su esperanza de vida más larga y su prevalencia más alta de discapacidades.

1.2. Cambio en el perfil epidemiológico

En la mayoría de los países de la Región de las Américas, las afecciones crónicas de tipo degenerativo que requieren atención a largo plazo y las causas externas (accidentes,

⁴ Ídem

⁵ Las encuestas SABE se realizaron en Santiago, La Habana, Sao Paulo, Ciudad de México, Montevideo, Buenos Aires y Bridgetown.

⁶ Las actividades de la vida cotidiana incluyen: bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a una silla, caminar.

homicidios, suicidio) han desplazado a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad. La morbi-mortalidad es diferente entre los países y en el interior de ellos, y afecta en mayor medida a los grupos más desfavorecidos; por ejemplo, algunos estudios muestran que la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT⁷) en edades tempranas es mayor entre la población más pobre.⁸

En 2005, 77% de la mortalidad en las Américas, fue por ENT;⁹ su peso sobre el total de mortalidad seguirá aumentando al mismo tiempo que disminuirá la mortalidad por enfermedades infecciosas. Ligadas a las ENT, las discapacidades representan una carga sustancial en la salud de la población.¹⁰ En los Estados Unidos, las enfermedades cardíacas son la tercera causa de discapacidad; en el Canadá, se considera que por lo menos 84 % de los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (DALY) se relacionan con las afecciones crónicas.

Si bien las ENT se relacionan con el envejecimiento de la población, cabe señalar que la prevalencia de ENT en edades más tempranas se está incrementando, principalmente debido a estilos de vida no saludables (alimentación alta en grasas y

⁷ Principales ENT: cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias.

⁸ Daniel Cotlear, ed. *Population Aging. Is Latin America Ready?* Washington, DC: World Bank; 2011.

⁹ Blas E, Kurups A, ed. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010.

¹⁰ OPS. Documento en elaboración sobre las enfermedades crónicas.

falta de ejercicio físico), consumo de tabaco y consumo de alcohol. Para los fines de este análisis, se tomará en consideración la demanda de servicios por el envejecimiento de la población.

2. CONSECUENCIAS PARA LOS HOGARES Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Al considerar el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas propias de la longevidad, se vislumbra un aumento de la demanda de servicios de salud a largo plazo. La mayor parte de la atención la realizan los familiares en los hogares, sin remuneración. Hay estudios en España que muestran que alrededor de 80% de la atención de las personas con discapacidades funcionales está a cargo de familiares, principalmente mujeres.¹¹ Las instituciones que forman parte de los sistemas de salud (público y privado) se encargan del 20% restante.

Frente a esa demanda evidente de servicios, la oferta de cuidado no remunerado de la salud que se provee en los hogares es incierta. En ALC, se observa una mayor integración de las mujeres al mercado laboral, hogares más pequeños, mayor número de hogares con jefas mujeres y sin cónyuge, y movimientos migratorios importantes (para los países receptores, significa mano de obra remunerada para el cuidado). Si bien

¹¹ 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, DC: OPS; 2008.

el tema del cuidado de apoyo informal remunerado no es objeto de análisis en esta ocasión, no se puede dejar de mencionar que parte del cuidado a largo plazo es también proporcionado por proveedores y proveedoras informales que, muchas veces en condiciones de desventaja, alivian la carga del cuidado en los hogares en combinación con el apoyo que brindan los familiares.

La oferta de cuidados no solo depende de la estructura por edad y sexo de la población sino, también, del modo en que la sociedad pacta la distribución de obligaciones y privilegios.¹² Los servicios de salud a largo plazo provistos por los sistemas de salud también enfrentan desafíos, especialmente por su limitada capacidad de adaptación a esta nueva demanda de servicios; las conexiones entre el cuidado a largo plazo en los hogares con los sistemas de salud son aún muy débiles¹³.

2.1 Cuidado en los hogares

La demanda de cuidado de salud en los hogares es cada vez más compleja porque comprende la realización de tareas múltiples y simultáneas; su magnitud y complejidad dependen de los cuidados que se demandan y las características de quienes los proporcionan.

¹² Ídem.

¹³ Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tiadens F. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD; 2011.

Según las exigencias del cuidado, las personas a cargo de ese cuidado se pueden ver obligadas a disminuir el número de horas de trabajo remunerado o a abandonar el mercado laboral y dedicarse exclusivamente al cuidado.¹⁴ Por ejemplo, en un estudio realizado en Santiago de Chile de personas cuidadoras de salud en los hogares, 14% de las mujeres cuidadoras dejaron sus trabajos remunerados y 18% vieron disminuidos sus ingresos.¹⁵ En los Estados Unidos, se encontró que cada hora adicional semanal de trabajo no remunerado se relacionaba con seis horas menos de trabajo semanal en el mercado laboral¹⁶. También en los Estados Unidos, alrededor de 42 millones de familiares cuidaron a personas adultas con limitaciones en sus actividades diarias y alrededor de 61 millones lo hicieron en algún momento del año 2009.¹⁷

Las oportunidades de las mujeres cuidadoras no remuneradas para lograr su autonomía económica se ven disminuidas. En el mejor de los casos y en su afán de conciliar el trabajo remunerado y el no remunerado, optan por trabajos más flexibles, con menores opciones de mejorar sus ingresos y acceder a los beneficios de la seguridad social que trae aparejado el trabajo formal.

¹⁴ Lilly MB, Laporte A, Coyte PC. Labor market work and home care's unpaid caregivers: A systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *Milbank Quarterly* 85(4) 641-690.

¹⁵ Mauro A, Mendiola J. Cuidadoras de la vida. [artículo] Centro de Estudios de la mujer

¹⁶ Lilly, Laporte, Coyte. Ídem.

¹⁷ Feingerg, Let.al. *Valuing the Invaluable: 2011 Upgrade. The Economic Value of Family Caregiving in 2009*. AARP Public Policy Institute. Disponible en <http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/lc/fs229-ltc.pdf>. Consultado en agosto 2011.

Si bien un eje fundamental para lograr la igualdad de género es “*Conquistar una mayor autonomía económica e igualdad en la esfera laboral*”,¹⁸ no será posible lograr la igualdad de género si no se valora socialmente y se mide la contribución del cuidado no remunerado de la salud a largo plazo.

2.2 Respuesta desde los sistemas de salud

Algunos autores ya señalan que la discapacidad por enfermedades crónicas tendrá grandes efectos en los sistemas de salud y la seguridad social en los próximos años; el envejecimiento de la población genera mayor demanda de servicios de mayor costo y, probablemente, estará acompañado de mayores presiones en el incremento del gasto público en salud. En un futuro próximo los gobiernos no podrán ignorar la dinámica poblacional y epidemiológica, y sus consecuencias. Algunos países experimentarán efectos modestos, mientras otros tendrán que enfrentar efectos más severos.

Los desafíos para los sistemas de salud giran en torno a los recursos humanos y financieros que permitan lograr la sostenibilidad del gasto y garantizar el acceso a los cuidados a largo plazo de buena calidad. En general, los sistemas de salud están estructurados para resolver problemas médicos; por lo tanto, tienen poca capacidad de

¹⁸ Consenso de Brasilia. Disponible en:
http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/5/40235/ConsensoBrasilia_ESP.pdf.

adecuación a los cambios necesarios para responder a la mayor demanda de servicios por enfermedades crónicas y discapacidades.

3. REFLEXIONES

Para el logro de la igualdad de género es fundamental que se continúen realizando esfuerzos para hacer visible y valorar el trabajo de cuidado de la salud que se realiza en los hogares, en concordancia con lo que señala el Consenso de Brasilia:

Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado.

Impulsar el establecimiento, en las cuentas nacionales, de una cuenta satélite sobre el trabajo doméstico no remunerado y el trabajo de cuidado que llevan a cabo las mujeres.

Con el fin de no perpetuar o exacerbar las desigualdades de género, es preciso considerar la necesidad de encontrar una distribución justa y equitativa del cuidado de la salud entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias, así como entre hombres y mujeres en el interior de los hogares, como lo resalta el Consenso de Brasilia.

Asimismo y de acuerdo a lo planteado en el Consenso de Brasilia, la ampliación de los sistemas previsionales para las mujeres que proporcionan cuidados no remunerados en los hogares debe ser una prioridad en la agenda de salud de los países, como una condición necesaria para lograr la ciudadanía de las mujeres.

En ALC hay algunas iniciativas que reconocen el cuidado no remunerado en los hogares. Sin embargo, es necesario generar políticas integrales que contribuyan a fortalecer los vínculos entre el sistema institucional y el cuidado no remunerado de la salud que se realiza en los hogares. La preocupación principal para quienes toman decisiones será satisfacer las necesidades de esa gran población adulta mayor, especialmente en los países de ingresos medios y bajos. En esta línea, es fundamental la participación de los grupos de cuidadores y cuidadoras no remunerados de la salud en los procesos de definición de políticas y estrategias.

4. COMPROMISO DE LA OPS

Los Estados Miembros de la OPS adoptaron oficialmente la Política de Igualdad de Género en 2005.¹⁹ En ella se considera la salud como un derecho humano y se resalta la importancia de la valoración del trabajo de cuidado de la salud no remunerado en los hogares. La Política insta a los gobiernos para que incluyan en las cuentas nacionales de salud indicadores del valor del tiempo no remunerado que dedican los hombres y las

¹⁹ Resolución CD46.R16

mujeres a la atención de la salud en el hogar, y que relacionen estos indicadores con el gasto total del sistema de atención sanitaria. En esa línea, la OPS se ha comprometido a:

- Contribuir a que se haga visible y se valore el cuidado no remunerado de la salud que resulta de los cambios demográficos y epidemiológicos (envejecimiento, mayor prevalencia de enfermedades crónicas que requieren atención en el largo plazo, enfermedades mentales, infección por el VIH, enfermedades infecciosas reemergentes, etc.), se analice la situación económica, social y de salud de las personas que brindan cuidados no remunerados y examine la subfinanciación de los sistemas de salud pública para responder a las nuevas demandas de servicios.
- Mantener el tema del trabajo no remunerado de cuidado de la salud como una prioridad en su agenda, asegurando que la igualdad de género es uno de los ejes transversales en su planificación y programación.