

De los estudios



Cuidadoras de la vida

Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres

Amalia Mauro y Julia Medel, con la colaboración de Ximena Díaz

Las autoras son investigadoras del Centro de Estudios de la Mujer, CEM, de Chile. El artículo presenta los principales hallazgos de la investigación “Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres”. Proyecto FONIS. N° sa04i4047.

En fecha reciente, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, integrada por un grupo de destacadas personas, presentó sus conclusiones señalando entre los principales enunciados que “las diferencias en la mortalidad entre países y dentro de un mismo país son consecuencia del **entorno social** en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen”. Durante tres años la Comisión investigó la situación sanitaria de la población mundial concluyendo y citando con ejemplos las enormes brechas entre indicadores de salud que la biología no puede explicar. Un elemento central de las recomendaciones de la Comisión es que los países “creen las condiciones para que la población se emancipe, tenga libertad para vivir una vida próspera” y enfatiza que “ningún aspecto destaca más esa falta de emancipación que en las difíciles condiciones que soportan las mujeres en muchas partes del mundo”¹.

Chile es uno de los países que se han comprometido a mejorar los determinantes sociales de la equidad sanitaria y ya se están elaborando algunas políticas y programas pilotos para impulsar el cambio. Por ello, la valoración del tiempo de las mujeres es clave para tomar las decisiones correctas y evitar la profundización de las desigualdades.

En Chile, al igual que en otros países de Latinoamérica y a nivel internacional, los sistemas institucionales de salud siempre han contado con el apoyo del hogar y la familia para el cuidado y atención de salud de las personas. Dicho en otras palabras, el sistema de salud se basa en dos ámbitos fundamentales: el sistema

doméstico y el sistema institucional. El sistema doméstico de cuidado de salud opera puertas adentro de los hogares y se relaciona con el entorno comunitario (Thelma Gálvez y María Isabel Matamala, 2002).

La preservación de la salud en los hogares se logra mediante el trabajo remunerado, a través del cual mujeres y hombres aseguran el sustento económico del hogar y el trabajo doméstico—mayoritariamente realizado por las mujeres— que provee de alimentación, aseo del hogar, higiene personal, vestimenta y comodidad del grupo familiar. Asimismo, en la crianza y formación de las nuevas generaciones se promueve y reproduce la cultura en salud a través de hábitos, prácticas y comportamientos. De este modo las mujeres generan salud, bienestar emocional y afectivo. Asimismo, además, el papel de mediadoras entre el sistema institucional de salud y las personas, asegurando las inmunizaciones, informaciones y atenciones necesarias para prevenir y tratar enfermedades; cuidan a las personas enfermas, ancianas o discapacitadas del grupo familiar, ayudándolas también a bien morir cuando llega ese momento. Como destacan Gálvez y Matamala (2002), las mujeres históricamente han tenido un rol central en el apoyo a las acciones de salud comunitaria -campañas de prevención, apoyo a los equipos de salud, organización y acción en las crisis.

Existe consenso entre las y los investigadores de estos temas que buena parte del trabajo de cuidado de salud no remunerado lo realizan las mujeres.

Patricia Provoste y Fanny Berlagoscky (2002:9) señalan, además, que “el modelo de atención en salud no se puede explicar adecuadamente si se considera solo como un elemento de la institucionalidad de la salud pública. Por el contrario, la articulación entre el sistema institucional y el doméstico en salud es una clave sociológica para comprender el funcionamiento del modelo de atención, pudiendo afirmarse que una condición indispensable para su viabilidad es el sistema doméstico de salud, el que a su vez descansa hoy en la división de roles sexuales que opera en la familia y la sociedad”.

Un estudio exploratorio sobre el cuidado de enfermos impartido por la familia (Inés Reca, Madelin Álvarez y M. Emilia Tijoux, 2002) mostró que las cuidadoras principales son predominantemente mujeres y, a la vez, parientes del enfermo/a. Son, sobre todo, familiares muy cercanos: madres, cónyuges, hijas.

El trasfondo económico que entraña este proceso se mantiene invisible y no tiene traducción en términos de intercambio mercantil (Gálvez y Matamala, 2002; Provoste, 2002). Algunas medidas de ajuste y de reforma al sistema de salud para reducir gastos y recortar servicios—reducción de estadías hospitalarias, el cuidado institucional de los ancianos y la atención de los enfermos mentales— se basa en que las familias pueden proveer esos servicios (prevención, acompañamiento, tratamientos, etc.), lo que da lugar al aumento de la producción doméstica de salud. En términos generales, las necesidades de cuidado familiar de la salud en el hogar se van ampliando también porque han aumentado los tratamientos

e intervenciones ambulatorias. De acuerdo a Provoste y Berlagoscky (2002) se asocia, de manera explícita, la participación de la familia en el cuidado de la salud con la “corresponsabilidad en el cuidado de la salud”. Como lo señala también la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2004), hay enfermedades terminales, crónicas y transitorias que exigen cuidado familiar, y causan graves trastornos y altos costos de cuidado en las familias, como las afecciones mentales, las adicciones y el cuidado de accidentados/as. Las enfermedades degenerativas por la edad y las discapacidades en general, también necesitan de atención permanente de salud en el hogar.

Tales medidas se basan en el supuesto de la elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas y moralmente obligadas a proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, enfermos, ancianos y discapacitados. Como ejemplo de ello podemos mencionar los proyectos comunitarios que buscan sacar la rehabilitación del hospital, enseñándoles a las madres a dar terapia física a sus hijos, en pro de un tratamiento más cercano y permanente: “... 15 mamás se capacitaron en el Centro Comunitario de Rehabilitación de Peñalolén para dar terapia física a sus hijos y, así, poder asegurarle una recuperación permanente y más efectiva” (El Mercurio, 2005). Por otro lado, aparece la cada vez más común opción de los enfermos y ancianos de fallecer en el propio hogar, lo que conlleva a la reorganización del núcleo familiar en torno a ellos (El Mercurio, 2005).

En Chile, la magnitud de las poblaciones que requieren de cuidado familiar de salud es considerable, siendo diferentes las poblaciones y sus demandas: menores, ancianos/as², discapacitados/as inhabilitados para autocuidarse³, algunos enfermos/as crónicos, terminales, enfermos/as de episodios agudos inhabilitantes, accidentados/as de gravedad, personas con adicciones en tratamiento y mujeres recién paridas, entre los principales (OPS 2004)⁴.

Los modelos de salud se sustentan en la complementariedad de los sistemas público y doméstico de salud, bajo la más tradicional división social de los roles sexuales. Empero, cada vez más mujeres demandan un empleo y la oportunidad de ingresos independientes, reduciéndose la disponibilidad de fuerza de trabajo a tiempo completo al interior del hogar para el trabajo familiar doméstico y de cuidado⁵. Esta creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado se considera uno de los factores que atentan contra la actual modalidad de articulación entre el sistema institucional y el sistema doméstico, afirman Provoste y Berlagoscky (2002).

La constante incorporación de las mujeres al mercado de trabajo que viene a sumarse a su particular dedicación a las tareas de cuidado de salud, y su responsabilidad por el trabajo doméstico en su conjunto, agudiza las desigualdades de género. Las mujeres han tenido que asumir ambos trabajos enfrentando individualmente las barreras y conflictos de la simultaneidad del trabajo no remunerado y el trabajo de mercado.

En algunas ocasiones, si bien no se aumenta la carga de trabajo total de las mujeres, el cuidado de un enfermo conlleva otros daños: la pérdida del empleo, la dependencia económica, dificultades afectivas y de acceso a los bienes culturales, además del desgaste físico y psicológico (María Ángeles Durán, 2002).

Las actividades de cuidado de salud no remuneradas realizadas en el hogar no son visibles, no se contabilizan. Es decir, los cálculos de los gastos en salud y su financiamiento solamente incluyen los sistemas institucionales, privados y públicos, pero no contabilizan el gasto en tiempo invertido en el cuidado de la salud en las familias, ni los costos indirectos adicionales y pérdidas monetarias, sin ninguna retribución social para las personas que los asumen. Tampoco se consideran para propuestas de beneficios y apoyo a las/os cuidadores (OPS, 2004).

Sobre este mismo tema, Gálvez y Matamala (2002:3) sostienen que “ha prevalecido la omisión económica y cultural del trabajo doméstico no remunerado de cuidado de la salud pese al impacto que esas acciones tienen en la salud social e individual (...).”. “Esto ha dado lugar a inequidades macroeconómicas potentes en relación con salud y género, porque si bien en la producción doméstica de salud trabajan la mayor parte de las amas de casas (...), ellas no gozan de reconocimiento, beneficios, apoyo técnico o retribuciones equivalentes por parte de la sociedad (...). Lo anterior pone en discusión los fundamentos que guían la economía de la salud y la forma en que nuestra sociedad está dispuesta a hacer visible, a valorar y retribuir el aseguramiento del bienestar en el sistema doméstico de cuidado de salud”.

Elsa Gómez (2002) destaca que la falta de reconocimiento de la contribución económica que representa el trabajo no remunerado que realizan predominantemente las mujeres en el cuidado de la salud constituye una forma encubierta de discriminación. Así, las formulaciones de políticas

aparentemente neutrales como la “reducción de costos”, “reducción del aparato del Estado” y “descentralización” con frecuencia esconden profundos sesgos de género, porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres.

Cuando algunos servicios salen del sector público para pasar al privado, buena parte de su realización recae sobre los hogares y forma parte de la producción no mercantil de estos. Puesto que esta producción no mercantil es realizada en su mayor parte por las mujeres, ignorarla equivale a subestimar su aporte a la economía del país, considera Lourdes Urdaneta-Ferrán (2002).

Las estadísticas económicas del trabajo y la producción son usadas normalmente para enmarcar la política pública y decisiones empresariales. De allí que sea fundamental saber qué actividades entendemos, definimos y medimos como “trabajo” y “ocio”, no solo porque ello da forma al discurso cotidiano sino también porque los informes sobre las “variables” medidas afectan nuestras vidas a través de dichas decisiones (Duncan Ironmonger, 1996). Por ello, se viene demandando desde hace tiempo que se reconozca la naturaleza restringida de la economía proporcionada por las estadísticas de los Sistemas de Cuentas Nacionales. Es bien sabido que, con algunas excepciones, estos sistemas solo cubren las transacciones mercantiles e ignoran la contribución del trabajo no pagado de mujeres y hombres.

En Chile, al igual que en otros países de la región, el Sistema de Cuentas Nacionales solo incluye “todos los bienes y servicios producidos y susceptibles de ser vendidos en el mercado o al menos han de tener la capacidad de poder ser provistos de una unidad a otra, onerosa o gratuitamente”. Esta definición incluye la producción de bienes para usos propios del hogar, considerando que una vez generados podrían cambiar de destino y transarse en el mercado,

pero excluye todos los servicios producidos en esas condiciones, que se consumen en el momento de su producción y, por lo tanto, no son susceptibles de ser vendidos a otros, como ocurre con los cuidados de salud. También excluyen los servicios generados por medio del trabajo voluntario para organizaciones comunitarias y sin fines de lucro” (Gálvez y Matamala, 2002:4). Estos criterios dejan el trabajo reproductivo no remunerado –en el que se incluye el sistema doméstico de producción de salud– fuera de los límites de la producción y, por ende, del Sistema de Cuentas Nacionales.

Frente a esta situación de exclusión, en diferentes foros y desde distintas instituciones –nacionales e internacionales– se viene trabajando desde hace varios años y se ha avanzado en la propuesta de generar cuentas satélites. Al respecto, la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas ha recomendado que las oficinas nacionales de estadísticas preparen cuentas para actividades económicas fuera de los actuales límites de producción. Cuentas para el sector doméstico (hogar), o cuentas “satélites” separadas, pero consistentes con las actuales Cuentas Nacionales. Las cuentas satélites por sectores –una de ellas sería la cuenta satélite de salud– permiten ampliar la frontera de la producción y los productores, incluyendo los servicios prestados por las personas a otros miembros del hogar y/o el trabajo voluntario. Es decir, se incluye a los hogares no solo como consumidores de bienes y servicios sino también como productores de no mercado de servicios de salud. Esto permitiría contabilizar, estimar el valor económico monetario agregado por el trabajo no pagado realizado por los hogares y el capital propio de los hogares, contribuyendo de esta forma a su valoración como producto y a generar información susceptible de ser comparada con los demás agregados nacionales (Ironmonger, 1996; Cristina Carrasco, Maribel Mayordomo, Màrius Domínguez y Anna Alabart, 2004; Durán, 2003; OPS, 2005; Urdaneta-Ferrán, 2002; María José Araya, 2003).

En el caso del sector salud, se incluyen actividades de salud realizadas en los hogares por otra persona, es decir utilizando el criterio de la tercera persona (véase OPS, 2005).

En el caso específico de los cuidados de salud, en Chile este tema adquiere gran relevancia dado que en los próximos años en el país se deberán adoptar políticas sociales que cubran necesidades de cuidado y bienestar que respondan a los derechos crecientes y legítimos de un abanico amplio de personas que lo demanden o requieran. Es decir, se deberá proveer servicios de cuidado de la salud acordes con la nueva situación sociodemográfica.

En efecto, el aumento paulatino de la importancia relativa de la población mayor de 64 años entre 1992 y 2002 –de 7,4 a 9,1 por ciento entre las mujeres y de 5,7 a 7,0 por ciento entre los hombres (INE, 1992 y 2003)– y el aumento de la esperanza de vida –que en igual período se incrementó de 77 a 79 años en las mujeres y de 71 a 73 años en los hombres– están modificando y ampliando la carga de trabajo no remunerado de cuidados realizados en los hogares. Este trabajo, que hasta ahora estaba centrado principalmente en el cuidado infantil y en las personas con algún grado de discapacidad, se extiende hacia una creciente población adulta mayor que potencialmente requerirá de cuidados. Por esto en el VI de los Objetivos Sanitarios propuestos por el Ministerio de Salud chileno para el período 2000-2010 (Ministerio de Salud, 2002), se propone ampliar la cuenta de salud (Cuentas Nacionales) incorporando el cálculo de la producción de salud no remunerada según sexo.

Las actividades de cuidado de la salud, así como las actividades domésticas son esenciales para el bienestar físico y social de las personas; sin embargo, el hecho de que dichas actividades no sean remuneradas favorece el que muchas de ellas sean invisibilizadas, que no sean tomadas en cuenta y que la distribución que se hace de ellas sea desigual.

Hacer visible el trabajo de cuidado de la salud no remunerado que se realiza en los hogares permite reconocer situaciones de inequidad entre hombres y mujeres. Posibilita también mejorar los instrumentos estadísticos y contables que sirven al análisis y diseño de políticas económicas y sociales del país. Posibilita, además, propiciar propuestas de programas de apoyo, leyes y políticas para los cuidadores/as de familiares en el hogar.

En la búsqueda de la equidad de género, es sumamente importante determinar los costos que provoca el trabajo no remunerado, de forma tal que sea posible medirlos y hacerlos equivalentes a los costos del trabajo remunerado.

Para avanzar en el camino de hacer visible el aporte económico (y de tiempo) del trabajo de cuidado de la salud no remunerado que se realiza en el hogar es importante, como señala Ironmonger (1996), comenzar por las estadísticas. En la actualidad las estadísticas regulares dan una visión distorsionada e incompleta de la realidad del rol de los hogares en cuanto a provisión de cuidado, crianza y otros servicios de inmenso valor.

Un instrumento de gran utilidad para dar cuenta del trabajo no remunerado realizado en el hogar lo constituyen las encuestas de uso del tiempo, que permiten tomar conocimiento de la forma en que se distribuye el trabajo remunerado y no remunerado en la sociedad y generar datos tendientes a elaborar y apoyar la implementación de políticas públicas más eficaces en materia de reducción de desigualdades. Esto quedó claramente demostrado en las reuniones de expertos sobre Encuestas del Uso del Tiempo (EUT), realizadas por CEPAL, en 2003 y 2005. En esta última reunión se abordó específicamente el tema de las Cuentas Satélites de Salud y las Encuestas de Uso del Tiempo, y la inclusión de la producción de servicios de cuidado no remunerados de la salud en los hogares⁶.

En Chile, los estudios y encuestas cuyo objetivo ha sido conocer la distribución del trabajo doméstico y el trabajo remunerado entre mujeres y hombres, así como la medición del tiempo invertido por unas y otros en las distintas tareas domésticas, no han recabado información detallada sobre el trabajo de cuidado de la salud realizado en el hogar (véase por ejemplo, Dariela Sharim y Uca Silva, 1998; Encuesta del Programa de Estudios de Género y Sociedad de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Progénero, 2003; SERNAM, 1998). En algunos de estos estudios las actividades de cuidado de salud incluidas se refieren exclusivamente al cuidado de enfermos (Victoria Nieto C., 1999). Las investigaciones del CEM sobre trabajadoras de distintos sectores económicos indagan sobre tiempo de trabajo total en algunos grupos de trabajadoras específicos. Así por ejemplo⁷, refiriéndose a trabajadoras de la confección, fruticultura, pesca y trabajadoras a domicilio y amas de casas, se destacan las largas jornadas de trabajo remunerado que se suman al trabajo doméstico y de cuidado de niños, lo que se traduce en una carga muy pesada para las mujeres. En el caso de las trabajadoras a domicilio para la industria de la confección, se muestra que el tiempo que dedican a este trabajo remunerado es más agotador que el de las trabajadoras que lo hacen en las fábricas, ya que tienen que prolongar esta actividad también en horarios nocturnos, cuando las demandas familiares y domésticas ceden.

Recientemente en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadísticas está desarrollando una Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en el Gran Santiago (INE, 2008) para a futuro realizarla a nivel nacional. Los primeros resultados muestran una clara diferenciación del uso del tiempo entre hombres y mujeres y de participación diferenciada en actividades de cuidado. Por ejemplo, la proporción de varones que señalan como actividades principales “tareas del hogar” y “cuidado de personas” es mucho menor que la de las muje-

res (de 33,6% y 77,3%, respectivamente en el primer caso, y de 7,8% y 32,8% en el segundo caso).

En cuanto a la duración media diaria de tiempo ocupado en ello, las mujeres alcanzan una media diaria de 2,4 horas mientras los hombres cuidadores emplean 1,6 horas.

En nuestro estudio, los datos confirman que en el caso del cuidado de salud no remunerado un sesgo de género se manifiesta del mismo modo que el observado en la realización del trabajo doméstico: la proporción de cuidadoras supera ampliamente a los cuidadores. Ellas conforman el 86,1% del total de personas que señalaron haber realizado actividades de cuidados de la salud durante la semana anterior.

Este hallazgo confirma los planteamientos y resultados obtenidos por otras/os investigadoras/es en Chile, algunos de los cuales ya fueron señalados. Esta situación no constituye una excepción en el caso de Chile, así por ejemplo, para España Durán (2004) advierte que la encuesta de demandas de salud de 1990 registró que el 72 por ciento de las/os encuestadas/os que habían cuidado enfermos –no remuneradamente– durante la semana anterior a la aplicación de la encuesta, era mujer.

Dado que la gran mayoría de las personas cuidadoras son mujeres, el artículo solo hará referencia a ellas. Este artículo consta de la introducción, una primera sección que aborda los aspectos generales de la investigación y la metodología. En la segunda sección se presentan los principales hallazgos referidos a la visibilización de las actividades de cuidado de salud y al tiempo invertido en ellas por las cuidadoras, incluyendo un breve perfil de estas. En la tercera sección se abordan los temas de la carga global de trabajo y las modificaciones en la vida personal que pueden ocurrir al tener que dedicar tiempo a tareas de cuidado de salud no remuneradas, a lo que se suman referencias a la valoración que hacen las cuidadoras del tra-

bajo de cuidado de salud. En la cuarta y última sección se presentan algunas conclusiones.

Sección 1. Aspectos generales de la investigación: objetivos y método

Este artículo se basa en resultados de una investigación que tuvo tres objetivos centrales: a) visibilizar las actividades de cuidado de salud no remuneradas, b) estimar el tiempo invertido en el trabajo de cuidado de la salud, c) conocer la carga total de trabajo y modificaciones laborales y personales vinculadas a la realización de tareas de cuidado de salud no remuneradas en el hogar.

Estos objetivos se enmarcan en una problemática más amplia relativa a la invisibilización del trabajo no remunerado –realizado fundamentalmente por mujeres en el hogar y la comunidad– debido a que prevalece un enfoque de doble salida que considera, por un lado, la esfera de la producción mercantil que da cuenta de los bienes y servicios producidos en el mercado, que actúa ocultando una extensa parte de los procesos de reproducción sin la cual este “mercado” no podría subsistir y, por otro, la del bienestar emocional, salvaguardado por el trabajo silencioso y no visibilizado de las mujeres en el hogar (Carrasco, 2001).

El análisis económico tradicional sobre el trabajo solo da cuenta de su dimensión mercantil, negándose otras formas de expresión efectiva y mensurable del trabajo, como es el caso del tiempo empleado en el trabajo no remunerado efectuado por las mujeres en el hogar, y el voluntariado, que no son visibilizados en los análisis.

La invisibilización de estas actividades se traduce en una falta de reconocimiento y valoración del aporte que significan para la economía y desarrollo del país, así como en la falta de beneficios económicos y sociales para quienes las realizan, por ejemplo, protección para la vejez.

En un contexto de aumento de las necesidades de cuidado de salud para los ancianos no autovalentes y de traspaso de cuidados de salud a los hogares –cuidado de enfermos crónicos o terminales, personas con algún grado de discapacidad–, es necesario poner especial atención a las exigencias que implican para los miembros de las familias las necesidades crecientes de cuidado de la salud de sus miembros. Hacer visibles las actividades que se realizan en este sentido, estimar el tiempo dedicado a ellas, identificar quiénes las hacen, qué implica para esas personas en términos de carga total del trabajo y qué modificaciones deben realizar en el plano personal y laboral para poder cumplir con ellas. Habitualmente estas actividades de cuidado no remuneradas no son consideradas como trabajo ni como inversión de tiempo ni como, ya dijéramos, un aporte a la economía nacional en su conjunto.

Metodología

La información para el estudio se recogió mediante la aplicación de una encuesta a una muestra de 252 hogares de diferentes comunas del Gran Santiago, con el fin de incluir hogares de distintos niveles socioeconómicos, por cuanto se consideró que las actividades no remuneradas de cuidado de la salud, así como el trabajo doméstico y el trabajo remunerado no solo están condicionados por la dimensión de género, sino también por dimensiones socioeconómicas⁸.

Para que un hogar fuese encuestado debía cumplir con el requisito básico de que por lo menos uno de sus miembros hubiese realizado alguna de las tareas de cuidado de salud no remuneradas que se les mencionaron, para alguna persona residente en el hogar o para alguien no residente en él (generalmente un familiar) que estuviera enferma, tuviera alguna discapacidad o fuera anciana y no pudiera valerse por sí misma⁹.

Vale señalar aquí que aunque el objetivo central de la encuesta era captar los cuidados de salud no remunera-

dos realizados en el hogar, se incluyeron también los cuidados de salud que suelen hacerse para otras personas, en particular parientes, que viven en otros hogares, por cuanto actualmente es una situación que aparece con frecuencia en estudios realizados en otros países. De hecho, en el 11,5 por ciento de los hogares encuestados, las tareas de cuidado de salud se realizaron fuera del hogar.

El cuestionario se aplicó en primer lugar a la persona responsable del hogar, habiéndose definido como tal al *miembro del hogar que realiza y/o administra y/o distribuye la mayoría de las tareas del hogar no remuneradas, de forma tal que conoce las actividades de cada uno de los otros miembros del hogar*. Comúnmente se la identifica con la dueña de casa. A continuación, a través de ella, se identificó al miembro del hogar que había realizado actividades de cuidado de salud no remuneradas¹⁰. El cuestionario individual debía ser aplicado a toda/s la/s persona/s identificada/s como "cuidadora/s"¹¹.

La lista de actividades de cuidado de la salud a ser consideradas se confeccionó sobre la base de la revisión de varios estudios¹². Estas actividades seleccionadas se dividieron en 4 grandes grupos: a) Cuidados profesionales específicos, b) Cuidados de apoyo, c) Acompañamiento, y d) Otras actividades.

Los *Cuidados profesionales específicos* incluyen actividades tales como hacer tratamientos específicos, curaciones, poner inyecciones, controlar manifestaciones de la enfermedad, fomentar el desarrollo intelectual. Los *Cuidados de apoyo* se refieren, entre otras tareas, a alimentarlas, higienizarlas, administrar medicinas, organizar/acomodar el entorno de la persona cuidada, organizar su rutina, cocinarle comidas especiales. El *Acompañamiento* incluye acompañarlas en actividades de recreación, hacer traslados específicos de la persona cuidada, entretenerla, llevarla al médico/a, a controles, tratamientos, a hacer trámites; y las *Otras actividades* se refieren a hacer trámites, compras para la persona cuidada.

Sección 2. Resultados

Perfil de las cuidadoras

La gran mayoría de las personas que realizan las tareas de cuidado de la salud no remuneradas son mujeres, tal como lo muestra el gráfico 1.

Casi la totalidad de las cuidadoras tienen la mayor responsabilidad e invierten más tiempo que el resto de miembros de la familia en la realización de estas actividades de cuidado de salud no remuneradas, dedicándose a las mismas durante todo el curso de su vida joven y adulta. Al mismo tiempo, en su gran mayoría son las responsables del hogar (86,4%).

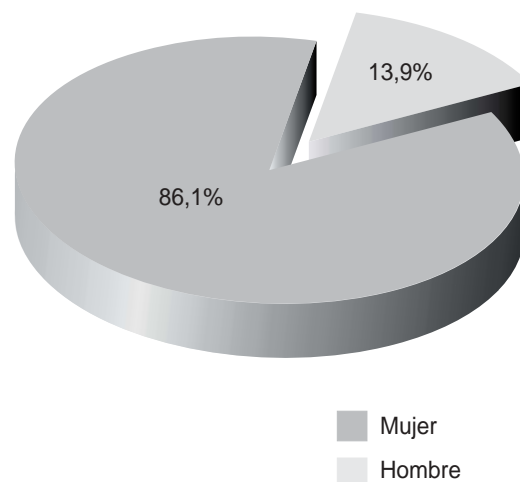
Esta amplia participación de las responsables del hogar en las actividades de cuidado de salud no remuneradas registrada en nuestro estudio, fue también destacada por Durán (1988:87), quien señaló que en el proceso de mantener la salud, propia o ajena, es la responsable del hogar quien asume también la responsabilidad de relacionarse con el sistema institucional de cuidado de salud en nombre (o representación) del resto del entorno familiar y "Simultáneamente a la toma de decisiones sobre la consulta al médico, son las mujeres de cada unidad doméstica quienes habitualmente acompañan a los enfermos al médico y garantizan los cuidados y tratamientos prescritos".

Un tercio de las cuidadoras, además de ocuparse del trabajo no remunerado (quehaceres del hogar y cuidado de otros), está inserto en el mercado de trabajo. Esta combinación de trabajo no remunerado y trabajo remunerado aparece con particular fuerza en las cuidadoras de entre 45 y 54 años, edad entre las que el porcentaje de cuidadoras ocupadas alcanza al 48,7 por ciento¹³. La mayor proporción de cuidadoras en estas edades que realizan ambos tipos de trabajo podría explicarse por el hecho, como lo sugieren Provoste y Berlagosky (2002), de que las familias extensas en las cuales las mujeres mayores asumen las tareas de cuidado —mientras las jóvenes trabajan remuneradamente— tienden a disminuir¹⁴.

Las tareas domésticas constituyen la actividad principal para la mayoría de las cuidadoras, sean del sector alto, medio o bajo (entre el 72% y 64% de las cuidadoras se dedica solo a trabajo no remunerado). La mayor proporción de cuidadoras que simultáneamente desempeña un trabajo remunerado corresponde a las mujeres del sector medio: 34,7% frente al 27,3% de los sectores bajos y 28,3% de los sectores altos.

La encuesta realizada no permite explicar directamente las diferencias observadas entre los sectores sociales. No obstante, podríamos inferir que en el caso de las cuidadoras de sectores altos —que según las cifras de empleo por quintiles, tienen una alta participación en el mercado de trabajo—, las que trabajan remuneradamente no se hacen cargo directamente de las actividades de cuidado de salud sino que las delegarían en personal remunerado. Por el contrario, la baja proporción de cuidadoras de sectores de menores ingresos insertas en el mercado laboral podría deberse a la escasez de recursos para pagar a terceras personas por la realización de esas tareas.

Gráfico 1. Personas cuidadoras de salud no remuneradas por sexo.



Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM, 2005.

Por último, más de un 15 por ciento de ellas no solo tiene en sus manos la responsabilidad del hogar sino también la responsabilidad económica, es decir, son quienes más ingresos aportan al hogar. En el esquema 1 podemos ver con mayor claridad la simultaneidad de responsabilidades que asumen las cuidadoras.

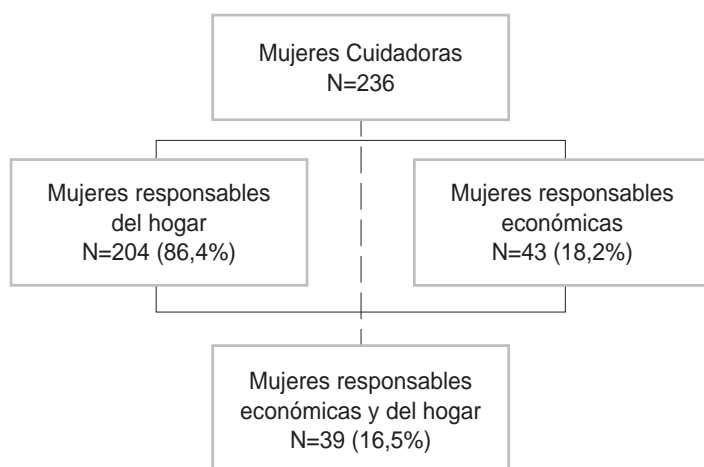
A. La visibilidad del trabajo de cuidado de la salud no remunerado

Uno de los objetivos centrales del estudio fue visibilizar la producción de cuidados de salud no remunerados realizada en los hogares. Para alcanzar este objetivo se pidió a cuidadoras y cuidadores nombrar las actividades de cuidado de salud que habían realizado en el transcurso de la semana anterior a la aplicación de la encuesta y el tiempo semanal invertido en ellas, separando días laborales de fin de semana. Estas tareas mencionadas espontáneamente por las personas fueron clasificadas como actividades *Visibles*. A continuación se les leyó una lista de actividades de cuidado de salud y se les pidió indicar cuáles de ellas habían realizado en la semana anterior. De esta forma se pudieron registrar muchas actividades hechas que no habían sido consideradas como tales. Estas se clasificaron como *Invisibles*. Al mismo tiempo, la identificación espontánea de ciertas tareas de cuidado nos estaría indicando que la persona las reconoce como actividades que implican dedicación particular de tiempo. Por el contrario, su reconocimiento como tales solo cuando se las menciona por la lectura (o presentación) de una lista apunta a que la persona no las tiene internalizadas como actividades específicas, sino que muy posiblemente las fusiona con otras tareas del hogar que realiza.

En solo uno de cada diez hogares encuestados encontramos que todas las actividades de cuidado de salud no remuneradas realizadas eran visibles. En la mayoría de ellos se da una combinación variada entre tareas visibles e invisibles. Es decir, coexisten algunas que las personas identifican claramente como de cuidado de la salud con otras que no son identificadas como tales ni separadas del resto de labores que conforman habitualmente el trabajo doméstico no remunerado.

En términos generales, son los hogares del estrato socioeconómico medio los que más visibilizan estas acti-

Esquema 1. **Cuidadoras y responsabilidad: del hogar y económica**



En resumen, podemos decir que las mujeres se dedican a los cuidados de salud no remunerados en el hogar durante todo el curso de su vida joven y adulta; que la mayoría de estas cuidadoras son las responsables del hogar y que un tercio de ellas, además de realizar el trabajo no remunerado (quehaceres del hogar y cuidado de otros), está inserta en el mercado de trabajo-trabajo remunerado. Asimismo, más de un quince por ciento de ellas no solo tiene en sus manos la responsabilidad del hogar sino también la responsabilidad económica, es decir, son quienes más ingresos aportan al hogar. Los hombres cuidadores constituyen una proporción muy reducida del total de personas cuidadoras. De tal forma que hemos optado, en este artículo, por centrar la presentación en el análisis de la situación de las mujeres cuidadoras, exclusivamente.

vidades, lo que se expresa en que para el 11 por ciento de las cuidadoras de este grupo todas las tareas de cuidado realizadas eran visibles, lo que contrasta fuertemente con el 2,1 por ciento observado en los hogares del sector socioeconómico alto. La distancia porcentual que separa a las cuidadoras del nivel socioeconómico medio de las pertenecientes a hogares del estrato bajo en cuanto a la visibilidad de las tareas es menor, dado que el 6 por ciento de estas últimas todas las actividades de cuidado de salud realizadas eran visibles.

Cabe señalar que en nuestro estudio, la proporción de mujeres y de hombres que visibilizan las actividades de cuidado de salud que realizan son prácticamente iguales. Estos resultados podrían contradecir en alguna medida la hipótesis de otros estudios, como por ejemplo el de Carrasco y Domínguez (2001), quienes señalan que las mujeres tienen más naturalizado el trabajo no remunerado y, por lo tanto, suelen invisibilizar esas actividades. Por el contrario, los hombres las invisibilizarían menos ya que no están naturalizadas en su habitus, de allí que cuando realizan este tipo de tareas tienen clara conciencia de que lo están haciendo y lo denotan como tal. En nuestra investigación, la visibilidad o invisibilización de las tareas de cuidado de salud se vincularía más con el tipo de tarea considerada que con el hecho de que la persona cuidadora sea mujer u hombre. Por ejemplo, en el cuadro 1 podemos observar que las tareas de cuidado de salud menos percibidas como tales son: Entretener a la persona cuidada, Traslado de la persona cuidada, Organizar la rutina y Acomodar el entorno de la persona cuidada¹⁵. Dado que algunas de estas tareas en general no ocupan intervalos de tiempo muy extensos se podría pensar que son acciones que se realizan en forma casi simultánea con otras actividades domésticas, por lo tanto la “especificación” como tarea de cuidados de salud desaparece en la percepción de los sujetos en tanto actividad particular.

Cuadro 1. Actividades de cuidado de salud según visibilidad

Actividades	Visibles	Invisibles	Total	
	%	%	%	N
Hacer tratamientos	55,8	44,2	100,00	86
Controlar manifestaciones de la enfermedad	62,7	37,3	100,00	193
Fomentar el desarrollo intelectual	16,7	83,3	100,00	18
Alimentación	46,5	53,5	100,00	198
Higienización	42,2	57,8	100,00	147
Administración de medicinas	67,4	32,9	100,00	361
Organizar elementos de la persona cuidada	26,4	73,6	100,00	159
Organizar/Acomodar entorno de la persona cuidada	14,5	85,5	100,00	207
Organizar rutina de la persona cuidada	12,5	87,5	100,00	120
Cocinar comidas especiales	34,0	65,9	100,00	147
Acompañar en actividades de recreación	18,7	81,3	100,00	91
Traslados específicos	10,2	89,8	100,00	88
Entretener a la persona cuidada	7,6	92,4	100,00	132
Llevar a controles médicos regulares	63,0	36,9	100,00	165
Llevar a tratamientos específicos	65,0	35,0	100,00	40
Acompañar a hacer trámites de salud	31,6	68,4	100,00	76
Hacer trámites para persona cuidada	25,6	74,4	100,00	39
Comprar remedios	48,6	51,4	100,00	181
Comprar alimentos	24,1	75,9	100,00	83
Comprar elementos para persona cuidada	27,8	72,2	100,00	18
Otros (especifique)	75,0	25,00	100,00	4

Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM, 2005.

Las tareas de cuidado de salud que con mayor frecuencia no son reconocidas como tales por las cuidadoras son “Entretener a la persona cuidada”, seguida por “Organizar la rutina” y “Organizar el entorno de la persona cuidada”, actividades que entre un 80 y un 95 por ciento de las veces no fueron nombradas espontáneamente. Llama la atención la invisibilidad de la tarea de entretener a la persona cuidada, ya que esta podría diferenciarse con cierta facilidad por cuanto saca a las cuidadoras de la rutina de los quehaceres del hogar. En un primer reconocimiento del tema se creía que eran otras las actividades que podían “desaparecer” con

más facilidad, camuflándose como tareas cotidianas de la actividad doméstica dada la simultaneidad de las mismas, como por ejemplo las de “alimentar” o “cocinar comidas especiales”. Empero, estas últimas figuran con un grado mucho más bajo de invisibilidad al compararlas con “entretener a la persona cuidada”. La falta de visibilidad de esta última tarea podría explicarse en parte por el hecho que la misma podría entenderse como una actividad que está animada por la relación de cariño que une a ambas personas, la cuidadora y la que recibe los cuidados y, en consecuencia, no es percibida como “tarea” ni se menciona como actividad de cuidado de salud. Podría explicarse también por el poco tiempo diario específico que le dedican a la misma.

El grado de visibilidad de las actividades de cuidado de salud no remuneradas también varía entre las cuidadoras según si ellas solo se dedican al trabajo doméstico o si parte de su tiempo diario lo destinan a trabajo remunerado. En términos generales, y considerando solo las actividades de cuidado de salud más mencionadas, el grado de invisibilidad es

más elevado en el primer grupo de cuidadoras que en el segundo (65% y 55% de las actividades son invisibles, respectivamente). Probablemente esta diferencia se deba a que el efectuar ambos tipos de trabajo y tener que distribuir su tiempo con mayor claridad lleve a las trabajadoras a identificar más los tiempos dedicados a estas actividades.

Por otra parte, si bien el sector medio visibiliza más el conjunto de actividades de cuidado, tal como lo señalamos antes, cuando nos referimos a las actividades más frecuentes, el grado de visibilidad cambia y es en el sector bajo donde la visibilidad es mayor. Este resultado llama la atención porque podríamos pensar que las cuidadoras del estrato bajo tienen más incorporadas las actividades de cuidado de salud a su rutina diaria, por cuanto más de la mitad de ellas declara dedicación exclusiva al trabajo doméstico, lo que facilita que algunas de las tareas de cuidado de salud queden encubiertas. Empero, los cuidados de salud aumentan la carga del trabajo doméstico y complican más la rutina doméstica, lo que favorecería su reconocimiento o visibilidad.

B. Tiempo dedicado a la producción de cuidados de salud no remunerados

El segundo objetivo central de la investigación base fue estimar el tiempo que las cuidadoras de salud le dedican a estas actividades, por cuanto al igual que lo que sucede con el trabajo remunerado y el trabajo doméstico, el de cuidado de salud exige una dedicación de tiempo que no se puede evitar, lo cual repercute tanto en la carga global de trabajo como en posibles modificaciones en las vidas de las cuidadoras.

Los resultados de este estudio muestran que el promedio total de horas semanales dedicadas por las mujeres a la producción de cuidados de salud no remunerados en los hogares es de 20 horas y media, distribuidas en un promedio de 9.4 tareas. Estos promedios varían según cuándo se realicen estas actividades, es decir, si se hacen durante días laborales o el fin de semana. En el primer caso, las cuidadoras dedican alrededor de 3 horas y media diarias, en tanto que durante el fin de semana esto se reduce a 1 hora diaria. Esta diferencia se explicaría por el hecho que algunas actividades tales como hacer trámites, llevar a la persona cuidada a hacerse exámenes o tratamientos fuera del hogar –las que a menudo y para ciertos sectores socioeconómicos insumen mucho tiempo– se realizan habitualmente los días laborales.

Por otra parte, si bien hay una similitud en los promedios de tiempo invertido en cuidados de salud por los distintos estratos socioeconómicos, es necesario relevar que mientras en el sector socioeconómico alto la proporción de mujeres que destinan más de 21 horas a las actividades de cuidado de salud no remuneradas es del 30 por ciento, esta proporción se incrementa al 44 por ciento en el caso de las cuidadoras del sector bajo.

Cabe destacar que el promedio de horas diarias destinadas a tareas de cuidado de salud no remuneradas depende también del tipo de actividades realizadas. En efecto, mientras algunas tareas tales como administrar

Cuadro 2. Grado de invisibilidad de las tareas de cuidado de salud no remunerada más frecuentes según tipo de trabajo de las cuidadoras

Actividades	% de invisibilidad	
	Solo trabajo no remunerado	Trabajo no remunerado y remunerado
Alimentación	56,2	49,0
Administración de medicinas	34,1	33,3
Organizar elementos de la persona cuidada	77,2	73,0
Organizar/Acomodar entorno de la persona cuidada	85,1	84,0
Organizar rutina de la persona cuidada	85,0	69,0
Cocinar comidas especiales	65,7	55,9
Entretener a la persona cuidada	91,5	52,8
Total de principales actividades	65,0	55,0

Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM, 2005.

medicinas o trasladar la persona cuidada de un lugar a otro dentro del hogar implican el uso de poco tiempo – 12 y 24 minutos diarios en promedio, respectivamente– y pueden hacerse casi simultáneamente con la realización de las tareas domésticas, otras, en cambio, requieren más tiempo específico, como sería por ejemplo, llevar a controles médicos regulares o llevar a tratamientos y hacer trámites de salud para otra persona, actividades en las que se invierte en promedio entre 1 hora y media a 2 horas y media. El tiempo empleado en estas tareas suele incrementarse en el caso del sector socioeconómico bajo.

Estudios realizados en otros países sobre uso del tiempo señalan, por ejemplo, en el caso de Nicaragua, que mujeres y hombres destinan 2,6 y 2,2 horas diarias, respectivamente al cuidado de enfermos (INEC, s.f.). En Costa Rica, los datos registrados en la Encuesta de Uso del Tiempo muestran que las mujeres invierten alrededor de 3 horas diarias promedio al cuidado de enfermos, niños y otros (Irma Sandoval, 2005). En México, del total de personas que en la Encuesta de Uso del Tiempo de 2002 declararon haber realizado actividades relacionadas con los cuidados a la salud en el hogar, el 70 por ciento correspondió a mujeres, quienes invirtieron entre 4 y 11 horas semanales (Gustavo Nigenda, Cecilia Matarazzo y Mariana López-Ortega, 2005).

Otro aspecto importante a destacar respecto al tiempo dedicado a las actividades de cuidado de salud no remuneradas, es la condición de actividad de las cuidadoras. En efecto, como lo ponen en evidencia las cifras del cuadro 3, las mujeres que declaran los quehaceres del hogar como actividad principal invierten en promedio cerca de 22 horas semanales, mientras que las que tienen también un trabajo remunerado dedican un poco más de 16 horas por semana, siendo más notoria la diferencia en los días laborales (4 horas de diferencia en los días laborales frente a 1 hora el fin de semana). Esto es lógico pues el tiempo diario no es infinitamente elástico.

Cuadro 3. Promedio de tiempo semanal de cuidado de salud no remunerado según tipo de trabajo de las cuidadoras

Sexo	Tiempo de cuidado/tipo de trabajo					
	Solo Trabajo no remunerado			Trabajo remunerado + trabajo no remunerado		
	Hrs.	Min.	Cant.	Hrs.	Min.	Cant.
Mujeres	22	15	6	16	32	5

Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM, 2005.

En resumen, los datos registrados en la encuesta nos permiten reconocer la existencia de un elevado porcentaje de actividades de cuidado de salud no remuneradas que no son visibles y que se confunden con las actividades que constituyen el trabajo doméstico, lo cual no deja de ser importante.

Asimismo, las cuidadoras de salud invierten en promedio muchas horas para dedicarles a las mismas. Por ello, tal como veremos más adelante, en muchas circunstancias y poniendo un límite a la carga total de trabajo diario, las cuidadoras se ven obligadas a hacer arreglos en su vida laboral y personal para poder cumplir con el trabajo de cuidado de salud no remunerado.

Sección 3. Carga global de trabajo y modificaciones laborales y personales

A. Carga global

La inversión de tiempo en la realización de tareas de cuidado de salud no remuneradas y en un trabajo remunerado o en otras actividades domésticas y de cuidado se traduce, en el caso particular de las mujeres, en una carga de trabajo muy grande y, en ocasiones, las obliga a hacer modificaciones a su vida laboral o personal.

En nuestro estudio, la carga global de trabajo se estimó a partir de la suma del tiempo semanal invertido en el trabajo no remunerado (actividades de cuidado de salud y quehaceres domésticos) más el tiempo desti-

nado a trabajo remunerado, en los casos que correspondiera.

El problema metodológico que suele presentarse en este tipo de medición consiste en la posibilidad de que ciertas tareas pueden realizarse simultáneamente, en particular las tareas no remuneradas –trabajo doméstico y de cuidado–; aunque también se puede dar el caso de superposición entre actividades remuneradas y no remuneradas cuando la persona trabaja en su hogar. En estos casos, si se efectúa una agregación simple de los tiempos dedicados a los diversos trabajos (índice agregado), muy probablemente la jornada aparecería con una duración mayor que la real.

Muchos han sido los intentos por superar el problema de la superposición de tareas. Usualmente, estudios tales como el realizado por la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid (2003) han tratado de resolver este problema procurando establecer un tiempo aproximado de jornada laboral a partir de la estimación realizada por los encuestados (índice sintético), midiendo la diferencia temporal entre la suma de cada una de las actividades registradas en el estudio y la estimación global realizada por los encuestados, pudiendo calcular, de este modo, la cantidad de tiempo en que las tareas se superponen.

En nuestro caso, intentamos usar esta última metodología para resolver el problema de la superposición, sin embargo, las estimaciones realizadas por las personas de su propia

jornada laboral (trabajo remunerado más trabajo no remunerado) resultaron ser o demasiado extensas o demasiado reducidas. Esto puso en evidencia la necesidad de desarrollar otra forma de estimar la superposición. De allí que optamos por sumar el tiempo dedicado a todas las actividades que componen el área de cuidado de salud y el tiempo dedicado a trabajo doméstico, y comparamos estos resultados con los obtenidos en otros estudios hechos en Chile y la región, para estimar el rango de diferencia de tiempos, como se verá a continuación.

En términos generales, la carga global de trabajo de las cuidadoras fue en promedio de 70 horas semanales, empero esta no es igual para todas las cuidadoras. En efecto, en el caso de aquellas que realizan trabajo remunerado y trabajo no remunerado, alcanza en promedio las 87 horas semanales, esto es casi 13 horas diarias. Por el contrario, para las cuidadoras que solo se dedican a los quehaceres domésticos, la carga total de trabajo promedio llega a las 63 horas semanales, alrededor de 9 horas diarias.

La máxima carga global de trabajo encontrada –alrededor de 94 horas semanales promedio– se registra en el grupo de cuidadoras de los sectores de bajos ingresos que están incorporadas al mercado de trabajo. Esto significa que destinan alrededor de 13 horas diarias a la realización de todo su trabajo.

La duración del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado de salud por nuestras cuidadoras que son solo “amas de casa”, se aproxima al tiempo promedio invertido en trabajo doméstico y de cuidado estimado en el estudio realizado por Schlaen, Díaz y Medel (1998) sobre amas de casa en Chile, que fue de 11 horas diarias.

La Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en el Gran Santiago (2008), realizada por el INE, tuvo como objetivos centrales la cuantificación de la carga total de trabajo (remunerado y no remunerado), la distribución por sexo del trabajo doméstico no remunerado al interior de los hogares y la estimación de la utilización y distribución del tiempo destinado a las actividades relacionadas con el cuidado a las personas. Los resultados sobre la primera muestra¹⁶ indican que la carga total de trabajo de las mujeres que participan simultáneamente en el trabajo remunerado y no remunerado asciende a 10,4 horas diarias, de las cuales le destinan 2,9 horas al trabajo no remunerado.

Los resultados de la segunda muestra, además de señalar que las mujeres realizan el 68,2% de todo el trabajo no remunerado, indican que le dedican en promedio 3,5 horas diarias al cuidado de personas en el hogar, reduciéndose a 1,1 horas diarias en el caso de las que tienen simultáneamente ambos tipos de trabajos y su carga total de trabajo asciende a 8 horas diarias¹⁷.

En un estudio de Duxbury y Higgins (2002) sobre el conflicto trabajo y vida personal en Canadá, se indica que las personas encuestadas respondieron que consagran alrededor de 17 horas por semana a actividades no profesionales y se muestra que los trabajadores/as que tienen personas a su cargo –niños, adultos mayores, discapacitados– deben responder a más exigencias en cuanto al empleo de su tiempo en comparación con sus colegas que no tienen esta responsabilidad, y pasan el doble de tiempo en actividades no profesionales (23 horas frente a 10 horas) y tienen 3 horas menos de tiempo libre por semana.

B. Modificaciones laborales y personales realizadas por las/os cuidadoras/es

Una de las posibles consecuencias de dedicar tiempo y esfuerzo al cuidado de salud no remunerado en el hogar es el hecho que las cuidadoras se vean obligadas a hacer cambios en su vida laboral o personal¹⁸.

Suponer que la prestación de cuidados de salud a la familia no trae consecuencias personales, familiares y sociales es injusto, poco realista y peligroso para la política sanitaria, afirmó la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, con motivo de la celebración del Día Internacional de la Mujer, en el año 2004¹⁹.

Las modificaciones laborales y personales hechas por las cuidadoras a las que nos referimos en este estudio tienen que ver con que el destinar una cantidad de tiempo diario a los cuidados de salud no remunerados implica muchas veces dejar actividades que se realizaban anteriormente, lo que puede afectar negativamente la vida laboral y personal. Así por ejemplo, como sostienen Amalia Mauro y Sonia Yáñez (2005), las mujeres, para compatibilizar el trabajo remunerado con el trabajo de cuidado, frecuentemente deben optar por empleos con jornada reducida o parcial, sin contrato laboral, mal remunerados y desprotegidos, y que a menudo se ejercen en el propio domicilio, o simple y llanamente se retiran del mercado laboral. Un indicador de esta última situación lo constituye el alto porcentaje (alrededor del 50%) de mujeres cuyas trayectorias laborales son discontinuas. Es decir, atravesaron por períodos de actividad, inactividad y empleo en los diez años considerados en este estudio.

Más de la mitad de cuidadoras encuestadas para nuestro estudio debió realizar algún tipo de modificaciones en el plano laboral y/o personal²⁰. Estos cambios fueron muy variados, empero un gran porcentaje de ellos

se relaciona con el trabajo remunerado, ya sea que las cuidadoras tuvieron que abandonarlo, dedicarle menos tiempo, cambiar horarios o trabajar en su casa. También se refieren al trabajo remunerado otros efectos mencionados tales como la disminución de los ingresos, y asimismo se afectaría la evaluación y posibilidad de promoción o ascensos en el trabajo (sea por ausencias frecuentes, sea por la disminución de las horas laborales).

Estos cambios difieren según la edad de las cuidadoras. Por ejemplo, la disminución de ingresos afectó a un amplio grupo de mujeres de entre 35 y 64 años, siendo fundamental en el grupo de 55 a 64 años. Podríamos conjeturar que esta disminución de los ingresos estaría vinculada a la reducción de las horas de trabajo o al abandono del mercado laboral. Dejar de trabajar constituye también un cambio señalado por las mujeres de 25 y más años, y alcanza su máxima expresión en el mismo grupo de 55-64 años (18%). Entre las más jóvenes, por su parte, los cambios más importantes fueron dejar de estudiar, disminuir las horas de trabajo, disminución de sus ingresos y pérdida de amigos.

Es importante destacar que si bien hombres y mujeres realizaron modificaciones laborales y personales en una proporción muy similar, el tipo de alteración experimentada en sus vidas es distinto. De hecho, las mujeres tuvieron que dejar de trabajar, vieron disminuir sus ingresos o perdieron amigos. Los hombres, en cambio, aunque también experimentaron repercusiones en su espacio laboral, no interrumpieron su trabajo remunerado sino que disminuyeron las horas y modificaron sus horarios y turnos laborales, (véase Cuadro 4).

Cuadro 4. Principales modificaciones laborales y personales realizadas por los cuidadores por sexo

	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
Modificaciones (*)	N	%	N	%	N	%
Dejar de estudiar	18	6,0	0	0,0	18	5,2
Dejar de trabajar	42	13,9	4	9,3	46	13,3
Disminuir las horas de trabajo	22	7,3	8	18,6	30	8,7
Cambiar horarios de trabajo	20	6,6	7	16,3	27	7,8
Cambiar el turno de trabajo	14	4,6	6	14,0	20	5,8
Trabajar desde la casa	27	8,9	4	9,3	31	9,0
Disminución de ingresos	54	17,9	8	18,6	62	18,0
Afectar la evaluación de mi trabajo/promoción/ascenso	21	7,0	2	4,6	23	6,7
Afectar la posibilidad de tomar decisiones sobre trabajos en grupo o equipo	13	4,3	0	0,0	13	3,8
Perder amigos	33	10,9	3	7,0	36	10,4
Otros, Dejo de hacer cosas personales	15	5,0	0	0,0	15	4,4
Otros (problemas familiares, llevar a vivir la persona cuidada a su casa o ir a vivir a casa de ella; empezar a trabajar, aumentar las horas de trabajo)	23	7,7	1	2,3	24	6,9
Total modificaciones	302	100,0	43	100,0	345	100,0

(*): Pregunta de respuestas múltiples.

Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM, 2005.



Con respecto a este tema, Gálvez y Matamala (2002) advierten que cuando las mujeres trabajan remuneradamente fuera del hogar, el trabajo de cuidado de la salud en el espacio doméstico frecuentemente interfiere, dificulta o puede obligar a interrumpir su inserción laboral fuera de casa. Asimismo, en el estudio canadiense de Duxbury y Higgins (2002) se considera que es posible suponer que la mayoría de las personas que proveen de cuidados a los adultos mayores ha tenido que cambiar su estilo de vida, dado que al convertirse en proveedora de cuidado, tiene menos tiempo para consagrar a su familia, cuidar su propia salud y para las vacaciones. También se afirma allí que aunque solo cerca del 10 por ciento de las/os cuidadoras/es no profesionales ha debido renunciar a su empleo para hacerse cargo de un adulto mayor (padre o madre en particular), de un 20 a un 40 por ciento de ellas/os han tenido que readecuar sus horarios de trabajo, reducir sus horas de trabajo o tomar vacaciones no pagadas.

Las consecuencias de esta prestación de cuidados de salud en la vida de las cuidadoras/es también se observaron en una Encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociales (CIS) de España (citado por María Victoria Delicado U., Miguel Ángel García F., Belén López M. y Pilar Martínez S., 2004), según la cual la percepción de las/os cuidadoras/es incluyó: la reducción del tiempo de ocio, cansancio, no tener vacaciones, no frecuentar amigos, sentirse deprimida/o, deterioro de la salud, no poder trabajar fuera, no disponer de tiempo para cuidar de sí mismas/os, problemas económicos, reducción de la jornada de trabajo y dejar de trabajar. Algunas de estas consecuencias son las mismas que las mencionadas por las cuidadoras de nuestro estudio.

Si tomamos en cuenta, tal como se plantea en la introducción, que se considera a la mujer como moralmente obligada a cumplir las tareas de cuidado, es altamente probable que esta sea una de las principales expli-

caciones de la deserción laboral y la pérdida en el plano personal.

Por otra parte, la estructura en que se acomoda el cuidado de la salud también repercute en la interrupción del trabajo y organización al interior de la familia cuando es la responsable del hogar la que es aquejada por una enfermedad, incapacidad o dependencia. Así, por ejemplo, cuando la mujer es responsable del trabajo doméstico y de cuidado, la producción doméstica puede paralizarse y en casos en que la enfermedad sea crónica, puede darse incluso una reagrupación familiar con el traslado temporal de los hijos a otros domicilios, afirma Durán (1988). En nuestra investigación, varios de los cuidadores que se declararon responsables del hogar pertenecen a hogares conformados solo por dos personas, él y su cónyuge/conviviente, quien recibe los cuidados de salud. En caso de tratarse de una enfermedad leve, circunstancial, es posible que la responsabilidad del hogar también caiga temporalmente sobre el varón.

C. Valorización del trabajo de cuidado de salud no remunerado

Un tema adicional sobre el cual se indagó en la encuesta a las personas cuidadoras, se refiere a la valoración que ellas hacen de estas actividades.

Con respecto a ello, Durán señala (1988:83) que “el mantenimiento de la salud, propia o ajena, se ha convertido en buena parte en un asunto económico y las decisiones que afectan a su cuidado se toman con criterio de rentabilidad, aun cuando en el plano legal se reconozca el derecho a la salud como un bien fundamental, cada sujeto económico, sea individuo, familia, empresa, unidad local, institución o sistema político-administrativo nacional, incluye el cuidado de la salud en sus cálculos de riesgo, costes y beneficios”. Por su parte, Carrasco (2001) señala que para valorar el trabajo no remunerado generalmente se utiliza el “criterio de la tercera persona”, es decir, se toma en cuenta su carácter de intercam-

biabilidad. Esto muchas veces desvirtúa la realidad y minusvalora la actividad familiar doméstica, ofreciendo una medida de la producción doméstica basada en criterios mercantiles y pretendiendo hacerla universal, como el valor de todo el trabajo que se realiza en los hogares. El trabajo no es únicamente la actividad destinada a la satisfacción de las necesidades de la producción y reproducción de la vida humana basada solo en la lógica de relaciones mercantiles. Por el contrario, incluye también la reciprocidad, la solidaridad, los sentimientos o el cuidado, valores básicos del trabajo doméstico. Por lo tanto, valorizar el trabajo doméstico —y el de cuidado de salud no remunerado— significa tomar conciencia del aporte económico y social que se obtiene de estas tareas, tomando como criterio el tiempo y el costo, tanto emocional como económico destinado al mismo.

Uno de los problemas que se presentan cuando se trata de valorizar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado —en el que se incluye el cuidado de la salud— se debe principalmente al hecho que muchas de las actividades que se realizan llevan incorporadas una gran carga subjetiva-emocional (actividades inseparables de la relación afectiva y que no tienen sustitutos en el mercado) que no se puede medir igual que las actividades del mercado. Además, las actividades domésticas que tienen que ver con la gestión y organización muchas veces no demandan necesariamente un tiempo concreto, pero requieren mucha energía. De allí que el abordar este tema supone centrarse al menos en dos dimensiones, una desde la cuantificación, creando un sistema de valoración temporal o monetario y, por otro lado, desde una perspectiva cualitativa que englobe toda la complejidad de este tipo de categorizaciones, en relación con la dificultad de precisar y acotar las actividades de cuidado de salud.

En este sentido, en este estudio no se trató de estimar el valor monetario de las actividades de cuidado de salud realizadas por las personas

encuestadas, sino de rescatar la percepción de los sujetos respecto a este tema²¹.

Las respuestas obtenidas se subdividieron en dos grandes subgrupos, el primero, y que comprende a la mayor parte de las mismas (76%), reúne a las que consideran que el trabajo de cuidado de salud no remunerado tiene un valor monetario, el resto no señaló un criterio económico para valorizar este trabajo.

Entre las cuidadoras que no otorgan valor monetario a estas actividades, un elevado porcentaje (39,3%) se refiere claramente a razones familiares para realizar el trabajo de cuidado de salud, como por ejemplo *“es mi hijo”, “es mi padre”, “es mi esposa”, “es un familiar”, “es su obligación”*.

Con respecto a este tema, Nigenda, Matarazzo y López-Ortega (2005:12), en su estudio sobre cuidadores de salud no remunerados en México, señalan que: *“En el análisis de algunos estudios se ha concluido que los valores, significados culturales y expectativas que sostienen las personas acerca de la realización de cuidados son una de las causas por las cuales dicha actividad se percibe como menos estresante y onerosa de lo que realmente es (Chadiha et al, 2004). Por lo tanto, si bien se identifican efectos negativos de la tarea de realizar cuidados informales, se observa que estos son eclipsados por los efectos positivos”*.

En síntesis, destinar parte del tiempo diario a actividades de cuidado de salud podría aumentar la carga global de trabajo de las personas. Si bien es cierto que, como ya lo viéramos, algunas de las actividades de cuidado de salud no remuneradas implican un reducido uso del tiempo diario y pueden realizarse casi simultáneamente con otras tareas domésticas, existen otras a las que hay que destinarles un tiempo específico, relativamente largo y que no se puede superponer a la realización de otras actividades. Nos referimos, por ejemplo, a llevar a controles médicos regulares, a tratamientos específicos,

acompañar a hacer trámites o hacer trámites de salud para otro miembro del hogar.

Por otra parte, las mujeres no solo asumen el trabajo familiar doméstico sino también el cuidado de salud no remunerado, siendo muchas veces el costo inmediato de realizar estas actividades el tener que abandonar el trabajo o recibir ingresos menores y, en algunos casos, perder amigos. Por último, ante la propuesta hecha a las personas encuestadas surgen argumentaciones subjetivas relacionadas con vínculos emocionales que se establecen, o son expresión de valores socioculturales tales como la responsabilidad, el sentido del deber para con la familia y que, por ende, se hace difícil para los sujetos valorarlas en términos monetarios ya que trascienden la lógica de mercado.

Sección 4. Resumen y conclusiones

El estudio exploratorio sobre el trabajo de cuidado de salud no remunerado en los hogares realizado en el Gran Santiago, cuyos principales hallazgos se expusieron en este artículo, permitió en primer lugar estimar el grado de visibilidad que tiene la realización de estas actividades para las personas que las llevan a cabo, en particular para las mujeres, quienes constituyen la mayoría de las personas cuidadoras. En segundo lugar, posibilitó obtener una estimación aproximada del tiempo que las cuidadoras y cuidadores destinan al trabajo de cuidado de salud, así como conocer la carga global de trabajo de las cuidadoras y los cambios y efectos que la realización de estos cuidados de salud no remunerados producen en sus vidas. Por último, nos permitió conocer el valor que las cuidadoras atribuyen a ese trabajo y los argumentos esgrimidos que justifican dicha valoración.

Todo lo anterior nos permite avanzar algunas conclusiones generales. En primer lugar, cabe destacar la importancia y necesidad de apoyar a las y los cuidadoras/es de salud no remuneradas/os, en particular a las muje-

res pertenecientes a sectores medios y de bajos ingresos, quienes dedican mucho tiempo a estas actividades y tienen una fuerte carga laboral. Además, en ciertas circunstancias, son ellas las que se han visto obligadas a abandonar el ámbito laboral o disminuir sus horas de trabajo remunerado, una de cuyas consecuencias ha sido la pérdida de ingresos. En segundo lugar consideramos fundamental extender y ampliar el debate sobre estrategias y políticas públicas que se orienten a mejorar la situación de las y los cuidadores.

Con respecto a este último tema, Nigenda, Matarazzo y López-Ortega (2005) presentan un conciso y muy interesante resumen referido a distintas estrategias de apoyo a las/os cuidadores de salud no remunerados –cuidadores informales– implementadas en países europeos, Estados Unidos y Canadá. Se trata de estrategias que ofrecen incentivos económicos mediante subvenciones y medidas fiscales para la realización directa de los cuidados o la contratación de servicios externos; otras contribuyen a que las/os cuidadores dispongan de más tiempo, mediante reducciones o reorganizaciones del horario laboral, a través de permisos y disminución de las jornadas, entre otras medidas. Un tercer grupo se centra en los servicios externos a la familia, de tal forma que sean otros los que lleven a cabo las tareas; y las últimas se dirigen a proveer capacitación e información a las/os cuidadores, así como consejería y apoyo psicológico, descansos temporales y apoyo domiciliario.

En el mencionado estudio se aborda también el problema de las políticas públicas en relación con los cuidados de salud no remunerados en el hogar y los cuidados de largo plazo (para enfermos crónicos, adultos mayores no autovalentes, discapacitados), que son los que pueden provocar efectos negativos en la vida laboral y personal de las/os cuidadores, como quedó evidenciado en los resultados de nuestro estudio.

En relación al qué hacer, en diferentes documentos, estudios, seminarios y reuniones se han planteado varias interrogantes, como por ejemplo, si se debería apoyar a la persona cuidada o a la cuidadora; la conveniencia de proveerle a la familia o a la persona cuidada un subsidio para que puedan adquirir un servicio o si sería mejor apoyar y certificar a proveedores estatales; cuál es la naturaleza y alcance del derecho a recibir cuidados; cómo apoyar a las/os cuidadores informales –no remunerados– sin mercantilizar las relaciones familiares; qué efectos sobre los costos públicos generaría el dar apoyo a cuidadoras/es no remunerados. Por último, se ha planteado hasta dónde es válido reproducir el papel que desempeñan las mujeres como principales cuidadoras.

Cuestiones todas ellas que llevan al planteamiento sobre quién o quiénes son y deberían ser los responsables de proveer los cuidados de salud en Chile: el gobierno, la sociedad, el individuo y la familia, a la luz de los datos aportados por esta y otras investigaciones y a la profundización de las experiencias de otros países sobre las formas de abordar el problema, las políticas y estrategias implementadas.

En otro ámbito de preocupación, creemos que es importante avanzar en nuevos estudios –cualitativos y cuantitativos– sobre cuidados de personas de la tercera edad no autoválidas, que en estos casos pueden ser de larga duración, lo que permitiría identificar otros efectos derivados de la realización de los cuidados de salud no remunerados. Estos no fueron analizadas en nuestra investigación y son relevantes para la promoción de acciones y políticas, dada la tendencia al envejecimiento de la población chilena y la escasa preparación social para enfrentarla, y lo que es igualmente fundamental, porque su cuidado sigue recayendo en las mujeres.

También sería importante estudiar cuánto tiempo lleva la o el cuidador realizando las actividades de cuidado, así como la presencia o no de personal remunerado que se hace cargo de ellas. En el primer caso, permitiría precisar más el alcance del aporte realizado por las/os cuidadores no remunerados al funcionamiento del sistema de salud, lo cual sería útil para promover acciones y políticas dirigidas a las/os cuidadores de “larga duración”. En el segundo, sería importante detectar qué tipo de cuidados realiza este personal por cuanto no todos los cuidados son comparables entre sí. Algunos, más que otros, necesitan conocimientos y especializaciones; por ejemplo, acompañar a una persona mayor, por un lado, y tener que poner inyecciones o tratamiento específico, por el otro. Estos ejemplos indican que no todos los cuidados de salud pueden ser asumidos por cuidadoras/es no remunerados sin preparación. Además su traducción a valores de mercado difiere.

Toda propuesta de acción, programa o políticas referida a cuidados de salud no remunerados debe tener en cuenta el papel fundamental que cumplen las mujeres en el mismo y lo que ello significa para su autonomía económica, su salud física y mental. ◆

Notas

1. OMS, 2008. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

2. En Chile, “entre 1992 y 2002 la población mayor de 64 años aumentó en 340 mil personas, equivalente a una tasa de crecimiento de 3,3%. El volumen total de la población de la tercera edad potencialmente beneficiaria de políticas sociales, se eleva el año 2002 a más de 1.2 millones de personas. Entre ellas, las mujeres tienen una mayor representación, la que a su vez es creciente con la edad” (Rosa Bravo 2004:52).

3. Las personas afectadas por alguna deficiencia física o mental eran, a la fecha del Censo 2002, 334.4 mil, número que representa el 2,2% de la población nacional (Bravo 2004). Y en la Región Metropolitana son 116.853, lo que representa el 1,9% del total de sus habitantes (Censo 2002).

4. El cuidado de salud va cobrando mayor importancia a medida que pasa el tiempo, señala Mirta Roses (2005) ya que “A comienzos del siglo XXI, la Región de las Américas contaba con alrededor de 2.228.900 de personas de 90 años o más, de las cuales 90.400 eran centenarias. Para mediados del siglo, estas cifras habrán ascendido a cerca de 13.903.000 y 689.000 respectivamente”, lo cual implica una cada vez más creciente población de adultos mayores que requerirán que más familias se hagan cargo de sus necesidades de salud y cuya responsabilidad recaerá primordialmente sobre las mujeres.

5. De acuerdo a datos censales, en 1992 la tasa de participación en la actividad económica de las mujeres era de 28,1%, porcentaje que se incrementa al 35,6% en 2002. En este último año, a nivel nacional, la tasa de participación de las mujeres de 25 a 39 años asciende al 52% y en el tramo etéreo de 40-44 años alcanza al 49%. En la Región Metropolitana, las tasas de participación en la actividad económica de las mujeres supera a los valores encontrados para el total país, en los dos años de referencia, 34,5% y 42%, respectivamente.
6. Son muy pocos los países donde, hasta 2005, se habían realizado EUT: Cuba, México, República Dominicana, Nicaragua, Uruguay. Cabe señalar -además- que en estas encuestas no se desagregan mayormente las tareas de cuidados de salud. En algunas de ellas se considera el cuidado de enfermos y discapacitados como actividades diferenciadas dentro del trabajo doméstico. (Mercedes Aguilar e Isolda Espinoza, s.f.; Universidad de la República, 2003; Rosario Aguirre, 2004; Florentina Alvarez, Carlos Angulo y Víctor Casero, 2003; María Eugenia Gomez Luna, 2003; Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba, 2003.
7. Véase Ximena Díaz y Julia Medel, 2002; Julia Medel, Ximena Díaz, Tatiana Cárdenas, Ana Tosi, 1998; Ximena Díaz, Julia Medel y Norah Schlaen, 1996; Julia Medel y Verónica Riquelme, 1994; Ximena Díaz y Norah Schlaen, 1994; Ximena Díaz y Norah Schlaen, 1992; Julia Medel, Soledad Olivos y Verónica Riquelme, 1989.
8. La encuesta se aplicó a personas residentes permanentes en hogares particulares del Gran Santiago, excluyéndose a quienes residen en hogares colectivos tales como hospitales, conventos y cárceles. La unidad de muestreo consistió en hogares con uno o más miembros. La muestra (36 sectores) se extrajo del total de manzanas del Gran Santiago (34.661 manzanas), distribuidas en 27 comunas. Ello basado en los resultados del Censo de 2002; utilizándose el muestreo al azar (método aleatorio simple) bietápico, estratificado por sectores socioeconómicos.
9. Para la recopilación de la información se tomó como referencia lo ocurrido la semana anterior a la aplicación de la misma.
10. En el caso de que en el hogar se hubiera encontrado más de un/a cuidador/a, se clasificó como *cuidador/a principal* a la persona que dedicaba más tiempo a las actividades de cuidado de salud no remuneradas y como *cuidador/a de apoyo* a aquellas personas que ayudaban al o la cuidador/a principal en la realización de estas tareas, invirtiendo menos tiempo en ello. Un 92 % resultó ser cuidador/a principal.
11. Vale señalar que al inicio del proceso de diseño de la muestra y del cuestionario se había establecido los 15 años como corte de edad mínima para que una persona fuera encuestada, empero, como resultado de las reuniones del equipo de investigadores con el equipo encargado del trabajo de campo finalmente se decidió no poner límite de edad, pues podía ocurrir que, sobre todo en los sectores socioeconómicos de menores ingresos, las tareas de cuidado cayeran en las/os menores.
12. OPS/OMS 2004; Durán (2004); Reca, Alvarez y Tijoux (2002.); Provoste y Berlagosky (2002); Carrasco (2001) y Allocation of time and time use. The United Nations Statistic Division. www.unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/Tuse. Las actividades incluidas se adecuaron al contexto de aplicación de la encuesta.
13. De acuerdo a datos del Censo 2002, para el total del país, 2.671.639 mujeres realizaban trabajo no remunerado (corresponde a la población de 15 y más años que declaró "quehaceres del hogar" como actividad principal). Esta dedicación de las mujeres al trabajo doméstico no remunerado varía en las distintas etapas del ciclo de vida, proporción que crece a medida que aumenta la edad. En efecto, del 37% en el tramo de edad 20-24 años, se incrementa en forma notoria en el tramo siguiente de 25 a 39 años (52%), para seguir aumentando en forma mucho más moderada en los tramos siguientes: 54% entre los 40-49 años y 59% entre los 50 y 64 años (véase Bravo 2004).
14. En 1992, 27% de las familias eran extensas (biparentales, monoparentales) o compuestas; en 2002 este porcentaje se reduce al 25% (Bravo, 2004:16).
15. La mayor o menor invisibilidad de una tarea depende del número de veces que aparece como invisible respecto al total de veces que la tarea es nombrada.
16. La muestra constituida por 1.571 viviendas de zonas urbanas ubicadas en las 34 comunas del Gran Santiago.
17. La segunda muestra incorpora una submuestra (261 viviendas) a partir de los registros del Programa Cuidadores de Personas Postradas, entregado por MINSAL.
18. Cabe señalar que no se indagó respecto al impacto que esa dedicación podría tener en la salud - física y mental - de las cuidadoras mismas.
19. Declaración enviada desde Nicaragua, celebración del Día Internacional de la Mujer de 2004. Conferencia del DIM; Washington DC, 8 de marzo de 2004.
20. La pregunta para poder captar este tipo de modificaciones tomó como periodo de referencia los doce meses anteriores a la aplicación de la encuesta.
21. Ante la pregunta *¿Cuánto cree que valen (monetariamente) las actividades de cuidado de salud no remuneradas mencionadas por usted anteriormente?*, se pidió a los encuestadores que transcribieran textualmente lo expresado por el encuestado/a, lo que podía incluir el criterio de valor utilizado por el mismo, todo lo cual era fundamental para nosotras. Nuestra atención no estuvo puesta, entonces, en los montos mencionados, sino en los argumentos esgrimidos.

Bibliografía

- Aguilar, Mercedes e Isolda Espinoza. S.f. *Uso del tiempo de los y las nicaragüenses*. Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Aguirre, Rosario.(2004). *Trabajo no remunerado y uso del tiempo. Fundamentos conceptuales y avances empíricos. La encuesta Montevideo 2003*. Montevideo: Universidad de la República.
- Álvarez, Florentina; Carlos Angulo y Víctor Casero. (2003). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003*. Proyecto metodológico. España: Instituto Nacional de Estadística, Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales. Área de Indicadores e Informes Sociales.
- Araya, María José (2003). *Un acercamiento a las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género*. Santiago de Chile: Serie Mujer y Desarrollo, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL.
- Bravo, Rosa (2004). *Mujeres chilenas. Tendencias en la última década. Censos 1992 – 2002*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
- Carrasco, Cristina (2001). *Hacia una nueva metodología para el estudio del tiempo y del trabajo*. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género, 18 y 19 octubre, Santiago de Chile: OPS/OMS – FONASA.
- Carrasco, Cristina; Maribel Mayordomo; Marius Domínguez y Anna Alabart (2004). *Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*. Madrid: CES. Colección Estudios.
- Carrasco, Cristina y Marius Domínguez (2001). *El trabajo de las mujeres en la ciudad de Barcelona: Hacia una nueva lectura de las estadísticas*. Barcelona: s.e.
- Chadiha, L.A.; P. Adams; D.E. Biegel; W. Auslander; L. Gutiérrez (2004). "Empowering African american women informal caregivers: a literature synthesis and practice strategies". *Social Work*, vol. 49, núm. 1, pp. 97-108.
- CEPAL (2004). Informe de la Reunión de Expertos: encuestas sobre uso del tiempo, 11 y 12 de diciembre de 2003, Santiago de Chile: CEPAL.
- CIS (1996). *Ayuda informal a personas mayores*. Estudio 2117. Datos y Opinión. España: CIS.
- Delicado U., María Victoria; Miguel Ángel García F.; Belén López M. y Pilar Martínez S. (2004). *Cuidadores informales: una perspectiva de género*. http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/umero%2013/cuidador_informales.htm 09/12/04
- Díaz, Ximena y Julia Medel (2002). "Familia y trabajo: distribución desigual del tiempo y relaciones de género". En: *Trabajo y familia: ¿conciliación? perspectivas de género*. Santiago de Chile: SERNAM-FLACSO; CEM, eds.
- Díaz, Ximena; Julia Medel y Norah Schlaen (1996). *Mujer, trabajo y familia: el trabajo a domicilio en Chile*. Documento de Trabajo. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- Díaz, Ximena y Norah Schlaen (1994). *La salud ignorada: trabajadoras de la confección*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- (1992). *Mujer, Trabajo y Salud: trabajadoras de la confección*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid (2003). *La aportación de las mujeres a la sociedad y a la economía de la comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
- Durán, María Ángeles (2004). *Las demandas sanitarias de las familias*. Suplemento SESPAS. Parte II. Temas actuales de Salud Pública. Gac Sanit 2004; 18 (supl 1): 195-200. España
- (2003). *El trabajo no remunerado y las familias*. Consulta Técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar. OPS-Unidad de Género y Salud-Unidad de Políticas y Sistemas. Washington DC, 4-5 diciembre.
- (2002). "Los costes de la salud para las familias." En: *Género, equidad y reforma. 3. Apuntes desde el Género para una Economía de la Salud*. Serie Género y Reforma de la Salud. Santiago de Chile: OPS/OMS, pp. 7-27.
- (1988). *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Duxbury, Linda y Chris Higgins (2002). *Enquête Nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle*. 2001. Rapport 1. Canadá: Santé Canada (The 2001 National Work-Life Conflict Study: Report One. Health Canada).
- Gálvez, Thelma y María Isabel Matamala (2002). "La economía de la salud y el género en la reforma de salud." En: *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil, N°1*. Santiago de Chile: OPS-MINSAL.
- Gómez Luna, María Eugenia (2003). *El trabajo no remunerado en el sistema de cuentas nacionales. Una aplicación de la encuesta de uso del tiempo. El caso de México*. Reunión de Expertos en Encuestas sobre Uso del Tiempo, 11-12 diciembre 2003. Santiago de Chile.
- Gómez Gómez, Elsa (2002). *Equity, gender, and health: challenges for action*. Rev. Panam Salud Pública (on line)/may/junio 2002, vol 11, núm. 5. p. 454-461.
- INEC. s.f. *Estudio Uso del tiempo de los y las nicaragüenses*. Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Gobierno de la República de Nicaragua.
- INE. (2008). *Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en el Gran Santiago*. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2008/mayo/pdf/presentacion300508.pdf
- INE (2003). *Censo 2002. Resultados. Volumen I – Población*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INE (1992) *Censo de Población y vivienda. Chile 1992*. Resultados generales. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Ironmonger, Duncan (1996). "Counting outputs, capital inputs and caring labor. Estimating Gross Household Product", *Feminist Economics*, Vol. 2, núm. 3, Fall, pp. 37-64. Gran Bretaña.

- Mauro, Amalia y Sonia Yáñez (2005). *Trayectorias laborales y previsión social en Chile en un contexto de flexibilidad. Resultados de una investigación longitudinal*. Cuadernos de Investigación N° 1. Santiago de Chile: Ediciones CEM.
- Medel, Julia; Ximena Díaz; Tatiana Cárdenas; Ana Tosi (1998). *El trabajo gratuito de las mujeres: Condiciones de trabajo y salud de las amas de casa*. Documento de Trabajo. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- Medel, Julia y Verónica Riquelme. (1994). *La salud ignorada. Temporeras de la fruticultura*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- Medel, Julia, Verónica Riquelme y Soledad Oliveros (1989). *Las temporeras y su visión del trabajo*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, CEM.
- Ministerio de Salud (2002). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Nicaragua (2004). El trabajo no remunerado de las mujeres en Salud. Nicaragua: El impacto económico del trabajo no remunerado en salud. newweb.www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/RenziPres.pdf
- Nieto Cea, Victoria (1999). *Habla la Gente; Trabajo y Familia, una relación compleja*. Documento N° 68. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer. Departamento de Planificación y Estudios, Departamento de Comunicaciones.
- Nigenda, Gustavo, Cecilia Matarazzo, Mariana López-Ortega (2005). *Los cuidados a la salud en el hogar: tendencias e inequidades. Análisis desde una perspectiva de género*. México DF: Fundación Mexicana para la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Suiza, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Manual de Cuentas Satélites de Salud. Propuesta*. Serie HP 1. Unidad de Políticas de Salud (HP, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD) y Oficina de la Dirección de Gerencia de Programa (PGM).
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Perfil de salud de mujeres y hombres en Chile 2003*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, Chile. Serie Género y Reforma de la Salud N° 5.
- Oficina Nacional de Estadísticas (2003). *Encuesta sobre el uso del tiempo*. Cuba: Oficina Nacional de Estadística de Cuba.
- Progénero. Programa de Estudios de Género y Sociedad (2004). Mesa de trabajo. Perspectiva de género en la encuesta UACH 2003. 15 abril, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Provoste, Patricia (2002). *Género, equidad y reforma de la salud en Chile Participación en la Salud Pública: una aproximación de Género*. Serie Género y Reforma de la Salud N° 2. Santiago de Chile: OPS/OMS Chile.
- Provoste, Patricia y Fanny Berlagosky (2002). *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Modelo de atención y género. Las condiciones socioculturales de la reforma de la Salud en Chile*. Serie Género y Reforma de la Salud N° 4. Santiago de Chile: OPS/OMS Chile.
- Reca, Inés; Madelin Álvarez y M. Emilia Tijoux (2002). Costos no visibles del cuidado de enfermos en el hogar. Una metodología para su estudio. Estudio de Caso. Santiago de Chile: s.e.
- Roses Periago, Mirta (2005). "Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas". *Revista Panamericana de salud pública*, Vol. 17, N° 5/6, mayo-junio. Pp. (295-296).
- (2004). Declaración enviada desde Nicaragua, celebración del Día Internacional de la Mujer de 2004. Conferencia del DIM; Washington, DC
- Sandoval, Irma (2005). *Encuestas Nacionales*. IDESPO, Universidad Nacional de Costa Rica. En: Reunión Regional. Las Encuestas de Uso del Tiempo: Su Diseño y Aplicación. Santiago de Chile, 21-23 de noviembre. Presentación en power point.
- Schlaen, Norah; Díaz, Ximena y Medel, Julia (1998). El trabajo gratuito de las mujeres. Condiciones de trabajo y salud de las amas de casa. Documento de trabajo no publicado (Proyecto Fondecyt 1960091). CEM, Santiago, Chile.
- Sharim, Dariela y Uca Silva (1998). *Familia y reparto de responsabilidades*. Documento 58. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer.
- SERNAM (1998). *Familia y reparto de responsabilidades*. Documento N° 58. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer.
- Universidad de la República (2003). *Encuesta sobre Usos del Tiempo y Trabajo no remunerado*. Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Urdaneta-Ferrán, Lourdes (2002). "Aspectos conceptuales de una cuenta satélite de hogares con consideraciones de género". En: *Género, equidad y reforma*. 3. *Apuntes desde el Género para una economía de la Salud*. Serie Género y Reforma de la Salud 3. Santiago de Chile: OPS/OMS Chile.
- El Mercurio. La opción de estar con la familia hasta el final. A11. Miércoles 8 de junio, 2005. Santiago de Chile.
- El Mercurio. Mamás aprenden a dar terapia física a sus hijos, A10. Jueves 16 de junio 2005.