



Centro de Estudios de la Mujer

CUIDADORAS DE LA VIDA
Visibilización de los costos de la
producción de salud en el hogar.
Impacto sobre el trabajo total de las
mujeres*

Ximena Díaz B.
Amalia Mauro
Julia Medel R.

Julio 2006

* Este documento de Trabajo se basa en los resultados del Proyecto para el Fondo Nacional de Investigación en Salud, FONIS, SA04i2047. Investigadora responsable: Julia Medel R.; Co-Investigadora Ximena Díaz B; Ayudante de investigación: Tatiana Puebla; Procesamiento estadístico: César Rivera.

INDICE

	Página
Introducción	3
1. Características generales de las/los cuidadoras/es	14
2. Visibilización de las actividades de cuidado de salud no remuneradas	26
3. Tiempo dedicado a las actividades de cuidado de salud no remuneradas y valorización de las mismas	34
4. Carga global de trabajo de las mujeres y Modificaciones laborales y personales en la vida de las y los cuidadoras/es	45
5. Resumen y Conclusiones	55
Bibliografía	59
Anexo metodológico	63
Anexo estadístico	69
Cuestionario	71

Introducción

1. Delimitación del problema

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. El sistema institucional, en cambio, opera puertas afuera y está constituido por dos subsistemas: el público (SNSS) y el privado (ISAPRES), sostienen Thelma Gálvez y María Isabel Matamala (2002).

El trabajo que implica la promoción y preservación de la salud en los hogares está constituido por el trabajo mediante el cual las mujeres (y hombres) aseguran la alimentación, el aseo del hogar, la higiene personal, la vestimenta y el confort del grupo familiar, señalan Gálvez y Matamala (2002). Asimismo, promueven y reproducen la cultura en salud a través de hábitos, comportamientos y actividades pedagógicas diversas. Construyen bienestar emocional y afectivo, asumen el papel de mediadoras de demandas hacia el sistema institucional de salud, 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. Además, como lo destacan estas autoras, las mujeres 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, etc.

Existe consenso entre las y los investigadores de estos temas respecto a que buena parte del trabajo de cuidado de salud no remunerado lo realizan las mujeres. Tanto en el sistema institucional como en el doméstico es mayoritaria la participación de las mujeres como productoras de salud, sostienen Gálvez y Matamala (2002). Dicho en otras palabras, el cuidado de la salud es una de las tareas que componen el trabajo reproductivo, no remunerado - biológico y sociocultural – que realizan en forma predominante las mujeres. A este respecto, Patricia Provoste y Fanny Berlagosky (2002:9) señalan también que, en Chile, "el modelo de atención en salud no se puede explicar adecuadamente si se considera sólo 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."

La atención primaria, clave del modelo de salud chileno, se instituyó como, y sigue siendo, un sistema "maternalizado", es decir centrado en las madres y dependiente para su éxito de

que esas madres permanezcan en un rol doméstico de dedicación exclusiva, afirma Provoste (2002). Sobre este tema, las autoras citadas, apuntan al papel clave que en el siglo XX tuvieron, y tienen, las mujeres en etapa reproductiva en el desarrollo de la salud en Chile, en el modelo de atención primaria en particular (Provoste y Berlagoscky 2002).

Un estudio exploratorio realizado en Chile sobre el cuidado de enfermos impartido por la familia (Inés Reca, Madelin Alvarez 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.

Existe consenso también en cuanto a que este trabajo es "invisible" y debería medirse y formar parte del sistema y de las políticas sociales en general y de las de salud en particular. El papel de las mujeres en las tareas de cuidado de salud no se reconoce de manera explícita, y no se valora, se da por tan seguro y tan sin costo como la salida del sol, dice Provoste (2002).

El trasfondo económico que entraña este proceso se mantiene invisible y no tiene traducción en términos de intercambio mercantil, apuntan Gálvez y Matamala (2002). La premisa que sustenta algunas medidas de ajuste y de reforma al sistema de salud en Chile es que el gobierno puede reducir gastos recortando los servicios - por ejemplo acortando las estadías hospitalarias, el cuidado institucional de los ancianos y la atención de los enfermos mentales – dado 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 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, enseñándole a las madres a dar terapia física a sus hijos, en pro de un tratamiento más cercano y permanente: “Ana María Plaza, junto a otras 15 mamás, se capacitó 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, 16 de junio del 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, 11 de junio del 2005).

Según cifras presentadas en un estudio de la OPS (2004), en Chile, la magnitud de las poblaciones que requieren de cuidado familiar de salud son considerables, siendo diferentes las poblaciones y sus demandas: menores, ancianos/as,¹ discapacitados/as inhabilitados para autocuidarse², algunos enfermos crónicos, terminales, enfermos/as de episodios agudos inhabilitantes, accidentados/as de gravedad, personas con adicciones en tratamiento y mujeres recién paridas, entre los principales.³

En conclusión, el modelo de salud chileno se sustenta 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 cuidado.⁴ 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 Berlagosky (2002).

La constante incorporación de las mujeres al mercado de trabajo junto con 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, por cuanto son generalmente absorbidas por ellas, cualquiera sea su condición laboral. De allí que las mujeres hayan tenido que asumir ambos trabajos enfrentando individualmente las barreras y conflictos de la simultaneidad del trabajo no remunerado y el trabajo remunerado para el mercado.

En algunas ocasiones, y como fuera advertido en el caso de España por María Ángeles Durán (2002) muchas veces, si bien no se aumenta la carga de trabajo total de las mujeres, el cuidado de un enfermo conlleva la pérdida del empleo, la dependencia económica, dificultades afectivas y de acceso a los bienes culturales, además del desgaste físico y psicológico (véase también Helena Hofbauer 2002).

¹ 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 en 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).

² 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 (Rosa Bravo 2004). Y en la Región Metropolitana eran 116.853 personas que representan el 1,9% del total de sus habitantes (INE, Censo de Población 2002).

³ 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.

⁴ 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 el 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 etáreo de 40-44 años alcanza el 49%. En la Región Metropolitana, las tasas de participación en la actividad económica de las mujeres superan a los valores encontrados para el total país en los dos años de referencia, 34,5% y 42%, respectivamente (INE, Censos de Población 1992 y 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, que implican para las personas que los asumen. Tampoco se consideran para propuestas de beneficios y apoyo a las/los 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), por su parte, destaca que el hecho que no se reconozca 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 de "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, sostiene esta autora.

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 éstos. 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, dice Lourdes Urdaneta-Ferrán (2002).

Las estadísticas económicas del trabajo y la producción se usan ampliamente para enmarcar la política pública y en las decisiones de negocios. De allí que sea muy importante saber qué actividades entendemos, definimos y medimos como "trabajo" y "ocio", no sólo porque esto da forma al discurso diario sino también porque los informes sobre las "variables" medidas afecta nuestras vidas a través de las decisiones gubernamentales y de negocios, sostiene Duncan Ironmonger (1996). Las investigadoras feministas hace tiempo que demandan el reconocimiento de la naturaleza restringida de la mirada de la economía proporcionada por las estadísticas del Sistema de Cuentas Nacionales.

Es bien sabido que, con algunas excepciones, los Sistemas de Cuentas Nacionales sólo cubren las transacciones mercantiles e ignoran la contribución del trabajo no pagado de las mujeres (y hombres).

En Chile, al igual que en otros países de la Región, el Sistema de Cuentas Nacionales no incluye el trabajo reproductivo no remunerado dentro de los límites de la producción, sólo se incluyen "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, porque 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 fuera de la Cuentas Nacionales el sistema doméstico de producción de salud.

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. A este 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 de, 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 sólo 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, Marius Domínguez y Anna Alabart 2004; Maria Ángeles Durán 2003; OPS, 2005, Urdaneta-Ferrán 2002; María José Araya 2003). En el caso del sector salud, se incluyen actividades de salud de los hogares que pueden ser hechas por otra persona, es decir utilizando el criterio de la tercera persona. (Véase OPS, 2005)

En la 21ª reunión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, de la Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud, realizada en marzo de 2005, se destacó la promoción y apoyo de métodos y estudios empíricos para cuantificar la contribución de las mujeres a la salud y el desarrollo en el marco de los sistemas de cuentas nacionales, incluyéndose en ello la elaboración de métodos encaminados a medir la importancia del trabajo no remunerado compatibles con los métodos del sistema de cuentas nacionales y las cuentas sanitarias nacionales. De esta

forma se busca reflejar mejor la contribución de las mujeres a la salud y el desarrollo económico.⁵

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 los 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% entre las mujeres y de 5,7% a 7,0% entre los hombres - (INE, Censos de Población 1992 y 2002) 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 realizado 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 Cuarto de los Objetivos Sanitarios propuestos por el Ministerio de Salud chileno para el período 2000-2010, 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 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, no sean tenidas en cuenta y que la distribución entre mujeres y hombres 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 fundamental determinar los costos que provoca el trabajo no remunerado, de forma tal que sea posible medirlos y hacerlos equivalentes a los costos provocados por el trabajo remunerado. María José Araya (2003:13), en referencia a las encuestas de uso del tiempo señala que "Para lograr la tan ansiada equidad de género, es fundamental tener un conocimiento detallado del tiempo que cada sujeto hombre o mujer destina a realizar tal o cual actividad, destacando la importancia de evidenciar la doble y hasta triple jornada laboral que recae a veces sobre las mujeres".

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

⁵ Véase en el Documento MSD21/4 (esp.) 3 de febrero 2005, pág.14, la propuesta de medidas para promover, tanto en la Oficina –OPS/OMS – como en los estados miembros, indicadores económicos y financieros que tengan en cuenta la equidad.

Ironmonger (1996), comenzar por las estadísticas. Tenemos que poner los números en forma correcta, sostiene este autor, para quien 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, lo que 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 salud en los hogares.

Estas encuestas 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. La revisión empírica del estado actual de las EUT en América Latina realizada en las reuniones de expertos antes mencionadas puso en evidencia que son muy pocos los países en que se han realizado - Cuba, México, República Dominicana, Nicaragua, Uruguay-. Cabe señalar 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.

En Chile, si bien existen varios 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, ninguno ha recabado información detallada sobre el trabajo de cuidado de la salud realizado en el hogar (Véase por ejemplo, Daniela Sharim y Uca Silva 1998; Encuesta del Programa de Estudios de Género y Sociedad de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Progénero 2003). 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 ejemplo,⁶ 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 chocan con el trabajo doméstico y el cuidado de niños, constituyéndose 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.

Frente a este panorama restringido de estudios e información en Chile sobre el uso del tiempo y las diferencias entre mujeres y hombres en lo que a trabajo no remunerado y carga

⁶ Véase 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.

global de trabajo se refiere, el objetivo central de esta investigación de carácter exploratorio fue recopilar información que permitiera visibilizar y cuantificar - en tiempo invertido - la producción de cuidados de salud no remunerados realizada en el hogar en el país. Asimismo se buscaba conocer cómo se distribuye este trabajo entre hombres y mujeres, y cuál es el impacto que los cuidados de salud tienen sobre la carga de trabajo total de las mujeres. Todo ello con el fin de mejorar la información existente en el país sobre el aporte hecho por el sistema doméstico al cuidado de salud, ayudar a la elaboración de propuestas de acciones y programas tendientes a hacer visible, valorar y retribuir el trabajo de cuidado de salud no remunerado y a la generación de información que sirva de apoyo para la preparación de cuentas nacionales de salud ampliadas (o encuestas satélites funcionales).

Metodología

Para recopilar la información necesaria para el logro de los objetivos propuestos se diseñó y aplicó un cuestionario sobre tiempo invertido, diaria y semanalmente, en actividades de cuidados de salud no remuneradas en el hogar, a una muestra de 252 hogares.

La encuesta se aplicó en diferentes comunas del Gran Santiago con el fin de incluir hogares de distintos niveles socioeconómicos,⁷ por cuanto se consideró que las actividades no remuneradas de cuidado de salud, así como el trabajo doméstico y el trabajo remunerado, no sólo están atravesados por la dimensión de género, sino también por otras de carácter socioeconómico.

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.

Los 252 hogares encuestados se obtuvieron de un total de 2631 hogares empadronados. Esto significa que en uno de cada diez hogares empadronados se habían realizado actividades de cuidado de salud no remuneradas en la semana anterior a la aplicación de la encuesta.

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

⁷ Ver en Anexo Metodológico construcción de los niveles socioeconómicos.

discapacidad o fuera anciana no autovalente o no pudiera valerse por sí misma durante la semana inmediatamente anterior a la encuesta.⁸

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 remuneradas. El cuestionario individual debía ser aplicado a todas la/s persona/s identificada/s como “cuidadora/s”.

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, finalmente, como resultado de las reuniones del equipo de investigadores con el equipo encargado del trabajo de campo se decidió no poner límite de edad, pues podía ocurrir que las tareas de cuidado cayeran en los menores, sobre todo en los sectores socioeconómicos de menores ingresos.

La lista de actividades de cuidado de salud a ser consideradas se confeccionó sobre la base de la revisión de varios estudios⁹. Estas actividades seleccionadas se dividieron en 4 grandes Grupos:

1. Cuidados profesionales específicos
2. Cuidados de apoyo
3. Acompañamiento
4. Otras actividades¹⁰

Las actividades de salud incluidas podían ser realizadas en beneficio de una persona enferma o accidentada, de personas que no pudieran realizarlas por sí mismas, tales como niños, ancianos dependientes, personas incapacitadas/inhabilitadas para autocuidarse, personas con adicciones en tratamiento y mujeres en período de post natal. Cabe señalar que en el caso de los menores no se incluyeron las actividades de cuidado diario “normales” tales como darles de comer, vestirlos, etc. Sólo se consideraron aquellas directamente relacionadas con la salud como por ejemplo, llevarlos al médico, a vacunarlos y atenderlos cuando se enferman.

Además de visibilizar y medir el tiempo dedicado a las actividades de cuidado de salud no remuneradas y la carga global de trabajo, interesaba también conocer las implicaciones que puede tener su realización en la vida de las personas. De allí que se incluyeran dos preguntas

⁸ Habitualmente, muchas de las encuestas sobre uso del tiempo realizadas, y que fueron consultadas para este estudio, toman como referencia para la recopilación de información la semana anterior a la aplicación de la misma.

⁹ OPS/OMS 2004; Durán (2004); Reca, Alvarez y Tijoux (2002.); Provoste y Berlagosky 2002; Carrasco (2001) y The United Nations Statistic Division. Allocation of time and time use. Empero, las actividades incluidas se adecuaron al contexto de aplicación de la encuesta.

¹⁰ Ver en Anexo Metodológico la lista de actividades incluidas en cada uno de los 4 grupos.

que dan pistas sobre el costo social que podría estar involucrado. Una de ellas indaga sobre las modificaciones o adaptaciones laborales y sociales que las/los cuidadoras/es tuvieron que hacer para poder hacerse cargo del cuidado de salud no remunerado y sobre los efectos ocasionados en sus vidas. Dado que las modificaciones relevantes no pueden captarse utilizando como período de referencia la semana anterior a la aplicación del cuestionario que se empleó para la medición del tiempo de dedicación, se optó por considerar como período de referencia los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta.

La segunda pregunta se refiere a cómo las/os encuestadas/os/ valorizan en términos monetarios la realización de estas actividades de cuidado, registrándose lo que espontáneamente dijeran, incluyendo los argumentos expresados.

El documento se estructura en 5 secciones. En la primera sección se presenta un perfil de las/los cuidadoras/es de salud no remunerados. En la segunda sección se aborda el problema de la invisibilización de las actividades de cuidado de salud no remuneradas. En la tercera sección se estima el tiempo destinado a estas actividades y complementariamente se presentan los resultados de la valorización de las/los cuidadoras/es a las mismas. En la cuarta sección se exploran los temas de la carga global de trabajo de las cuidadoras de salud no remuneradas, así como los efectos en la vida laboral y personal que la dedicación a actividades de cuidado de salud no remuneradas han provocado en las/os cuidadoras/es. En el quinto y último apartado de resumen y conclusiones se recapitulan los principales hallazgos del estudio y se presentan algunas propuestas para avanzar en el campo de la investigación y en el ámbito de las políticas públicas.

1. Perfil de las y los cuidadores/as de salud no remunerados/as

Antes de entrar a la presentación del perfil de las y los cuidadores/as de salud no remunerados/as, queremos señalar tres consideraciones previas. La primera hace referencia a la distribución social de los hogares encuestados; la segunda al tamaño de estos hogares y la tercera a la proporción de cuidadores por hogar.

La proporción de hogares encuestados respecto al total de hogares empadronados varía según el estrato socioeconómico de pertenencia.¹¹ En efecto, en el sector socioeconómico alto, la proporción de hogares empadronados donde se habían realizado actividades de cuidado de salud no remuneradas alcanzó al 8,9 por ciento, porcentaje que asciende al 16,6 por ciento en los hogares de más bajos ingresos (Anexo estadístico, Cuadro1).

Casi un tercio de los hogares encuestados estaban constituidos por 4 personas, alrededor de un 20 por ciento contaban con 5 miembros y 18,3 por ciento contaban con 3 integrantes. Solo uno de cada cien hogares estaba conformado por diez o más miembros y apenas el 0,4 por ciento eran hogares unipersonales.

En los hogares encuestados encontramos un promedio de 1,09 cuidadores/as por hogar. Este promedio es prácticamente el mismo en los tres estratos socioeconómicos considerados – alto, medio, bajo (Anexo estadístico, Cuadro 2).

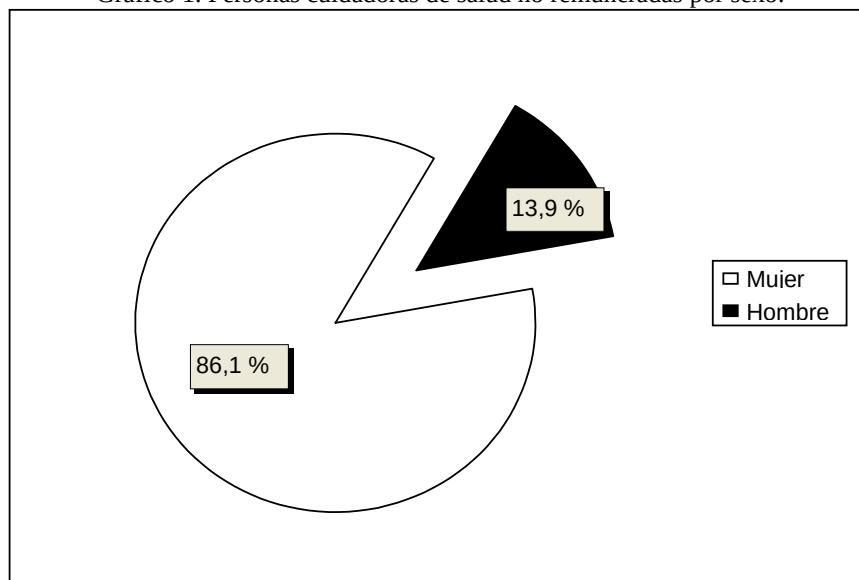
Vale señalar aquí que aunque el objetivo central de la encuesta era captar los cuidados de salud no remunerados realizados en el hogar, se incluyeron también los cuidados de salud que suelen hacerse para otras personas, en particular parientes, que viven en otros hogares, por cuanto actualmente es una situación que aparece con asiduidad 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 (Anexo estadístico, cuadro 3).

A. Las y los cuidadoras/es

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

¹¹ No existen estudios anteriores que nos permitan comparar y sostener que la proporción de hogares que realizan cuidados de salud no remunerados es baja o alta.

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.

Esta dedicación mayoritaria de las mujeres a los cuidados de salud no remunerados en el hogar encontrada en nuestra investigación confirma los planteamientos y hallazgos hechos por otras/os investigadoras/es en Chile, algunos de los cuales ya fueron señalados en la introducción. Esta situación ha sido observada también en otros países, así por ejemplo, Durán (2004) señala que en España la encuesta de demandas de salud de 1990 registró que el 72 por ciento de las/los encuestadas/os que habían cuidado enfermos no remuneradamente durante la semana anterior a la aplicación de la encuesta eran mujeres.

B. Cuidadoras/es principales y de apoyo

Las cuidadoras/es identificados se clasificaron ante todo en dos grandes categorías: *cuidador/a principal* y *cuidador/a de apoyo*. En el caso que en un hogar hubiera encontraran más de un cuidador, 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. Tal como se observa en el cuadro 1, el 92 por ciento son cuidadores/as principales y el restante 8 por ciento actuó como cuidador/a de apoyo.

Al analizar estas cifras por sexo, observamos que casi la totalidad de las mujeres son cuidadoras principales, en cambio, al menos un 15 por ciento de los hombres actúan como apoyo.

Cuadro 1. Tipo de cuidador/a de salud no remunerado por sexo.

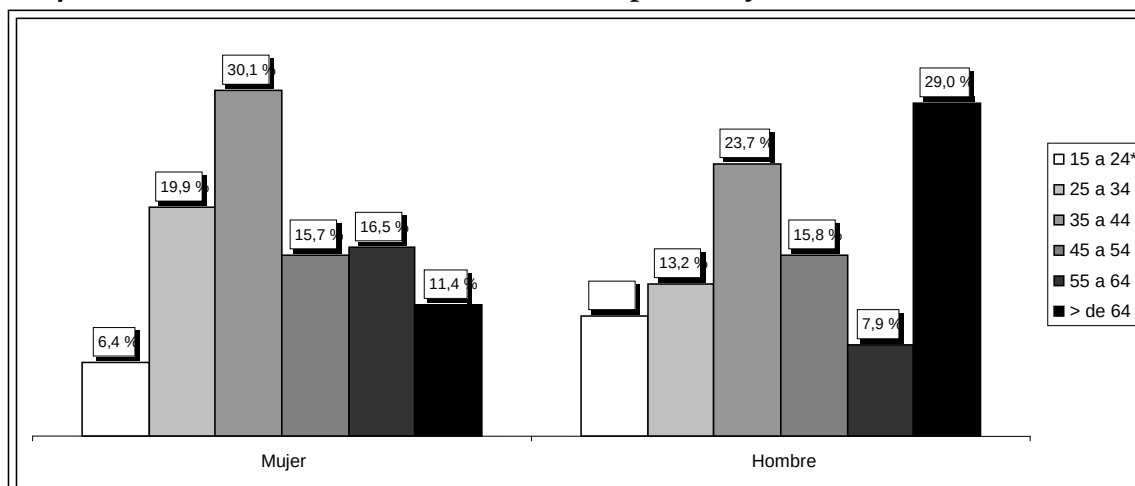
Tipo de cuidador/a	Sexo					
	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Principal	220	93,2	32	84,2	252	92,0
Apoyo	16	6,8	6	15,8	22	8,0
Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

C. Cuidadoras/es por edad

Las mujeres que realizan cuidados de salud no remunerados se distribuyen en todos los tramos de edad, desde los 15 hasta superar los 65 años, aunque la mitad se halla en plena edad económicamente activa (25-44 años). Esto nos revela que las mujeres se encargan de estas tareas durante toda su vida. En contraste, casi un tercio de los hombres cuidadores realizan estas actividades cuando son mayores de 65 años, es decir en edades en que muchos ya no son económicamente activos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Cuidadores de salud no remunerados por sexo y edad.



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

* La categoría "15 a 24" incluye a los menores de 14 años y los "no contesta".

D. Posición en el hogar

La amplia mayoría de las mujeres cuidadoras son aquellas que se definieron como responsables del hogar (86,4%),¹² en tanto las hijas constituyen un porcentaje mucho más reducido de cuidadoras (11%). En cambio, entre los varones el 40 por ciento de los cuidadores son responsables del hogar, un tercio son la pareja de la responsable del hogar y otro tercio está constituido por los hijos (véase Anexo estadístico, cuadro 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 la responsabilidad de relacionarse con el sistema institucional de cuidado de salud por el 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”.

E. Tipo de trabajo – trabajo remunerado y trabajo no remunerado

La mitad de las cuidadoras declara dedicarse principalmente al trabajo doméstico, tal como lo muestran las cifras del cuadro 2, porcentaje que se incrementa al 70 por ciento entre las cuidadoras de 55 a 64 años¹³. No obstante, una proporción importante de cuidadoras están ocupadas, es decir tienen también un trabajo remunerado. Esta combinación de trabajo no remunerado y trabajo remunerado aparece con particular fuerza en el grupo etario de 45 a 54 años, edad en la que la proporción de cuidadoras ocupadas alcanza un 48,7 por ciento. En los tramos siguientes, por el contrario, la jornada de trabajo va transformándose progresivamente en una jornada de sólo trabajo no remunerado. Proceso que se advierte en todos los niveles socioeconómicos (Anexo estadístico, cuadro 5).

En el caso de los varones, poco más de la mitad de los cuidadores está ocupado y el 23,7 por ciento son jubilados. En el tramo de edad de 45 a 54 años, el total de los cuidadores desempeña un trabajo remunerado, y en el grupo de mayores de 65 años, siete de cada diez están jubilados (Anexo estadístico, cuadro 6).

¹² Recordemos que en nuestro estudio se definió como responsable del hogar 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*.

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 Rosa Bravo 2004).

Cuadro 2. Cuidadores de salud no remunerados por tipo de trabajo y sexo.

Tipo de trabajo	Sexo					
	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sólo trabajo no remunerado	161	68,2	14	36,8	175	63,9
Trabajo remunerado y trabajo no remunerado	75	31,8	24	63,2	99	36,1
Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

Provoste y Berlagosky (2002) consideran que en las familias extensas existe la posibilidad de que las mujeres adultas mayores asuman las tareas de cuidado de salud, mientras que las más jóvenes trabajan remuneradamente. Sin embargo, también subrayan que las familias extensas tienden a disminuir¹⁴, esto podría explicar que entre las mujeres de 45 a 54 años encuestadas para nuestro estudio se registre la mayor proporción de las que realizan ambos tipos de trabajo.

F. Sector socioeconómico

Un aspecto importante a subrayar se refiere a las similitudes encontradas entre los distintos sectores socioeconómicos en cuanto a la condición de actividad de las cuidadoras. De hecho, las tareas domésticas constituyen una actividad que está presente en todos los estratos socioeconómicos, y es la actividad principal para la mayoría de las cuidadoras cualquiera sea su sector de pertenencia - alto, medio o bajo (entre el 72% y 64% de las cuidadoras se dedica sólo a trabajo no remunerado). La participación de las cuidadoras en el mercado de trabajo atraviesa también los estratos socioeconómicos, aunque es más elevada en el estrato medio (34,7%) que en el bajo (27,3%) y que en el sector alto (28,3%), (Anexo estadístico, cuadro 7).

Ahora bien, cabe destacar que pocas cuidadoras del sector socioeconómico alto participan en el mercado laboral,¹⁵ lo que se explicaría por el hecho que las mujeres de estos estratos que trabajan muy probablemente no se hacen cargo directamente de las actividades de cuidado de salud, las que se delegarían en personal remunerado (asesora del hogar, acompañante, enfermera, etc.). Es decir, sólo hacen tareas de cuidado de salud no remuneradas aquellas que son “amas de casa” o han abandonado el mercado de trabajo.

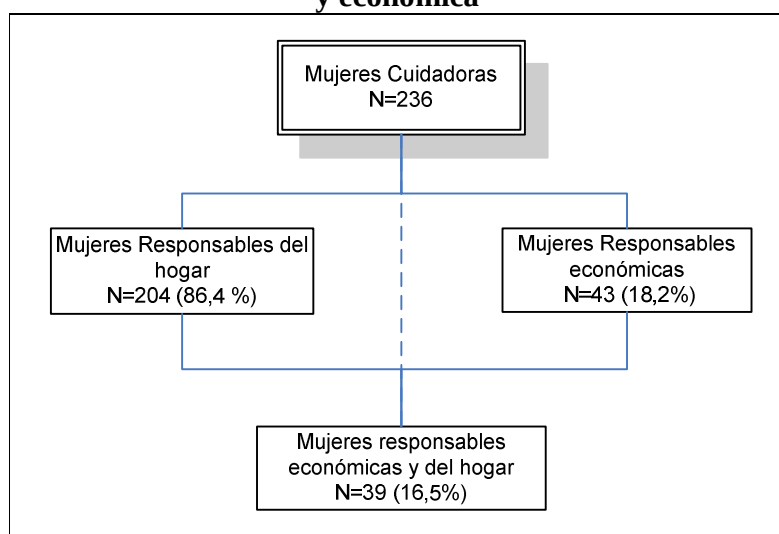
¹⁴ En 1992, 27% de las familias eran extensas (biparentales, monoparentales) o compuestas, en el 2002 este porcentaje se reduce al 25% (Bravo, 2004:16).

¹⁵ Los datos nacionales sobre la participación laboral de las mujeres según quintiles de ingresos muestran que una proporción más elevada de mujeres de sectores socioeconómicos altos están incorporadas al mercado de trabajo. Según datos de la CASEN 2000, la tasa de participación de las mujeres del quintil I, el de menos ingresos, es de 25,7%, en tanto en el quintil V, de mayores ingresos, supera el 50% (Véase Teresa Selamé S. 2004).

G. Responsabilidad del hogar y responsabilidad económica

Otra característica de algunas cuidadoras que vale destacar es el hecho de que además de ser responsables del hogar, son responsables económica del mismo. Es decir, son ellas quienes hacen el mayor aporte económico al hogar. En el esquema 1 se puede ver con mayor claridad la simultaneidad de responsabilidades que asumen las cuidadoras.

Esquema 1. Cuidadoras y responsabilidad del hogar y económica



El caso de los hombres cuidadores que declaran ser responsables del hogar (39,5%) merece una consideración particular (Véase Anexo estadístico, cuadros 8 y 9). En efecto, una revisión exhaustiva de los cuestionarios que respondieron puso en evidencia que al menos la mitad de ellos no deberían ser considerados responsables del hogar en los términos definidos en este estudio¹⁶. La autodeclaración como responsable del hogar se atribuiría a una comprensión equivocada del término, habiendo sido asimilada a la definición de jefe de hogar usada en la mayoría de las encuestas.¹⁷

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 doméstico y de cuidado no remunerado está inserta en el mercado de trabajo - trabajo remunerado. Asimismo, más de un quince por ciento de ellas no sólo tiene en sus

¹⁶ Los casos dudosos encontrados pertenecen mayoritariamente a sectores socioeconómicos bajos (C3 y D), se trata de hombres que tienen cónyuge e hijas, y realizan pocas o ninguna tarea del hogar.

¹⁷ Esta situación nos remite al problema siempre presente de la formulación de las preguntas y de la capacitación de los/as encuestadores/as para plantearlas correctamente.

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.

A pesar de las diferencias señaladas entre cuidadores hombres y mujeres, no se encontraron diferencias al considerar dimensiones tales como niveles de estudio, categoría ocupacional y oficio.

2. Visibilización de las actividades de cuidado de salud no remuneradas

A partir del supuesto de que la mayor parte de los niños, ancianos y discapacitados viven del apoyo de redes familiares, es fundamental visibilizar todas las actividades que se realizan en este entorno familiar, el que está a cargo principalmente de las mujeres. La invisibilización de estas actividades se traduce en una falta de reconocimiento y valorización del aporte que ellas significan para la economía y el desarrollo del país, así como también en la falta de beneficios económicos y sociales para quienes las realizan – por ejemplo, protección para la vejez.

En este contexto, por lo tanto, es necesario develar el trabajo no remunerado, fundamental para la vida pero que ha permanecido invisible, sobre todo porque, al decir de Carrasco (2001), el enfoque que prevalece es de doble salida: el de 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 el del bienestar emocional, salvaguardado por el trabajo silencioso y no visibilizado de las mujeres en el hogar.

De esta manera, tal como apuntáramos en la introducción, el análisis económico tradicional sobre el trabajo sólo da cuenta de su dimensión mercantil, negándose otras maneras de expresión efectiva y mensurable del trabajo, como es el 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 estructura de género en tanto separa o divide el mundo productivo y el reproductivo está organizada por un modelo que define un grupo dominante que impone sus valores y concepción del mundo estableciendo así relaciones de poder donde el grupo dominado queda invisibilizado o, como señalan Carrasco y Domínguez (2001:6), “...silenciado en el sentido de que su visión del mundo no puede expresarse ni materializarse al menos en los mismos términos y con la misma fuerza que el modelo dominante.”

Uno de los objetivos centrales de este estudio fue precisamente visibilizar la producción de cuidados de salud no remunerados realizada en los hogares en Chile. Para ello, se pidió a las cuidadoras y los 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*. Además de las tareas señaladas espontáneamente por las personas, se les leyó una lista de actividades y se les pidió indicar cuáles de ellas había realizado en la semana anterior. De aquí surgieron muchas actividades realizadas que no se habían nombrado espontáneamente, éstas se clasificaron como *Invisibles*¹⁸.

¹⁸ Véase lista de actividades en Anexo metodológico.

La identificación espontánea de ciertas tareas de cuidado de salud no remuneradas sugiere que la persona las reconoce como actividades que implican dedicación particular de tiempo. Por el contrario, su reconocimiento como tales sólo cuando se las menciona apunta a que la persona no las tiene internalizadas como actividades específicas, sino que muy posiblemente las engloba junto con otras tareas que realiza.

Antes de analizar y diferenciar las actividades de cuidado de salud según su grado de visibilidad, vale señalar que de la lista de tareas identificadas, las que más se repitieron fueron: Administración de medicinas, Organizar y Acomodar el entorno de la persona cuidada, Alimentar a la persona que se está cuidando, Controlar las manifestaciones de la enfermedad y Comprar remedios.

Por otra parte, se encontró muy poca diferencia en las frecuencias de realización de las tareas según fueran mujeres u hombres quienes las habían ejecutado. Sólo se observó una leve disparidad en la tarea “Controlar las manifestaciones de la enfermedad” y “Cocinar comidas especiales”. Asimismo, los varones se dedicaron más que las mujeres a las actividades de traslados específicos y acomodar el entorno de la persona a quien se está dando cuidados de salud (Véase Anexo estadístico, Cuadro 10).

A. Visibilización de las actividades de cuidado de salud

En nuestro estudio encontramos que en sólo uno de cada diez hogares encuestados 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 tareas 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 (Cuadro 3).

Cuadro 3. Proporción de cuidadores de salud no remunerados según visibilidad de las actividades de cuidado de salud realizadas por sexo.

Visibilidad de las actividades	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		N	
	N	%	N	%		
Sólo visibles	27	11,4	3	7,9	30	11,0
Visibles e invisibles	209	88,6	35	92,1	244	89,0
Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

Las/os cuidadoras/es de los hogares del estrato socioeconómico medio son quienes más visibilizan las actividades de cuidado de salud, esto se expresa en el 11 por ciento de las y los cuidadores de este grupo que realizaron sólo tareas 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 los/as cuidadores de sectores medios de los pertenecientes a hogares del estrato bajo es menor, dado que el 6 por ciento de estos últimos declararon sólo actividades de cuidado de salud visibles (Anexo estadístico, Cuadro 11).

Como se puede observar en el mismo cuadro 3, no existen diferencias notorias entre mujeres y hombres con respecto a la visibilidad o invisibilidad de las tareas de cuidado en su conjunto. La proporción de mujeres y hombres que realizan sólo actividades de cuidado de salud visibles 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 nuestro estudio, la visibilidad o invisibilización de las tareas de cuidado de salud se vincularía más con el tipo de tarea considerada. De hecho en el cuadro 4 podemos observar que las tareas de cuidado de salud que más se invisibilizan son: Entretener a la persona cuidada, Traslado de la persona cuidada, Organizar la rutina y Acomodar el entorno de la persona cuidada.¹⁹ 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 cual la “especificación” como tarea de cuidados de salud desaparece en la percepción de los sujetos en tanto actividad particular.

¹⁹ La mayor o menor invisibilización de una tarea depende del número de veces que aparece como invisible respecto al total de veces que la tarea es nombrada.

Cuadro 4. 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.

Como lo muestran los datos del cuadro 5, la diferencia más significativa entre mujeres y hombres en cuanto al tipo de tareas que unas y otros no visibilizan, se observa en “cocinar comidas especiales”, ya que las mujeres no la declaran espontáneamente en muchas menos oportunidades que los varones. Asimismo, los hombres tienen casi totalmente invisibilizadas las actividades de organizar el entorno y la rutina de las personas a quienes cuidan, mientras que alrededor de un 15 por ciento de las cuidadoras sí las visibilizan.

Cuadro 5. Grado de invisibilidad de las principales actividades de cuidado de salud, según sexo.

Actividades	% de invisibilidad	
	Sexo	
	Mujeres	Hombres
Alimentación	54,1	50,0
Administración de medicinas	33,9	26,7
Organizar elementos de la persona cuidada	73,9	70,6
Organizar/Acomodar entorno de la persona cuidada	83,8	94,1
Organizar rutina de la persona cuidada	85,4	100,0
Cocinar comidas especiales	63,2	92,9
Entretener a la persona cuidada	93,6	86,4

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

En el caso específico de las cuidadoras, las tareas de cuidado de salud que con mayor frecuencia no reconocen como tales son “*Entretener a la persona cuidada*”, seguida por “*Organizar la rutina*” y “*Organizar el entorno de la persona cuidada*”. Actividades éstas que entre un 80 y un 95 por ciento de las veces no fueron nombradas espontáneamente. La invisibilidad de la tarea de entretener a la persona cuidada llama la atención ya que podría diferenciarse por cuanto saca a las cuidadoras de la rutina de los quehaceres del hogar. Asimismo, en un primer reconocimiento del tema, se creía que eran otras las actividades las 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 mencionada podría explicarse en parte por el hecho que 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. En segundo término, 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 también varía entre las cuidadoras según si ellas sólo se dedican al trabajo doméstico o si parte de su tiempo diario lo destinan a trabajo remunerado (cuidadoras ocupadas). En términos generales, y considerando sólo las actividades de cuidado de salud más mencionadas, el grado de invisibilización 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 de otra manera lleve a las trabajadoras a identificar más los tiempos dedicados a estas actividades. Sobre este último punto volveremos más adelante al tratar la carga global de trabajo de las cuidadoras de salud.

De hecho, cuando las cuidadoras sólo realizan trabajo no remunerado, la tarea que más invisibilizan es “*entretener a la persona cuidada*” (91,5%), a la par que tienen clara noción de que administrar medicinas constituye una tarea de cuidado de salud. Las otras dos actividades de cuidado de salud más invisibilizadas por este grupo de cuidadoras fueron “*organizar el entorno y la rutina de la persona cuidada*” (85%), actividades que fácilmente se diluyen en el trabajo doméstico cotidiano. Entre las cuidadoras ocupadas, el grado de invisibilidad de las actividades antes mencionadas es mucho menor que el observado entre las cuidadoras dedicadas sólo al trabajo doméstico, véase el cuadro 6.

Cuadro 6. Grado de invisibilidad de las tareas de cuidado de salud no remunerado según tipo de trabajo de las cuidadoras

Actividades	% de invisibilidad	
	Sólo 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.

Por otra parte, el grado de visibilidad de las actividades de cuidado de salud no remuneradas difiere también entre estratos socioeconómicos. En términos generales, la invisibilidad de las principales tareas de cuidado de salud es prácticamente la misma en los sectores alto y medio, por el contrario, disminuye en el estrato bajo. Llama la atención que en este último estrato socioeconómico la mayoría de las actividades de cuidado registren porcentajes mucho menores de invisibilización que en los niveles alto y medio, ya que se podría pensar que las cuidadoras del estrato bajo tendrían 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, podríamos pensar también que los cuidados de salud agregan una carga más pesada al trabajo doméstico y complica más la rutina doméstica, lo que favorecería su reconocimiento o visibilidad. Dentro de este conjunto de actividades de cuidado de salud, la tarea que con más frecuencia aparece invisible entre las mujeres de los sectores alto y medio es “*entretener a la persona cuidada*”; en cambio, la tarea que menos reconocen las mujeres del estrato económico bajo, esto es la que más invisibilizan, es “*organizar la rutina de la persona cuidada*”. (Anexo estadístico, cuadro 12)

En lo que se refiere a los varones, cabe señalar en primer lugar que el grado de invisibilización de las principales tareas de cuidado de salud no remuneradas es claramente inferior en el estrato socioeconómico alto que en los otros dos estratos, en los cuales se observa una similitud: el 54 por ciento de las tareas de cuidado de salud no remuneradas son invisibles en el sector alto frente al 30 por ciento en los estratos medio y bajo. En segundo lugar, se observó que hay tareas de cuidado de salud no remuneradas que los hombres de sectores socioeconómicos altos encuestados no realizaron, tales como alimentar, administrar medicamentos a la persona que recibe cuidado, organizar su rutina o cocinarle comidas especiales, actividades que con toda seguridad pueden delegar en otras personas (incluyendo personal remunerado). En tercer lugar, el grado de invisibilización de otras tareas que ellos realizan tales como entretener a la persona cuidada alcanza en este grupo de nivel alto su mayor expresión (100% invisibles). Por el contrario en el grupo de

estrato bajo, organizar elementos de la persona cuidada es una actividad cien por ciento visibilizada, en cambio, entretenerla aparece con un alto grado de invisibilidad (Anexo estadístico, Cuadro 13).

En conclusión, en términos generales, los datos registrados en la encuesta nos permite reconocer la existencia de un elevado porcentaje de actividades de cuidado de salud no remunerado que no son visibles y que se confunden con las actividades que constituyen el trabajo doméstico, lo cual no deja de ser importante. Empero, para una profundización del tema sería conveniente tanto la aplicación de una encuesta de uso del tiempo que registre con más detalle el tiempo destinado a las mismas (uso del diario) como estudios cualitativos que permitan vislumbrar otros factores que favorecen la invisibilidad de estas actividades.

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

En un contexto de aumento de las necesidades de cuidado de salud para los ancianos dependientes y de traspaso de cuidados de salud a los hogares – cuidado de enfermos crónicos o terminales, personas con algún grado de discapacidad –, la medición del tiempo dedicado al cuidado de salud no solo permite hacer evidente las diferencias de género en el uso, organización y distribución del tiempo, sino también contribuye a hacer visible el tiempo destinado por las familias al trabajo reproductivo, tales como los cuidados de salud y el trabajo doméstico, imprescindible para la reproducción social. Habitualmente estas actividades de cuidado no remuneradas no son tenidas en cuenta como trabajo, ni como inversión de tiempo ni como aporte a la economía nacional en su conjunto.

Al igual que lo que sucede con el trabajo doméstico, el de cuidado de salud no puede comprimirse, hay que hacerlo, es decir, exige una dedicación de tiempo que no se puede evitar.

Los resultados de este estudio muestran que el promedio total de horas semanales dedicadas a la producción de cuidados de salud no remunerada en los hogares es de 20 horas y media, distribuidas en un promedio de 9.3 tareas.²⁰

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/los cuidadores/as dedican alrededor de 3 horas y media diarias, tiempo que prácticamente triplica la duración del tiempo de cuidado durante los días de fin de semana.²¹ 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 con más frecuencia los días laborales (Cuadro 7).

Cabe destacar que, en términos generales, el promedio de horas diarias destinadas a tareas de cuidado de salud no remuneradas depende también del tipo de actividades que se haya realizado. En efecto, mientras algunas actividades tales como administrar 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 cada vez que se hacen, como sería por ejemplo, llevar a controles médicos regulares o llevar a tratamientos específicos 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

²⁰ Véase en Anexo metodológico detalle del proceso para calcular el tiempo invertido en las actividades de cuidado de salud no remuneradas.

²¹ En un estudio exploratorio sobre cuidados de enfermos impartidos por la familia, efectuado por Reca, Alvarez y Tijoux (2004) para OPS/OMS, las investigadoras encontraron que durante 24 horas, considerando el día y la noche, todas las cuidadoras emplean en promedio 557 minutos por enfermo, es decir 9 horas y 17 minutos (las enfermedades consideradas fueron SIDA, alzheimer, politraumatismos, accidentes vasculares, depresión adolescente, hipoxia parto, y amputación por diabetes).

media (véase Anexo estadístico, cuadro 14). El tiempo empleado en estas tareas suele incrementarse en el caso del sector socioeconómico bajo.

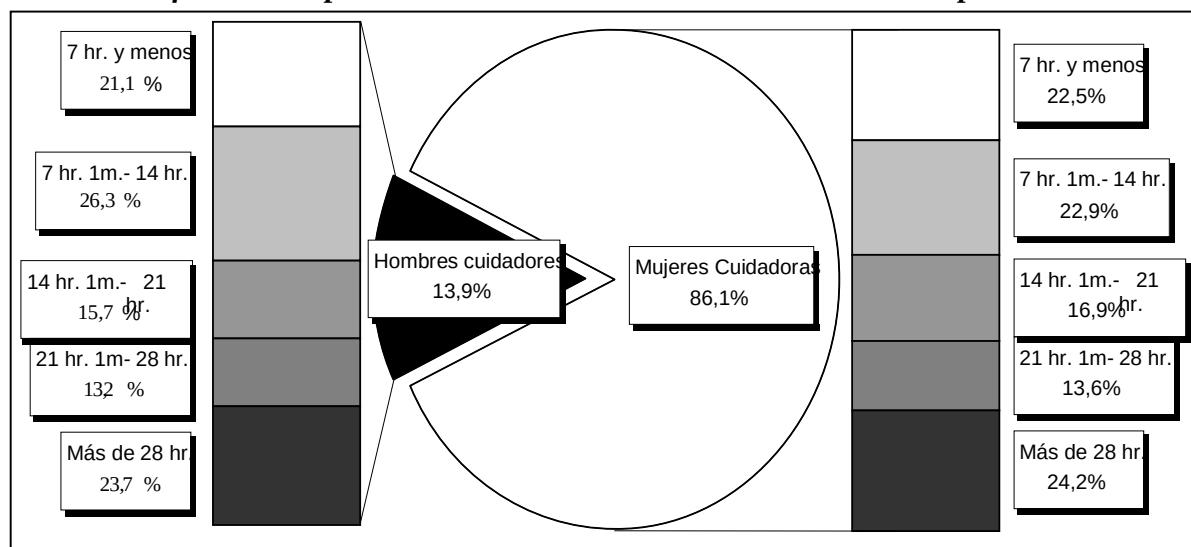
Cuadro 7. Promedio de horas semanales invertidas en cuidados de salud no remunerados por sexo.

Tiempo de cuidado	Sexo						Total		
	Mujer			Hombre					
	Hr.	Min.	Cant. Tareas	Hr.	Min.	Cant. Tareas	Hr.	Min.	Cant. Tareas
Total semana laboral	17	8	6,4	16	35	6,1	17	3	6,3
Total fin de semana	3	19	3,0	4	00	3,0	3	23	3,0
Total	20	26	9,4	20	26	9,1	20	26	9,3

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

Los datos del mismo cuadro 7 muestran también que no existe diferencia entre el tiempo invertido por las mujeres y los hombres. En efecto, tanto en la semana laboral como en el fin de semana, hombres y mujeres tienden a utilizar prácticamente el mismo tiempo en la misma cantidad de tareas, tal como puede apreciarse en el gráfico 3.

Gráfico 3. Tiempos de cuidado de salud no remunerado semanal por sexo.



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

Respecto a este punto, el estudio del SERNAM (1999) destaca que el índice de participación de los hombres²² ocupados en el cuidado de enfermos es claramente menor al exhibido por las mujeres en igual situación (0,5 y 1,5, respectivamente). En tanto que para las dueñas de casa - sólo trabajo no remunerado - el índice de participación en esta actividad aumenta al 2,2.

Una investigación sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo, realizada en Montevideo, Uruguay, por Rosario Aguirre (2004), muestra que tanto hombres como mujeres dedican tiempos similares al cuidado de niños, compras y gestiones del hogar, así como un leve aumento por parte de los hombres en el cuidado de ancianos. En el caso de Nicaragua, los datos de la encuesta de Uso del tiempo realizada en 1998 (INEC, s.f.), destaca también que mujeres y hombres destinan un tiempo parecido al cuidado de enfermos (2.6 y 2.2 horas diarias, respectivamente). 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 (Sandoval, 2005).

Según Gustavo Nigenda, Cecilia Matarazzo y Mariana López –Ortega (2005), del total de personas que en la Encuesta de Uso del Tiempo mexicana del 2002 declararon haber realizado actividades relacionadas con los cuidados a la salud en el hogar, el 70 por ciento fueron mujeres, quienes invirtieron entre 4 y 11 horas semanales; los hombres, por su parte, invirtieron entre 4 y 16 horas semanales.

Existe consenso entre los estudiosos y estudiosas del tema que el sesgo de género en la realización del trabajo doméstico que incluye el de cuidado de enfermos, se expresa en la proporción de mujeres y hombres que lo realiza. Esto ha sido confirmado por varios estudios, entre ellos el realizado por Karin Winqvist y Jean Monnet Building para Europa (2004:45) que señala que las mujeres realizan entre el 60 y el 66 por ciento de este trabajo.

En nuestro estudio, las estadísticas confirman que en el caso del cuidado de salud no remunerado el 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.

Por otra parte, los promedios de tiempo invertido en cuidados de salud no son muy diferentes entre estratos socioeconómicos, una a dos horas semanales. De hecho el sector alto dedica en promedio, alrededor de 19 horas semanales, el sector medio unas 20 horas y el sector bajo aproximadamente 21 horas (Anexo estadístico, cuadro 15).

Si bien hay una similitud en los promedios, 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 remunerados es del 30 por ciento, esta proporción se incrementa al 44 por ciento en el caso de las cuidadoras del sector bajo (Anexo estadístico, cuadro 16).

²² Se refiere a la población masculina y femenina mayor de 14 años.

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 y los cuidadoras/es. En efecto, como lo ponen en evidencia las cifras del cuadro 8, las personas jubiladas y quienes declaran los quehaceres del hogar como actividad principal invierten en estas tareas aproximadamente 5 horas más que las ocupadas o desocupadas y 10 horas más que los estudiantes. Cabe advertir que si bien las personas que estudian y trabajan aparecen destinando más tiempo que todas las demás, proporcionalmente sólo equivalen al 1,8% del total de cuidadores.

Cuadro 8. Promedio de tiempo semanal de cuidado por condición de actividad y días laborales o fin de semana.

Condición de actividad	Días laborales		Fin de semana		Total semanal	
	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.
Estudia y no trabaja	10	53	2	33	13	25
Estudia y trabaja (1)	21	51	5	56	27	47
Ocupado/a	14	4	2	49	16	53
Desocupado/a	15	6	2	16	17	22
Jubilado/a	17	31	2	50	20	21
Quehaceres del hogar	19	44	3	59	23	43

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

En el caso de las mujeres encontramos diferencias parecidas si comparamos las cuidadoras que sólo realizan trabajo no remunerado – doméstico y de cuidado – con aquellas que tienen también un trabajo remunerado. Las primeras invierten en promedio unas 22 horas semanales, mientras que las segundas un poco más de 16 horas por semana; siendo más notoria la diferencia los días laborales (4 horas de diferencia los días laborales versus 1 hora el fin de semana) Además, mientras un tercio de las primeras le destina más de 28 horas semanales a las actividades de cuidado de salud no remuneradas, por el contrario más de la mitad de las segundas invierten menos de 14 horas semanales en estas tareas, lo cual es lógico pues el tiempo diario no es infinitamente elástico (Cuadro 9 y Anexo estadístico, cuadro 17). Por ello, tal como veremos más adelante, en muchas circunstancias y poniendo un límite a la carga total de trabajo diario, las y los cuidadores se ven obligados a hacer arreglos en su vida laboral y personal para poder cumplir con el trabajo de cuidado de salud no remunerado.

Cuadro 9. Promedio de tiempo semanal de cuidado de salud no remunerado según tipo de trabajo y sexo de los/as cuidadores/as.

Sexo	Tiempo de cuidado/tipo de trabajo					
	Sólo Trabajo no remunerado			Trabajo remunerado + trabajo no remunerado		
	Hrs.	min.	Cant.	Hrs.	Min.	Cant.
Mujeres	22	15	6	16	32	5
Hombres	20	47	3	20	13	4
Total	22	8	10	17	26	9

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

Con respecto al tema del tiempo invertido en los cuidados de salud por parte de las familias, Provoste y Berlagosky (2002:14-15) señalan que de la revisión de las propuestas de reforma a la salud planteada en Chile, puede desprenderse, entre otras, que la comunidad tendría que ejercer nuevas modalidades de vinculación con las instituciones; acostumbrarse a convivir con las enfermedades crónicas, aplicando tecnologías de cuidado cotidiano; aprender cuidados postoperatorios y asumir el cuidado de una proporción creciente de enfermos postrados. “De allí se deriva un alto grado de responsabilidad sobre la salud, que la reforma adjudica a las familias, sin tener en cuenta que éstas no tienen en sus manos todos los recursos para asumirlas” (...) “La propuesta de modelo de atención de la reforma tiene en común con el modelo aún vigente, continúan diciendo estas autoras, que ambos asignan a la población un papel colaborador con el sistema sanitario. La diferencia radica en que en el modelo propuesto puede incrementar las tareas domésticas de cuidado de la salud derivadas de la articulación con los centros de atención, particularmente en el nivel primario y en los hospitales”, tal como se observa en el recuadro elaborado por estas autoras.²³

Cuidados domésticos de la salud necesarios para la relación con el sistema institucional: requerimientos de tiempo		
Necesidades de articulación con el sistema institucional	Modelo actual Tareas de la/el responsable doméstica/o	Modelo reformado* Comparación de tiempo requerido de las tareas de cuidado doméstico
Cuidado de niñas y niños	Acompañamiento de niñas/os a control sano	Se mantiene el tiempo por niño/a. Se reduce tiempo total. (reducción debida a la baja de la fecundidad)
Cuidado de enfermedad en casa	Acompañamiento de enfermos al médico/consultorios, exámenes u otros	Se mantiene
	Realización de trámites (Ficha CAS, licencias médicas, seguridad social	Se mantiene
	Retiro de remedio o compras de éstos	Se mantiene
	Aplicación de indicaciones médicas	Se mantiene
	Aseo y alimentación del enfermo	Se mantiene
	Apoyo a vecinos que no cuentan con ayuda económica (acompañamiento,	Se mantiene

²³ “El cuadro contiene las tareas principales de “intersección” entre sistema doméstico y el sistema institucional, destinadas al cuidado de la familia y también de la comunidad. Por lo tanto, no incluye la mayor parte de las tareas habituales del cuidado doméstico de la salud. (Provoste y Berlagosky 2002:14)

	trámites, etc.)	Se mantiene
Salud de la cuidadora (o cuidador)	Control de embarazo Planificación de la reproducción Autocuidado en caso de enfermedad	Se mantiene Aumenta Se mantiene
Hospitalización	Visitas y cuidados a enfermo hospitalizado (preparación de comidas, lavado de ropa) Recuperación post-hospitalaria: cuidados de alimentación, aseo e indicaciones médicas	Baja el tiempo de hospitalización en promedio, aumentando los cuidados entregados al interior del hospital por la/el visitante. El <i>alta precoz</i> en casos médicamente posibles implica incremento del tiempo de cuidado en la etapa de recuperación en el hogar.
Cuidado de enfermos crónicos: diabéticos, hipertensos, cardiovasculares, mentales, etc.	Preparación de alimentos especiales Acompañamiento a controles y terapias Trámites y compras Cuidados paliativos y especiales (dependiendo de la enfermedad y su avance) Dedicación a tiempo completo en episodios críticos de la enfermedad	Aumenta tiempo total Aumenta Aumenta Aumenta Aumenta (aumentos debidos al incremento de enfermedades crónicas)
Cuidado de personas en estado de postración	Mismo cuidados entregados a enfermos crónicos pero con mayor dedicación de tiempo	Aumento tiempo total (Aumento debido al incremento de personas no autovalentes por edad avanzada, SIDA y otras causas)

Nota * Los cambios tienen determinaciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, culturales, económicas y políticas.

Fuente: Patricia Provoste y Fanny Berlagosky (2002:15) *Género, equidad y reforma de la Salud en Chile. 4 Modelo de atención y género: las condiciones socioculturales de la reforma de salud en Chile*. Santiago de Chile: OPS/OMS, Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. Serie Género y Reforma de la Salud.

B. Valorización del trabajo de cuidado de salud no remunerado

En el apartado anterior se estimó el tiempo destinado por las personas cuidadoras de salud no remuneradas a dichos cuidados como uno de los recursos metodológicos para evaluar el aporte económico hechos por ellas a la producción y reproducción social.

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, aún cuando en el plano legal se reconozca el derecho a la salud como un bien fundamental, cada sujeto económico, sea individuo, familia, empresa, como, unidad local, institución o sistema político-administrativo nacional, incluye el cuidado de la salud en sus cálculos de riesgo, costes y beneficios”.

Empero, uno de los problemas que se presentan cuando se trata de valorizar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerados- 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 pueden 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.

Sobre este tema, Carrasco (2001) manifiesta 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 intercambiabilidad. 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 únicamente en la lógica de relaciones mercantiles más bien 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 costo tanto emocional como económico destinado al mismo.

En este sentido, en este estudio no se trató de estimar el valor monetario aproximado de las actividades de cuidado de salud realizadas por los/as encuestados/as, sino de rescatar la percepción de los sujetos respecto a este tema. Por ello cuando se les preguntó a los encuestados *¿Cuánto cree que valen (monetariamente) las actividades de cuidado de salud no remuneradas mencionadas por usted anteriormente?*, se pidió a los/as encuestadores/as que transcribieran textualmente lo expresado por el encuestado, lo que podía incluir el criterio de valor utilizado por el mismo, todo lo cual era fundamental para nosotros. Nuestra atención no estuvo puesta, entonces, en los montos mencionados, sino en los argumentos esgrimidos.

Las respuestas obtenidas se subdividieron en dos grandes subgrupos, el primero, y que comprende a la mayor parte de los encuestados (77,3%), considera que el trabajo de cuidado de salud no remunerado tiene un valor monetario. Se refiere a aquellas personas que atribuyen valor monetario a dichas tareas, como puede verse en el cuadro 10. El resto de encuestados no señaló un criterio económico para valorizar este trabajo. La proporción de mujeres que no le atribuyen valor económico a estas actividades superan en 6 puntos porcentuales a los varones.

Cuadro 10. Criterios de valorización del trabajo de Cuidado de salud no remunerado por sexo.

Criterios de valorización	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Económico	177	76,0	31	81,6	208	77,3
No económico	56	24,0	7	18,4	61	22,7
Total	233	100,0	38	100,0	269	100,0

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

Cuando nos referimos al criterio económico no podemos dejar de mencionar algunos de los principales argumentos expresados que justifican la valoración monetaria tales como el gran esfuerzo y el tiempo invertido. Llama la atención que sean precisamente los hombres quienes proporcionalmente más recurren a estos argumentos. En efecto, del total de cuidadores que le adjudicaron un valor monetario al trabajo de cuidado, el 16,5 por ciento lo justificaron por el esfuerzo y tiempo demandados, frente al 6,2 por ciento de las mujeres que utilizaron estos mismos argumentos. Podríamos pensar que los hombres, a quienes se les atribuye socialmente la provisión material de sus familias, y por ende participan más en el mercado de trabajo, tienen más internalizada una visión económica en cuanto a ingresos monetarios percibidos por el esfuerzo y tiempo dedicado al trabajo remunerado.

Por el contrario, entre las y los cuidadoras/es que no otorgaron valor monetario a estas actividades, los argumentos giraron en torno al hecho de hacerlo porque “*es un familiar*”, porque “*es su obligación*” o porque “*es su responsabilidad como padre*”. Existe, empero, una diferencia entre mujeres y hombres. Un elevado porcentaje de estas mujeres (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 esposo*”. Por el contrario, poco menos de la mitad de los hombres contestan simplemente que no cobraría (42,9%). (Véase Anexo estadístico, Cuadro 18)

Con respecto a este tema, Nigenda, Matarazzo y López-Ortega (2005:12), en su estudio sobre los cuidadores de salud no remunerados en México, señalan, citando a Chadiha et al. (2004), 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. 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 resumen, y en relación a la valoración de las actividades de cuidado de salud, podemos decir que surgen argumentaciones subjetivas relacionadas con vínculos emocionales que se establecen, o son expresión de valores socioculturales tales como la responsabilidad, el sentido de 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.

4. Carga global de trabajo y modificaciones laborales y personales

Otro de los objetivos propuestos en nuestra investigación, además de hacer visible y medir - en tiempo semanal invertido - las actividades de cuidado de salud no remuneradas que las personas realizan para algún miembro del hogar o para personas no residentes en él, fue estimar, también en tiempo semanal invertido, la carga global de trabajo de las cuidadoras e identificar las adaptaciones o cambios laborales y sociales (personales) que tuvieron que realizar para poder hacerse cargo del cuidado de salud no remunerado, o los efectos que la dedicación a estos cuidados tuvo en sus vidas.

A. La carga global de trabajo

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 destinado a trabajo remunerado, en los casos que correspondiera.

El problema metodológico que suele presentarse en este tipo de medición consiste en que ciertas tareas pueden realizarse simultáneamente, en particular las tareas domésticas y de cuidado no remuneradas; aunque también se puede dar la 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 las diversas actividades y 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 resolverlo 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 estudio intentamos usar esta última metodología, sin embargo, las estimaciones realizadas por los/las encuestados/as 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, en nuestro estudio, la carga global de trabajo de las cuidadoras fue en promedio de 70 horas semanales frente a 63 horas de los varones cuidadores (cuadro 11). Por otra parte, los datos del cuadro 12 muestran no sólo que la carga total de trabajo de las mujeres es más elevada que la de los hombres sino también que las cuidadoras invierten más tiempo de esta carga en el trabajo doméstico, y que los cuidadores lo hacen más en el trabajo remunerado.

**Cuadro 11. Carga global de trabajo por sexo.
(Promedio de tiempo semanal)**

Sexo	Carga global de trabajo		N
	Hrs.	Min.	
Mujer	70	43	236
Hombre	63	44	38
Total	69	45	274

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

Es importante subrayar también que la carga total de trabajo no es igual para todas las cuidadoras. En efecto, tal como se observa en el mismo cuadro 12, en el caso de las cuidadoras que realizan trabajo remunerado y trabajo no remunerado, esta carga alcanza en promedio las 87 horas semanales, esto es casi 13 horas diarias. Por el contrario, para las cuidadoras que sólo se dedican a los quehaceres domésticos y de cuidado de salud no remunerados, la carga total de trabajo promedio llega a las 63 horas semanales, alrededor de 9 horas diarias.

Cuadro 12. Promedio de tiempo semanal invertido por los cuidadores de salud no remunerados en las distintas actividades y carga global de trabajo por tipo de trabajo y sexo.

Tipo de trabajo/sexo		Tiempo semanal invertido/actividades								N
		Trabajo remunerado		Cuidados de salud		Quehaceres domésticos		Carga Global		
		Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	
Solo Trabajo no remunerado	Mujer	0	0	22	15	41	2	63	17	161
	Hombre	0	0	20	47	21	59	42	46	14
	Total	0	0	22	8	39	31	61	38	175
Trabajo remunerado y trabajo no remunerado	Mujer	36	19	16	32	34	22	87	13	75
	Hombre	42	38	20	13	13	7	75	58	24
	Total	37	50	17	26	29	13	84	29	99

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

La duración del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado de salud por nuestras cuidadoras que son sólo “amas de casa” – no tienen un trabajo remunerado – se aproxima al tiempo promedio invertido en trabajo doméstico y de cuidado estimado en un estudio

realizado por Schlaen, Díaz y Medel sobre amas de casa en Chile en 1998, que fue de 11 horas diarias.

Por otra parte, aunque no sean estrictamente comparables - por las diferencias de universos y la inclusión en el trabajo doméstico sólo de cuidados de enfermos -, los datos registrados en el estudio realizado por SERNAM (1999) sobre trabajo y familia²⁴ nos permiten contar con una referencia respecto al posible tiempo utilizado en actividades superpuestas que en nuestro estudio aparecen sumadas como actividades continuas e independientes. En efecto, si comparamos nuestra estimación de tiempo semanal dedicado por las mujeres a los distintos tipos de trabajo o carga global, con el estimado en el estudio del SERNAM según el cual las mujeres mayores de 14 años dueñas de casa dedican en promedio 46 horas semanales al trabajo doméstico y las ocupadas destinan 68,88 horas por semana al trabajo remunerado y al no remunerado, encontramos, en el primer caso, una diferencia de 17 horas semanales de trabajo doméstico entre las amas de casa de nuestro estudio y las del estudio del SERNAM (63 y 46 horas respectivamente). Esto nos da como resultado alrededor de 3 horas y media diarias más de carga global de trabajo en nuestro estudio, lo que en alguna medida podría estar expresando una superposición de actividades. Encontramos diferencias parecidas, unas 18 horas semanales, entre nuestras cuidadoras que tienen un trabajo remunerado y las trabajadoras del estudio de SERNAM (87 y 69 horas respectivamente).

Cabe señalar también que dado que el objetivo central de este estudio es visibilizar y medir el tiempo destinado a las actividades de cuidado de salud no remuneradas, sólo se encuestaron hogares donde se habían realizado este último tipo de actividades, en consecuencia muy probablemente la carga global de trabajo semanal - o sea el total de tiempo invertido - puede resultar más alta en comparación con el promedio que se obtiene en el estudio de SERNAM, como ya señalamos, y la que aparece en las encuestas de uso del tiempo donde este tipo de actividades se incluyen dentro del trabajo doméstico total.

Con respecto a la diferencia observada en nuestro estudio en cuanto al mayor número de horas promedio dedicadas al trabajo doméstico por las mujeres y al trabajo remunerado por los varones, el estudio de SERNAM antes mencionado señala que si bien hombres y mujeres con responsabilidades familiares²⁵ dedican en promedio la misma cantidad de horas al día al trabajo - doméstico y remunerado - los varones destinan un promedio de 8,59 horas diaria al trabajo remunerado y 0,79 al trabajo doméstico, mientras que sus pares mujeres por el contrario invierten en promedio diario 3,27 horas al trabajo remunerado y 5,21 al trabajo doméstico. Por su parte, Vivian Milosavljevic y Odette Tacla (2005) muestran que en países latinoamericanos, como por ejemplo Bolivia, Guatemala y Nicaragua, si bien las diferencias de horas diarias invertidas por mujeres y hombres cuando se suman trabajo doméstico y trabajo remunerado no son muy notorias, las mujeres dedican más horas que los varones al trabajo doméstico. En efecto, las primeras invierten alrededor de 6 horas diarias en trabajo doméstico mientras que la dedicación de los varones gira en torno a las 3 horas, respectivamente.

²⁴ Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta a 1.063 hogares de la Región Metropolitana, a personas de ambos sexos.

²⁵ Segmento de la población con responsabilidades constituido por las personas de 18 a 60 años con experiencia en pareja.

En el estudio de Duxbury y Higgins (2002) sobre el conflicto entre 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. Se destaca también que, en comparación con los hombres, las mujeres incluidas en la muestra dedican más tiempo por semana a realizar trabajos domésticos que los varones, aunque la diferencia no es demasiado notoria -12,2 horas las mujeres y 10,1 horas los varones. Además, se muestra que los trabajadores 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 versus 10 horas) y tienen 3 horas menos de tiempo libre por semana.

Otra diferencia a subrayar es la referida a la carga global de trabajo de las cuidadoras según el nivel socioeconómico al que pertenecen. En efecto, como se observa en el cuadro 13, la carga global de trabajo promedio de las cuidadoras principales del sector socioeconómico alto es de 65 horas y media semanales, en tanto que en el sector medio asciende a casi 71 horas y en el sector bajo alcanza las 75 horas y media. Asimismo, la máxima carga global de trabajo – 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.

Cuadro 13. Promedio de tiempo semanal destinado por las cuidadoras principales a las distintas clases de actividades y carga global de trabajo según tipo de trabajo y nivel socioeconómico.

Socioeconómico.										
Sector Socio-económico	Tipo de trabajo	Tiempo semanal								N
		Trabajo remunerado		Cuidados de Salud		Quehaceres domésticos		Carga Global		
		Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	Hrs.	Min.	
Alto	Sólo Trabajo no remunerado	0	0	19	59	35	25	55	24	33
	Trabajo remunerado y no remunerado	38	23	19	7	33	53	91	23	13
	Total	38	23	19	36	34	39	65	34	46
Medio	Sólo Trabajo no remunerado	0	0	22	30	40	53	63	22	80
	Trabajo remunerado y no remunerado	35	35	16	4	31	25	83	5	44
	Total	35	35	20	13	37	31	70	22	124
Bajo	Sólo Trabajo no remunerado	0	0	23	23	45	9	68	32	48
	Trabajo remunerado y no remunerado	36	34	15	51	41	55	94	19	18
	Total	36	34	21	20	44	16	75	34	66

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

En conclusión, podemos decir que, en cierta medida, destinar parte del tiempo diario a actividades de cuidado de salud aumenta 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 (administrar medicinas, trasladar a la persona cuidada de un lugar a otro dentro del hogar, u organizar la rutina del enfermo), existen otras a las que, como también lo señaláramos antes, hay que destinarles un tiempo específico, relativamente largo, cada vez que hay que hacerlas 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.

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

En este apartado se hace referencia a los cambios que en los planos laboral y personal han debido realizar las personas que ejercen actividades de cuidado de salud no remuneradas, diferenciados por sexo, edad y nivel socioeconómico. Es decir, se trató de conocer algunos efectos que pueden tener para estas personas usar parte de su tiempo diario y semanal para tareas de cuidado de salud. Cabe señalar que no se indagó respecto al impacto que esa dedicación podría tener en la salud – física y mental – de las/los cuidadoras/es mismos, información que sería interesante recabar, ya que permite profundizar en el conocimientos de los efectos en la salud de las mismas cuidadoras.

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 de la Mujer, en el año 2004.²⁶

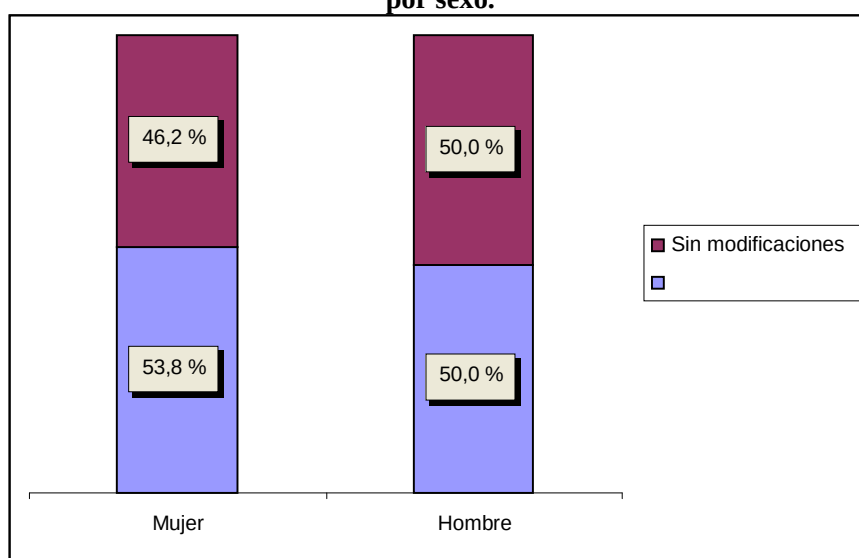
Las modificaciones laborales y personales hechas por las y los cuidadoras/es a las que nos referimos en este estudio tienen que ver con que el destinar parte del tiempo diario a los cuidados de salud no remunerados implica muchas veces dejar actividades que se realizaban anteriormente, lo que puede afectar negativamente la vida laboral y personal. Así por ejemplo, como sostienen Amalia Mauro y Sonia Yáñez (2005:31), “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. Asimismo, muchas de ellas deben interrumpir su vida laboral durante cierto tiempo, fundamentalmente durante la crianza de los hijos en sus primeros años de vida.”

Previo al análisis de los cambios laborales y personales detectados, cabe recordar que la pregunta para poder captar este tipo de modificaciones tomó como período de referencia los doce meses anteriores a la aplicación de la encuesta.

²⁶ Declaración enviada desde Nicaragua, celebración Internacional del día de la Mujer de 2004. Conferencia del DIM; Washington, D.C., 8 de marzo de 2004.

Del total de cuidadores, hombres y mujeres, más de la mitad debió realizar algún tipo de modificaciones en el plano laboral y/o personal, tal como se puede apreciar en el gráfico 4. En el caso específico de las mujeres, el porcentaje que efectuó cambios es mucho más elevado cuando se trata de cuidadoras principales (56,4%) que en el caso de las que actúan como apoyo (23%) (Anexo estadístico, Cuadro 19).

Gráfico 4. Personas que hicieron modificaciones laborales y personales por sexo.



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

Los cambios hechos en la vida por cuidadoras y cuidadores son variados, empero un gran porcentaje de ellos se relacionan con el trabajo remunerado, ya sea que tuvieron que abandonarlo, dedicarle menos tiempo, cambiar horarios o trabajar en su casa. También se refieren a los efectos que tuvieron los cambios realizados en el trabajo remunerado: disminución de los ingresos, afecta la evaluación y posibilidad de promoción o ascenso en el trabajo (Cuadro 14).

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, como lo ponen en evidencia las cifras del mismo cuadro 14. En efecto, 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.

Cuadro 14. Principales modificaciones laborales y personales realizadas por los cuidadores por sexo.

Modificaciones (a)	Sexo					
	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dejar de estudiar	18	6,0	0	0,0	18	5,2
Empezar a trabajar	3	1,0	1	2,3	4	1,2
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
Aumentar las horas de trabajo	3	1,0	0	0,0	3	0,9
Disminución de ingresos	54	17,9	8	18,6	62	18,0
Afectar la evaluación de mi trabajo	9	3,0	1	2,3	10	2,9
Afectar la promoción / Ascenso	12	4,0	1	2,3	13	3,8
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
Traer a vivir a enfermo	6	2,0	0	0,0	6	1,7
Ir a vivir con enfermo	3	1,0	0	0,0	3	0,9
Otros, Dejo de hacer cosas personales	15	5,0	0	0,0	15	4,4
Otros, tuvo problemas familiares	8	2,7	0	0,0	8	2,3
Total modificaciones	302	100,0	43	100,0	345	100,0

Nota (a): Pregunta de respuestas múltiples.

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

A este respecto, 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), antes mencionado, se considera que es posible suponer que la mayoría de las personas que proveen de cuidados a los adultos mayores²⁷ han tenido que cambiar su estilo de vida dado que al convertirse en

²⁷ El cuidado de adultos mayores se define como la provisión de ayuda en las actividades cotidianas a un pariente que sufre de una enfermedad crónica o de una deficiencia o que tiene una salud frágil. La muestra de este estudio está constituida por trabajadores y trabajadoras de empresas privadas y públicas de más de 500 empleados/as. El 60% de los que respondieron la encuesta tiene algún adulto mayor a su cargo, viviendo en el hogar, cerca o lejos del mismo. El 30%

proveedores de cuidado, tienen menos tiempo para consagrar a su familia, cuidar su propia salud y para las vacaciones. En este texto se afirma también que aunque sólo cerca del 10 por ciento de los cuidadores no profesionales han 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 ellos 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 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 los cuidadores fueron la reducción del tiempo de ocio, cansancio, no tener vacaciones, no frecuentar amigos, sentirse deprimido, deterioro de la salud, no poder trabajar fuera, no disponer de tiempo para cuidar de sí mismos, problemas económicos, reducción de la jornada de trabajo y dejar de trabajar. Algunas de estas consecuencias son las mismas que fueron mencionadas por las cuidadoras y cuidadores de nuestro estudio.

Al analizar los cambios ocurridos en la vida de cuidadoras y cuidadores según tramos de edad encontramos que la disminución de ingresos es una modificación que afectó a un amplio grupo etario de mujeres, entre 35 y 64 años, siendo fundamental en el grupo de 55 a 64 años. Podríamos hipotetizar que esta disminución de los ingresos estaría vinculada a la disminución de las horas de trabajo o al abandono del mercado de trabajo. Dejar de trabajar constituye también un cambio señalado por las mujeres de 25 y más años, y alcanza su máxima expresión en el 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 (Véase Anexo estadístico, cuadro 20).

Carrasco y Domínguez (2002:21) aseguran que “En definitiva, el análisis de los tiempos de trabajo y de ocio por edades señala una pauta de comportamiento distinta para hombres y mujeres: las primeras se integran cada vez más al mercado de trabajo, pero continúan asumiendo la parte más importante del trabajo familiar doméstico, en particular en las fases del ciclo vital que suponen la presencia de menores en el hogar”. Por su parte, Mauro y Yáñez (2005) plantean que mujeres de 25 a 44 años, residentes en el Gran Santiago, tienen en menor grado que los hombres de su misma edad trayectorias laborales continuas y, por el contrario, muestran una mayor discontinuidad en sus itinerarios de trabajo.

En resumen, las mujeres no solo asumen el trabajo familiar doméstico sino también el cuidado de salud no remunerado, siendo el costo inmediato de tomar estas actividades tener que abandonar el trabajo o recibir ingresos menores y en algunos casos perder amigos.

Es altamente probable que la explicación de la deserción laboral y la pérdida en el plano personal tenga que ver con el hecho que se considera a la mujer como moralmente obligada a cumplir las tareas de cuidado.

de los que respondieron la encuesta señalan que, en el 2001, dedican más de 1 hora por semana al cuidado del adulto mayor.

Por otra parte, la estructura en que se acomoda el cuidado de 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. Ahora bien, dado que son las mujeres quienes más realizan trabajo remunerado a la par que el 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 sólo por dos personas, él y su cónyuge/conviviente, la que recibe los cuidados de salud (enfermedad crónica o temporal). En caso de tratarse de una enfermedad leve, circunstancial, es posible que la responsabilidad del hogar también caiga temporalmente sobre el varón.

5. Resumen y Conclusiones

Este estudio exploratorio sobre el trabajo de cuidado de salud no remunerado en los hogares realizado en el Gran Santiago permitió en primer lugar esbozar un perfil de las personas cuidadoras; en segundo lugar estimar el grado de visibilidad que tiene la ejecución de actividades de cuidado de salud para las personas que las realizan; en tercer lugar obtener una medición aproximada del tiempo que las cuidadoras y cuidadores destinan al trabajo de cuidado de salud, así como el de la carga global de trabajo de las cuidadoras. Asimismo, indagamos sobre el valor que cuidadoras y cuidadores atribuyen a ese trabajo y los argumentos esgrimidos que justifican dicha valoración. Y por último, relevamos los cambios y efectos que la realización de estos cuidados de salud no remunerados producen en la vida de las cuidadoras y cuidadores.

A. Perfil de las cuidadoras y cuidadores

Nueve de cada diez cuidadores de salud no remunerados son mujeres. Se trata de mujeres de todas las edades, quienes son en su mayoría las responsables del hogar, en el sentido de tener bajo su responsabilidad si no la realización de la mayoría de las tareas doméstica y de cuidado sí la organización y funcionamiento del hogar (86,4%). Por otra parte, más de un quince por ciento de ellas no sólo tiene en sus manos la responsabilidad del hogar sino también la responsabilidad económica, es decir que ellas son quienes más ingresos aportan al hogar.

La mayor parte de estas cuidadoras tiene como única y principal actividad el trabajo no remunerado (doméstico y de cuidado), sobre todo en los tramos de edades más avanzadas. Sin embargo, existe una proporción importante de cuidadoras que a la vez que tienen un trabajo remunerado, es decir están ocupadas, cumplen con las tareas domésticas y de cuidado de salud. Situación que se evidencia con particular fuerza entre los 45 y 54 años (48,7%) y que se traduce en que la carga global de trabajo de estas mujeres alcance las 87 horas semanales.

B. Grado de visibilidad de las actividades de cuidado de salud

En lo que se refiere al grado de visibilidad de las tareas de cuidado de salud no remuneradas, encontramos que la mayor parte de los hombres y las mujeres encargadas del cuidado de salud identifican algunas de las actividades que lo componen (actividades visibles); en cambio, otras no son distinguidas, no tienen identidad propia, sino que se confunden con las actividades que conforman habitualmente el trabajo doméstico no remunerado (actividades invisibles). Esto último se da en particular para actividades que no ocupan intervalos de tiempo muy extensos y que pueden realizarse en forma simultánea con otras labores domésticas, por lo cual la “especificación” como tarea de cuidado de salud desaparece en la percepción de los sujetos en tanto actividad particular.

C. Tiempo destinado al cuidado de salud no remunerado

El tiempo diario y semanal destinado por las cuidadoras y cuidadores a las actividades de cuidado de salud no remuneradas no difiere entre mujeres y hombres. El sesgo de género se manifiesta en la proporción de cuidadores hombres y mujeres. Tampoco hay disparidades en el tiempo de dedicación entre sectores socioeconómicos.

En promedio, se invierten alrededor de 20 horas semanales en estas actividades de cuidado de salud: alrededor de 3 horas y media diarias los días laborales y poco más de 1 hora y media los fines de semana. Esta diferencia de tiempo entre días de trabajo y fin de semana se explicaría en parte porque muchas de las actividades de cuidado de salud sólo pueden hacerse durante los días de semana, excepto si se trata de alguna urgencia médica, como por ejemplo ir a hacer trámites o ir a consultas médicas o tratamientos, y son tareas que involucran lapsos de tiempo prolongados

Las mujeres que sólo realizan quehaceres doméstico (trabajo no remunerado) y los jubilados son quienes invierten más tiempo en las actividades de cuidados de salud.

D. Valorización de las actividades de cuidado de salud no remuneradas

La mayoría de cuidadores, hombres y mujeres, valoran las actividades de cuidados de salud no remuneradas con criterio económico (77,3%), argumentando el gran esfuerzo y tiempo invertido en este tipo de trabajo. Pero, al mismo tiempo la realización de estas actividades generan argumentaciones subjetivas relacionadas con los vínculos emocionales existentes o establecidos entre la cuidadora y la persona cuidada, por lo cual a muchas cuidadoras y cuidadores se les hace difícil la valoración monetaria. De allí que los argumentos de quienes no utilizaron un criterio económico giran en torno al hecho de que el cuidado se hace para un familiar, porque “es su obligación” o porque “es su responsabilidad como padre”. Con respecto a este tema, se advierte una diferencia entre mujeres y hombres, ya que mientras las primeras explican las razones familiares, los hombres no se explayan en las argumentaciones y dicen simplemente que no cobrarían.

E. Carga global de trabajo de las cuidadoras

La carga global de trabajo de las cuidadoras, calculada en tiempo invertido, fue, en promedio, de 70 hrs. semanales, unas 10 horas diarias, siendo más alta que la de los hombres, aunque en un grado menor que lo esperado (alrededor de 63 hrs.). La carga total de trabajo de las mujeres no sólo es más elevada que la de los hombres sino que al igual que lo advertido en otros estudios y encuestas internacionales, las mujeres invierten más tiempo de esta carga laboral en el trabajo doméstico, en tanto que los cuidadores lo hacen más en el trabajo remunerado.

Por otra parte, además de las diferencias de género, se observaron diferencias entre las mismas mujeres, ya sea porque unas tienen trabajo remunerado y otras no, sea porque

pertenecen a distintos estratos socioeconómicos. En efecto, la carga global de trabajo de las cuidadoras que realizan ambos tipos de trabajo - remunerado y no remunerado - alcanza en promedio las 87 horas semanales, esto es casi 13 horas diarias. Por el contrario, para aquellas que sólo se dedican a los quehaceres domésticos, el tiempo de trabajo se reduce a 63 horas semanales, alrededor de 9 horas diarias. La dedicación de tiempo de las cuidadoras aumenta en la medida que disminuye el nivel socioeconómico de pertenencia. En el sector alto es de 65 horas y media semanales, en tanto que en el sector medio asciende a unas 71 horas y en el sector bajo se incrementa hasta alcanzar las 75 horas y media. La máxima carga global de trabajo – alrededor de 94 horas semanales promedio- se registra en el grupo de cuidadoras de los sectores de bajos ingresos que realizan trabajo remunerado y no remunerado.

F. Modificaciones y efectos en la vida de las y los cuidadoras

Finalmente, destinar tiempo a los cuidados de salud no remunerados ha afectado de alguna manera la vida laboral y personal en el caso prácticamente de la mitad de las mujeres y los hombres. Estas alteraciones difieren significativamente por género, las mujeres interrumpen sus actividades laborales, pierden ingresos y amigos, en tanto que los hombres buscan acomodar sus tiempos y horarios de trabajo para hacer frente a las tareas de cuidado de salud en el hogar. Esta diferencia de género está permeada por el orden social de género dominante que atribuye el trabajo remunerado, la provisión material principalmente a los hombres, en tanto que las mujeres siguen siendo responsables de lo que ocurre en el ámbito doméstico, a pesar de su creciente incorporación al mercado de trabajo.

G. Algunas Conclusiones

Los hallazgos de este estudio exploratorio nos permiten 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, en particular a las mujeres 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, el documento de Nigenda, Matarazzo y López-Ortega (2005) presenta un conciso y muy interesante resumen referido a distintas estrategias de apoyo a los cuidadores de salud no remunerados – cuidadores informales - implementadas en países europeos, Estados Unidos y Canadá. Las principales estrategias fueron clasificadas en cuatro grandes grupos: a) las que ofrecen incentivos económicos mediante subvenciones y medidas fiscales para la realización directa de los cuidados o la

contratación de servicios externos; b) las que contribuyen a que los cuidadores dispongan de más tiempo, mediante reducciones o reorganizaciones del horario laboral, a través de permisos y disminución de las jornadas, entre otras medidas; c) las que se centran en los servicios externos a la familia, de forma que sean otros los que lleven a cabo las tareas; y d) las que se dirigen a proveer capacitación e información a los 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/los 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 y alternativas. Entre estas, se han planteado 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 pudiera 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 los cuidadores informales – no remunerados - sin mercantilizar las relaciones familiares; qué efectos sobre los costos públicos generaría el dar apoyo a cuidadores 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: el gobierno, la sociedad, el individuo y la familia. A este respecto, las experiencias de países desarrollados muestran que las formas de abordar el tema y la distribución de las responsabilidades varían entre ellos.

En otro ámbito de preocupación, creemos que es importante avanzar en la realización de nuevos estudios – cualitativos y cuantitativos - sobre cuidados de personas de la tercera edad no autovalentes 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, las que no fueron analizadas en nuestra investigación y que 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, sin olvidar que su cuidado sigue recayendo sólo 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/los cuidadoras/es no remunerados al funcionamiento del sistema de salud, lo cual sería útil para promover acciones y políticas dirigidas a las cuidadoras y cuidadores de “larga duración”. En el segundo caso, sería importante detectar qué tipo de cuidados realiza este personal por cuanto no todos los cuidados son comparables entre sí, algunos necesitan más que otros 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 cuidadores no remunerados sin preparación. Además su traducción a valores de mercado difiere.

Sería muy valioso también, a la luz de los datos aportados por esta y otras investigaciones realizadas en Chile, junto con la profundización de las experiencias de resolución existentes en otros países, debatir cuáles serían las propuestas, estrategias y políticas públicas más adecuadas para la realidad chilena y sobre la distribución de responsabilidades de la prevención y cuidado de la salud entre los distintos actores sociales involucrados.

No hay que olvidar que 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.

Por último, cabe destacar que evidenciar la distribución de las actividades de cuidados de salud puede contribuir adecuadamente a la construcción de Cuentas Nacionales de Salud que incorporen a los hogares como entes productivos, más allá de su rol de consumidores.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario. 2004 *Trabajo no remunerado y uso del tiempo. Fundamentos conceptuales y avances empíricos. La encuesta Montevideo 2003*. Montevideo: Universidad de la República.
- 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. 2002. *Las encuestas sobre usos del tiempo. Aspectos metodológicos en el análisis del trabajo de mujeres y hombres*. Ponencia para las VIII jornadas de economía crítica, Área economía feminista, marzo, Valladolid, España.
- 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 LA, 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.
- Centro de Investigaciones Sociales-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](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/umero%2013/cuidador_informales.htm) 09/12/04
- 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 remunerado de servicios de salud en el hogar. OPS- Unidad de Género y salud- Unidad de Políticas y Sistemas. Washington, 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 Canadá (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 Gómez, Elsa. 2002. *Equity, gender, and health: challenges for action*. Rev. Panam Salud Pública (on line)/may/junio 2002, vol 11, núm. 5.p454-461.
- Hofbauer, Helena. 2002. Análisis de presupuestos con enfoque de género. Ponencia presentada al Seminario-Taller "Elaboración de Presupuestos en Salud con Perspectiva de Género". 15,16 y 17 de abril. México DF.
- INEC. *Estudio Uso del tiempo de los y las nicaragüenses*. s.f. Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Gobierno de la República de Nicaragua.
- 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.
- 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 Olivios. 1989. *Las temporeras y su visión del trabajo*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer – CEM.
- Milosavljevic, Viviane y Odette Tacla. *Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares. Restricciones y Potencialidades*. Reunión Regional Las encuestas de Uso del Tiempo: su diseño y aplicación. Santiago de Chile, 21-23 noviembre, CEPAL..

- Nicaragua. 2004. El trabajo no remunerado de las mujeres en Salud. Nicaragua: El impacto económico del trabajo no remunerado en salud.
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 D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- 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 5.
- 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 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 Alvarez 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 Nos. 5/6, mayo-junio. Pp. (295-296)
- 2004. Declaración enviada desde Nicaragua, celebración Internacional del día de la Mujer de 2004. Conferencia del DIM; Washington, D.C.
- 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.
- Sharin Daniela y Uca Silva. 1998. *Familia y reparto de responsabilidades*. Documento 58. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer, Departamento de Planificación y estudios, Departamento de Comunicaciones.
- Selamé S., Teresa. *Mujeres, Brechas de Equidad y Mercado de Trabajo*. Proyecto Género, Pobreza y empleo. Santiago de Chile: Oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

- SERNAM. 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.
- SERNAM. 1998. *Familia y reparto de responsabilidades*. Documento N° 58. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer.
- Standing, Hilary. 2000. *El género y la reforma del Sector Salud*. OPS - Harvard Center for Population and Development Studies. Publication ocasional n°3. www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Standing.pdf
- United Nations Statistic Division. Allocation of time and time use. www.unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/Tuse
- 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.
- Winqvist Karin y Jean Monnet Building. 2004. *How europeans spend their time everyday life of women and men*. Luxemburgo. European Comission, Eurostat.

Prensa:

- El Mercurio*. 2005. La opción de estar con la familia hasta el final. A11. Miércoles 8 de Junio. Santiago de Chile.
- El Mercurio*. Mamás aprenden a dar terapia física a sus hijos, A10. Jueves 16 de Junio 2005.

Encuestas:

- Aguilar, Mercedes e Isolda Espinoza. S.f. *Uso del tiempo de los y las nicaraüenses*. Nicaragua: Instituto Nacional de estadísticas y Censos.
- 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.
- Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud*. 2000. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología y Departamento de Promoción de la Salud.
- Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Módulo familiar*. México: Departamento de Epidemiología y Departamento de Promoción de la Salud.
- Oficina Nacional de Estadísticas. 2003. *Encuesta sobre el uso del tiempo*. Cuba: Oficina Nacional de Estadística de Cuba.
- 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.

Anexo Metodológico

A. La muestra

La población objeto del estudio fueron las personas residentes permanentes en hogares particulares del Gran Santiago, excluyéndose las residentes en hogares colectivos tales como hospitales, conventos, cárceles. Así mismo no se incluyeron como miembros del hogar las personas que pagan de alguna manera por su alojamiento, sean trabajadores o estudiantes. Tampoco se incluyeron las personas que solo habitan en el hogar esporádicamente o solo los fines de semana.

Por limitaciones presupuestarias, la muestra fue de 252 hogares, la que se obtuvo sobre un total de 2.631 hogares empadronados. La selección de los hogares que calificaron para ser encuestados se obtuvo mediante preguntas filtro realizadas a la/el responsable del hogar de los hogares empadronados.

Las encuestas se aplicaron en hogares en los que durante el transcurso de la semana anterior a la aplicación de la encuesta, se había realizado algún tipo de cuidado de salud no remunerado, tanto dentro como fuera del hogar, para personas que no pueden cuidar de sí mismas.

B. Procedimientos de aplicación

La encuesta se aplicó durante el mes de abril de 2005.

Todos los cuestionarios – el individual y el de datos generales básicos sobre todos los miembros del hogar - debían ser respondidos por la/el responsable del hogar.

En caso de existir más de un cuidador/a en el hogar, cada uno de ellos/as debía completar un cuestionario individual adicional.

C. La encuesta

El instrumento de medición se construyó como una encuesta en las que a través de un conjunto de preguntas cerradas se evaluaron los siguientes aspectos:

- Información básica del hogar: composición, número de miembros permanentes, edad y sexo de cada uno de los miembros del hogar y relación de parentesco con respecto a la persona definida como responsable del hogar.
- Información individual de la/el responsable del hogar y de los otros integrantes que hubieran realizado actividades de cuidado de salud no remunerado: estado civil,

escolaridad, condición de actividad, ocupación principal, categoría ocupacional, horas de trabajo remunerado semanales.

- Tiempo (minutos y horas) destinado a las tareas de cuidado de salud no remunerado en el hogar.
- Tiempo (minutos y horas) destinado a otras tareas del hogar.
- Valoración subjetiva de las tareas de cuidado de salud no remunerado.
- Modificación de opciones laborales y personales ocasionadas por la dedicación a cuidados de salud no remunerados en el hogar.

Aspectos generales de la encuesta

El cuestionario consta de 4 componentes:

Introducción y Preguntas filtro. Esta parte no se encuentra incorporada en el cuestionario propiamente tal, sino en una hoja de empadronamiento aparte. Este paso fue imprescindible para identificar si el hogar calificaba o no para ser encuestado.

Cuestionario Individual. Las preguntas buscan medir los tiempos utilizados en las actividades de cuidado de salud no remuneradas y evaluar el grado de visibilidad o invisibilidad de las mismas.

Para determinar la visibilidad o invisibilidad de las actividades de cuidado de salud no remuneradas se solicitó al encuestado mencionar las actividades de cuidado de salud no remuneradas que había realizado durante la semana anterior a la aplicación de la encuesta. Estas actividades mencionadas y reconocidas por el propio encuestado fueron clasificadas como *Visibles*. A continuación se le leyó la lista de actividades de cuidado de salud no remuneradas que aparecen en el cuestionario y que no fueron mencionadas anteriormente por el encuestado, solicitándole que señalara las realizadas durante la última semana. Estas actividades se clasificaron como *Invisibles*, dado que el encuestado solo las reconoció cuando se las nombraron.

Este módulo consta de los siguientes elementos.

1. **Actividades de cuidado de salud no remuneradas:** Son todas las tareas en el ámbito de la salud destinadas al cuidado de una persona que no puede hacerlas por sí misma. Estas tareas incluyen todos y cada uno de los aspectos necesarios para cumplirlas cabalmente. Se identificaron 4 áreas de actividades de cuidado de salud no remuneradas.
 - **Cuidados profesionales específicos:** Hacer Tratamientos (Realizar ejercicios, poner sonda, inyecciones, hacer curaciones, masajes, cambiar vendas, poner crema, desinfectar, etc.); Controlar manifestaciones de la enfermedad (pulso, fiebre, nivel de azúcar, etc.); Fomentar el desarrollo intelectual (Lenguaje de señas, leer braille, educación especial, gimnasia mental).
 - **Cuidados de apoyo:** Alimentar (Dar mamadera, dar desayuno, dar colación, dar almuerzo, dar merienda, dar cena.); Higienizar (Mudar lavar, bañar, bañar en cama, llevar al WC, baño portátil, poner chata, etc.); Administrar medicinas (Anticoagulantes, antibióticos, antidepresivos, analgésico, antifebriles, etc.);

Organizar elementos del enfermo y/o accidentado y/o persona que no puede hacer ciertas actividades por sí mismo (Lavar, secar, planchar ropa, lavado de utensilios, instrumentos, vajillas, etc.); Organizar/ Acomodar entorno del enfermo y/o accidentado y/o persona que no puede hacer ciertas actividades por sí mismo (Ordenar, asear, cambiar sábanas, mover muebles, acomodar cama, etc.); Organizar rutina del enfermo y/o accidentado y/o persona que no puede hacer ciertas actividades por sí mismo (cambiar de posición en la cama, incentivar a comer, incentivar el sueño, etc.); Cocinar (sólo cuando se prepara un menú especial).

- **Acompañamiento:** Acompañar en actividades de recreación (pasear, dar una vuelta, cine, teatro, etc.); Hacer traslados específicos (al patio, al balcón, al baño. Al sillón, etc.); Entretener al enfermo y/o accidentados y/o persona que no puede hacerlo por sí mismo (leer, ver TV, jugar, restringir visitas, vigilar el sueño, etc.); Llevar al doctor, a controles médicos regulares (vacunarse, exámenes, etc.); Llevar a tratamientos específicos (diálisis, quimioterapia, kinesiología, etc.); Acompañar a hacer trámites (sacar bonos, pedir turno, ir a Isapre, Fonasa, etc.).
- **Otras actividades:** Hacer trámites por otra persona (sacar fotocopias, buscar o devolver libros, etc.); Comprar remedios; Comprar alimentos (sólo cuando se prepara un menú especial); Comprar implementos para el enfermo y/o accidentado y/o persona que no puede hacer ciertas actividades por sí mismo (muleta, prótesis, etc.); Otros.

2. Tiempo dedicado a las actividades de cuidados de salud no remuneradas. Para la medición del trabajo no remunerado de cuidado de salud, así como para la realización de otras actividades domésticas, se contabilizó el tiempo invertido (en horas y minutos) en cada una de las actividades definidas.

2.1. Valorización económica del cuidado de salud no remunerado. Esta pregunta está destinada a medir la valoración económica que el/la encuestado/a hace del tiempo dedicado a cuidados de salud no remunerados. Dado que no se buscaba contar con una medición monetaria, precisa o aproximada, sino aprehender la valoración subjetiva, se pidió al encuestador que transcribiera literalmente la frase expresada por el encuestado respecto a la valoración. Esto permitió rescatar valoraciones no monetarias y argumentos que apoyan la valoración hecha.

2.2. Actividades domésticas. Esta parte de la encuesta mide el tiempo dedicado a las tareas domésticas, agrupadas en 10 actividades generales:

- Preparar y dar comida a los otros miembros del hogar
- Hacer las compras
- Hacer aseo
- Lavar

- Planchar
- Llevar a los hijos a pasear, jugar, etc.
- Llevar y traer hijos de la escuela
- Ayudar en estudios y tareas
- Asistir en reuniones de colegio
- Otros

- 2.3. **Tiempo de trabajo no remunerado semanal (trabajo doméstico y de cuidado de salud).** Se pidió al encuestado que estimara el tiempo invertido durante la semana en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado. El objetivo de esta pregunta era tener un parámetro para poder estimar la cantidad de tiempo de trabajo no remunerado superpuesto. La diferencia entre el tiempo total de trabajo no remunerado estimado en esta pregunta y el tiempo total de trabajo no remunerado obtenido sumando el tiempo dedicado a las actividades de cuidado de salud con el tiempo invertido en el trabajo doméstico señalados por el encuestado en las preguntas 1 y 4, podría considerarse como la cantidad de tiempo en que las actividades no remuneradas se superponen.
- 2.4. **Modificaciones laborales y/o personales.** Esta pregunta está diseñada para recoger información sobre modificaciones en el ámbito laboral y vida fuera del trabajo que el/la encuestado/a realizó durante los últimos 12 meses como resultado de haberse dedicado a actividades de cuidado de salud no remuneradas.
- 2.5. **Información General.** Esta sección del cuestionario recoge información sobre todos los miembros de la familia respecto a: tamaño del hogar, composición familiar – parentesco, sexo y edad -, identificación del/la responsable económico y de la/el responsable del hogar. Así mismo recoge información de todos los otros miembros de la familia que realizan actividades de cuidado de salud no remunerado referidas a: estado civil, nivel de estudio, condición de actividad, horas semanales de trabajo remunerado, categoría ocupacional y oficio.
3. **Cuestionario Individual adicional.** Esta sección es similar al cuestionario individual, con la salvedad que no incluye la información general sobre el hogar y debe ser respondido por cada uno de los miembros de la familia que realizan algún tipo de actividad de cuidado de salud no remunerada.

D. Conceptos básicos

- **Hogar.** Es el conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal o parte de ella y consumen y/o comparten alimentos u otros bienes con cargo a un presupuesto común.

- **Responsable del hogar.** Es la persona 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.
- **Responsable económico del hogar.** Es la persona que aporta más ingresos al hogar.
- **Actividades de cuidado no remunerado de la salud en el hogar.** Operacionalmente se entiende por *actividades de cuidado no remunerado de salud en el hogar* a todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlo por sí mismas, sin recibir pago alguno por ellas.
Los cuidados de salud no remunerados se hicieron extensivos a otras personas familiares o no, que no vivían en el hogar encuestado pero que eran atendidos por alguno de sus integrantes sin recibir remuneración alguna.
- **Personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de cuidado de salud no remunerado** son los menores, ancianos/as dependientes, discapacitados/as físicos y mentales inhabilitados para autocuidarse, enfermos –crónicos, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc.-, accidentados, personas con adicciones en tratamiento, mujeres recién paridas.
- **Cuidador/a principal** es aquella persona que en un hogar donde solo hay un/a cuidador/a realiza estos cuidados, o la que en un hogar donde hay más de un/a cuidador/a invierte una mayor cantidad de horas semanales en actividades de cuidado de salud no remunerado que el resto de cuidadoras/es no remunerados del hogar.
- **Cuidador/a de apoyo** es/son aquello/s miembros del hogar que invierten menos tiempo en las actividades de cuidado de salud no remunerado que el/la cuidador/a principal, y sirven de ayuda a las realizadas por esta última.
- **Actividades Domésticas** son todas las actividades no remuneradas dedicadas a los quehaceres del hogar.
- **Modificaciones laborales y personales.** Son los cambios que pudiese haber realizado la persona en su trabajo o en su vida personal, para cumplir las tareas de cuidado de salud no remuneradas que realiza.
- **Niveles socioeconómicos.** En primer lugar, los hogares se clasificaron por estrato socioeconómico (AB, C1, C2, C3, D, E.), según los siguientes criterios:
 - La comuna y el barrio en donde se encuentra la vivienda
 - El exterior de la misma, sus terminaciones, espacios, tipo de construcción.
 - Su distribución, mobiliario y decoración
 - las posesiones del hogar

- las profesiones, actividades y aspectos de cada miembro del hogar.

Luego, los 5 estratos socioeconómicos identificados se recodificaron en la variable nivel socioeconómico de la siguiente forma:

AB y C1 se recodificaron en nivel socioeconómico alto.

C2 y C3 se recodificaron en nivel socioeconómico medio.

D y E se recodificaron en nivel socioeconómico bajo.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro 1. Proporción de hogares empadronados que realizan Actividades de cuidado salud no remuneradas, según nivel Socioeconómico.

NSE	Hogares empadronados	Hogares encuestados	Proporción en cada nivel	%
Alto	541	48	8,9	19,0
Medio	1686	137	8,1	54,4
Bajo	404	67	16,6	26,6
Total	2631	252	9,6	100,00

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

Cuadro 2: Promedio de Cuidadores/as por hogar, por nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	Promedio
Alto	1,04
Medio	1,10
Bajo	1,09
Total	1,09

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

Cuadro 3. Lugar de realización de cuidados de salud no remunerados

Lugar de cuidado de salud	Total	
	N	%
En el Hogar	223	88,5
Fuera del Hogar	29	11,5
Total	252	100,0

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

Cuadro 4. Cuidadores de salud no remunerados por posición en el hogar y sexo.

Posición en el hogar	Sexo					
	Mujer		Hombre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Responsable del Hogar	204	86,4	15	39,4	219	79,9
Cónyuge/Conviviente	0	0,0	11	29,0	11	4,0
Hijo/a	26	11,0	11	29,0	37	13,5
Padre/Madre	1	0,4	1	2,6	2	0,7
Hermano/a	2	0,9	0	0,0	2	0,7
Yerno/Nuera	2	0,9	0	0,0	2	0,7
Cuñado/a	1	0,4	0	0,0	1	0,5
Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

Cuadro 5. Mujeres cuidadoras de salud no remuneradas por grupos de edad, sector socioeconómico y condición de actividad.

Nivel socioeconómico	Condición de actividad	Grupos de edad												Total	
		15 a 24*		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	Estudia y no trab.	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
	Estudia y trab.	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4
	Ocupada	1	50,0	1	20,0	4	28,6	4	50,0	1	12,5	0	0,0	11	23,9
	Desocupada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Jubilada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	4	44,4	5	10,9
	Trabajo doméstico	0	0,0	4	80,0	8	57,1	4	50,0	6	75,0	5	55,6	27	58,7
	Total	2	100,0	5	100,0	14	100,0	8	100,0	8	100,0	9	100,0	46	100,0
Medio	Estudia y no trab.	3	33,3	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
	Estudia y trab.	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
	Ocupada	4	44,4	8	29,6	15	38,5	9	47,4	5	31,3	2	15,4	43	34,7
	Desocupada	0	0,0	3	11,1	6	15,4	0	0,0	1	6,3	0	0,0		8,9
	Jubilada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	2	15,4	3	2,4
	Trabajo doméstico	2	22,2	15	55,6	17	43,6	9	47,4	10	62,5	9	69,2	62	50,0
	Total	9	100,0	27	100,0	39	100,0	19	100,0	16	100,0	13	100,0	123	100,0
Bajo	Estudia y no trab.	1	33,3	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0
	Estudia y trab.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ocupada	0	0,0	5	31,3	4	22,2	5	50,0	2	14,3	2	40,0	18	27,3
	Desocupada	1	33,3	2	12,5	2	11,1	2	20,0	0	0,0	0	0,0	7	10,6
	Jubilada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	1,5
	Trabajo doméstico	1	33,3	9	56,3	11	61,1	3	30,0	11	78,6	3	60,0	38	57,6
	Total	3	100,0	16	100,0	18	100,0	10	100,0	14	100,0	5	100,0	66	100,0
Total	Estudia y no trab.	5	35,7	1	2,1	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,0
	Estudia y trab.	0	0,0	0	0,0	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,3
	Ocupada	5	35,7	14	29,2	23	32,4	18	48,7	8	21,1	4	14,8	72	30,5
	Desocupada	1	7,2	5	10,4	8	11,3	2	5,4	1	2,6	0	0,0	17	7,6
	Jubilada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	5,3	6	22,2	9	3,8
	Trabajo doméstico	3	21,5	28	58,3	36	50,7	16	43,2	27	71,1	17	63,0	127	53,8
	Total	14	100,0	48	100,0	71	100,0	37	100,0	38	100,0	27	100,0	235	100,0

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

Nota: En el tramo de 15 a 24 años se han incluido los menores de 14 años debido a su escasa frecuencia

Cuadro 6. Hombres cuidadores de salud no remunerados por grupos de edad y condición de actividad.

Condición de actividad	Grupos de edad													
	15 a 24*		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estudia y no trabaja	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,9
Estudia y trabaja	0	0,0	1	20,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,3
Ocupado	0	0,0	3	60,0	8	88,9	6	100,0	2	66,7	3	27,3	22	57,9
Jubilado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	8	72,7	9	23,7
Quehaceres del hogar	1	25,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,3
Total	4	100,0	5	100,0	9	100,0	6	100,0	3	100,0	11	100,0	38	100,0

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

Cuadro 7. Mujeres cuidadoras de salud no remuneradas por grupos de edad y tipo de trabajo según sector socioeconómico.

Sector socioeconómico	Tipo de trabajo	Grupos de edad												Total	
		15 a 24*		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	Solo trabajo no remunerado	1	50,0	4	80,0	8	57,1	4	50,0	7	87,5	9	100,0	33	71,7
	Trab. remunerado y trab no remunerado	1	50,0	1	20,0	6	42,9	4	50,0	1	12,5	0	0,0	13	28,3
	Total	2	100,0	5	100,0	14	100,0	8	100,0	8	100,0	9	100,0	46	100,0
Medio	Solo trabajo no remunerado	5	55,6	19	70,4	23	59,0	10	52,6	11	68,8	11	84,6	79	64,5
	Trabajo remunerado y no remunerado	4	44,4	8	29,6	16	41,0	9	47,4	5	31,3	2	15,4	43	34,7
	Total	9	100,0	27	100,0	39	100,0	19	100,0	16	100,0	13	100,0	123	100,0
Bajo	Solo trabajo no remunerado	3	100,0	11	68,8	14	77,8	5	50,0	12	85,7	3	60,0	48	72,7
	Trabajo remunerado y no remunerado	0	0,0	5	31,3	4	22,2	5	50,0	2	14,3	2	40,0	18	27,3
	Total	3	100,0	16	100,0	18	100,0	10	100,0	14	100,0	5	100,0	66	100,0
Total	Solo trabajo no remunerado	9	61,3	34	70,8	45	63,4	19	51,4	30	79,0	23	85,2	160	68,2
	Trabajo remunerado y no remunerado	5	35,7	14	29,2	25	35,2	18	48,7	8	21,1	4	14,8	74	31,4
	Total	14	100,0	48	100,0	71	100,0	37	100,0	38	100,0	27	100,0	235	100,0

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

Nota: En el tramo de 15 a 24 años se han incluido los menores de 14 años debido a su escasa frecuencia.

Cuadro 8. Hombres cuidadores de salud no remunerados por grupos de edad y relación de parentesco.

Relación de parentesco	Grupos de edad													
	15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Responsable del hogar	0	0,0	4	80,0	2	22,2	2	33,3	2	66,7	5	45,5	15	39,5
Cónyuge/Conviviente	0	0,0	0	0,0	3	33,3	2	33,3	1	33,3	5	45,5	11	29,0
Hijo	4	100,0	1	20,0	4	44,4	2	33,3	0	0,0	0	0,0	11	29,0
Padre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	2,6
Total	4	100,0	5	100,0	9	100,0	6	100,0	3	100,0	11	100,0	38	100,0

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

CEM 2005.

Cuadro 9. Proporción de hombres cuidadores de salud no remunerados responsables económicos por grupos de edad.

Cuidadores	Grupos de edad													
	15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Responsable económico	0	0,0	2	40,0	5	55,6	5	83,3	2	66,7	9	81,8	23	60,5
No responsable. económico	4	100,0	3	60,0	4	44,4	1	16,7	1	33,3	1	9,1	14	36,9
No responde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	2,6
Total	4	100,0	5	100,0	9	100,0	6	100,0	3	100,0	11	100,0	38	100,0

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

Cuadro 10. Actividades de cuidado de salud no remuneradas por sexo del cuidador.

Tareas de cuidado de salud	Sexo			
	Mujer		Hombre	
	N	%	N	%
Hacer tratamientos	76	3,4	10	2,9
Controlar manifestaciones de la enfermedad	179	8,1	14	4,1
Fomentar el desarrollo intelectual fin de semana	16	0,7	2	0,6
Alimentación	170	7,7	28	8,1
Higienización	127	5,7	20	5,8
Administración de medicinas	316	14,3	45	13,1
Organizar elementos del enfermo fin de	142	6,4	17	4,9
Organizar/Acomodar entorno del enfermo	173	7,8	34	9,9
Organizar rutina del enfermo	103	4,7	17	4,9
Cocinar	133	6,0	14	4,1
Acompañar en actividades de recreación	81	3,7	10	2,9
Traslados específicos	68	3,1	20	5,8
Entretener al enfermo	110	4,9	22	6,4
Llevar a controles médicos regulares	141	6,4	24	6,9
Llevar a tratamientos específicos	34	1,5	6	1,7
Acompañar a hacer trámites	62	2,8	14	4,1
Hacer trámites por otra persona	32	1,4	7	2,0
Comprar remedios	153	6,9	28	8,1
Comprar alimentos	75	3,4	8	2,3
Comprar implementos para enfermo	14	0,6	4	1,2
Otros (Especifique)	4	0,28	0	0,00
Total	2209	100,00	344	100,00

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

Cuadro 11. Visibilización de las actividades de cuidado de salud no remuneradas según nivel socioeconómico de los hogares.

Nivel socioeconómico	Tipo de actividades de cuidado					
	Sólo visibles		Visibles e invisibles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alto	1	2,1	47	97,9	48	100
Medio	15	10,9	122	89,1	137	100
Bajo	4	6,0	63	94,0	67	100
Total	20	7,9	231	91,7	252	100

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

Cuadro 12. Grado de invisibilización de las principales tareas de cuidado de salud no remuneradas según estrato socioeconómico de las cuidadoras (Mujeres).

Actividades	% de invisibilización		
	Estratos socioeconómicos		
	Alto	Medio	Bajo
Alimentación	59,1	59,3	43,9
Administración de medicinas	43,9	40,0	10,7
Organizar elementos de la persona cuidada	79,0	80,0	62,5
Organizar/Acomodar entorno de la persona cuidada	88,0	89,3	75,0
Organizar rutina de la persona cuidada	85,0	76,7	95,0
Cocinar comidas especiales	70,4	63,5	56,2
Entretener a la persona cuidada	100,0	94,2	84,6
Total de principales actividades	70,0	68,0	55,4

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

Cuadro 13. Grado de invisibilización de las principales tareas de cuidado de salud no remuneradas según estrato socioeconómico de los cuidadores (Hombres)

Actividades	% de invisibilización		
	Estratos socioeconómicos		
	Alto	Medio	Bajo
Alimentación	0,0	50,0	50,0
Administración de medicinas	0,0	28,6	36,4
Organizar elementos de la persona cuidada	100,0	83,3	0,0
Organizar/Acomodar entorno de la persona cuidada	100,0	90,9	100,0
Organizar rutina de la persona cuidada	0,0	100,0	100,0
Cocinar comidas especiales	0,0	90,0	100,0
Entretener a la persona cuidada	100,0	88,2	75,0
Total principales actividades	54,0	72,0	72,0

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

Cuadro 14. Tiempo diario destinado a las diferentes actividades de cuidado de salud no remuneradas.
(En minutos)

Actividades	Tiempo diario (en minutos)
Hacer tratamiento	33,8
Controlar manifestaciones enfermedad	16,9
Fomentar desarrollo intelectual	89,1
Dar alimentación	64,5
Higienización	43,4
Administrar medicinas	12,1
Organizar elementos de enfermo	58,0
Acomodar entorno enfermo	34,8
Cocinar comidas especiales	45,4
Acompañar en actividades recreación	84,1
Traslados específicos dentro hogar	24,0
Entretener a persona cuidada	98,2
Llevar a controles médicos regulares	159,9
Llevar a tratamientos específicos	134,7
Acompañar a hacer trámites de salud	124,0
Hacer trámites de salud por otra persona	100,5
Comprar remedios	56,4
Comprar alimentos especiales	50,4
Comprar implementos para enfermo	91,1
Otros	115,0

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

Cuadro 15. Promedio de tiempo semanal invertido en cuidados de salud no remunerados y número de tareas por nivel socioeconómico.

Tiempo de cuidado	Sectores socioeconómicos								
	Alto			Medio			Bajo		
	Hr.	min.	Cant. Tareas	Hr.	min.	Cant. Tareas	Hr.	min.	Cant. Tareas
Semana laboral	16	28	7	16	47	6	18	1	7
Fin de semana	2	31	3	3	37	3	3	31	3
Total	18	59	9	20	23	9	21	32	10

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

Cuadro 16. Tiempo semanal de cuidado de salud no remunerado según sexo y nivel socioeconómico de los/as cuidadores/as.

Tiempo semanal/sector socioeconómico		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Alto	7 hrs. y menos	12	26,1	1	25,0	13	26,0
	Entre 7 hrs. 1 min. y 14 hrs.	13	28,3	2	50,0	15	30,0
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	7	15,2	1	25,0	8	16,0
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	3	6,5	0	0,0	3	6,0
	Mas de 28 hrs.	11	23,9	0	0,0	11	22,0
	Total	46	100,0	4	100,0	50	100,0
Medio	7 hr. y menos	31	25,0	5	18,5	36	23,8
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hrs.	25	20,2	7	25,9	32	21,2
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	22	17,7	4	14,8	26	17,2
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	17	13,7	5	18,5	22	14,6
	Mas de 28 hrs.	29	23,4	6	22,2	35	23,2
	Total	124	100,0	27	100,0	151	100,0
Bajo	7 hr. y menos	10	15,2	2	28,6	12	16,4
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hrs.	16	24,2	1	14,3	17	23,3
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	11	16,7	1	14,3	12	16,4
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	12	18,2	0	0,0	12	16,4
	Más de 28 hr.	17	25,8	3	42,9	20	27,4
	Total	66	100,0	7	100,0	73	100,0
Total	7 hr. y menos	53	22,5	8	21,1	61	22,3
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hrs.	54	22,9	10	26,3	64	23,4
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	40	16,9	6	15,8	46	16,8
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	32	13,6	5	13,2	37	13,5
	Más de 28 hr.	57	24,2	9	23,7	66	24,1
	Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

Cuadro 17. Tiempo semanal de cuidado de salud no remunerado según tipo de trabajo y sexo de los/as cuidadores/as.

Tiempo de cuidado de salud/tipo de trabajo		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sólo trabajo no remunerado	7 hr. y menos	34	21,1	5	35,7	39	22,3
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hr.	31	19,3	2	14,3	33	18,9
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	31	19,3	1	7,1	32	18,3
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	21	13,0	2	14,3	23	13,1
	Más de 28 hr.	44	27,3	4	28,6	48	27,4
	Total	161	100,0	14	100,0	175	100,0
Trabajo remunerado + trabajo no remunerado	7 hr. y menos	19	25,3	3	12,5	22	22,2
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hr.	23	30,7	8	33,3	31	31,3
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	9	12,0	5	20,8	14	14,1
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	11	14,7	3	12,5	14	14,1
	Más de 28 hr.	13	17,3	5	20,8	18	18,2
	Total	75	100,0	24	100,0	99	100,0
Total	7 hr. y menos	53	22,5	8	21,1	61	22,3
	Entre 7 hr. 1 min. y 14 hr.	54	22,9	10	26,3	64	23,4
	Entre 14 hr. 1 min. y 21 hr.	40	17,0	6	15,8	46	16,9
	Entre 21 hr. 1 min. y 28 hr.	32	13,6	5	13,2	36	13,2
	Más de 28 hr.	57	24,2	9	23,7	66	24,2
	Total	236	100,0	38	100,0	274	100,0

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

Cuadro 18. Argumentaciones no económicas para la valorización de las Actividades de cuidado de salud no remuneradas por sexo.

Justificación no económica	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familia	22	39,3	1	14,3	23	37,7
Obligación	6	10,7	1	14,3	7	11,5
Nunca lo ha pensado	21	37,5	2,0	28,6	23	37,7
No cobraría	5	8,9	3	42,9	6	9,8
Otros	2	3,6	0	0,0	2	3,3
Total	56	100,0	7	100,0	61	100,0

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

Cuadro 19. Mujeres cuidadoras según si efectuaron o no modificaciones laborales y personales por tipo de cuidadora –principal, apoyo.

Tipo de cuidadora	Modificaciones					
	Sin Modificaciones		Con Modificaciones		Total	
	N	%	N	%	N	%
Principal	96	88,9	124	96,9	220	93,2
Apoyo	12	11,1	4	3,1	16	6,8
Total	108	100,0	128	100,0	236	100,0

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

Cuadro 20. Mujeres cuidadoras que hicieron modificaciones laborales y personales por grupos de edad.

Modificaciones	Grupos de edad												Total	
	15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		> de 65			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dejar de estudiar	3	16,7	5	6,3	8	7,8	0	0,0	2	5,1	0	0,0	18	6,0
Empezar a trabajar	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	2,6	0	0,0	1	4,2	3	1,0
Dejar de trabajar	1	5,6	10	12,7	15	14,6	6	15,8	7	18,0	3	12,5	42	13,9
Disminuir las horas de trabajo	3	16,7	8	10,1	6	5,8	3	7,9	1	2,6	1	4,2	22	7,3
Aumentar las horas de trabajo	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	3	1,0
Cambiar horarios de trabajo	0	0,0	5	6,3	6	5,8	4	10,5	3	7,7	2	8,3	20	6,6
Cambiar el turno de trabajo	0	0,0	5	6,3	5	4,9	4	10,5	0	0,0	0	0,0	14	4,6
Trabajar desde la casa	0	0,0	7	8,9	10	9,7	3	7,9	3	7,7	4	16,7	27	8,9
Disminución de ingresos	3	16,7	11	13,9	16	15,5	7	18,4	11	28,2	6	25,0	54	17,9
Afectar la evaluación de mi trabajo	1	5,6	2	2,5	3	2,9	0	0,0	1	2,6	2	8,3	9	3,0
Afectar la promoción / Ascenso	1	5,6	5	6,3	4	3,9	0	0,0	1	2,6	1	4,2	12	4,0
Afectar la posib. decisiones trab. grupales	2	11,1	5	6,3	4	3,9	1	2,6	1	2,6	0	0,0	13	4,3
Perder amigos	3	16,7	5	6,3	12	11,7	7	18,4	4	10,3	2	8,3	33	10,9
Traer a vivir a enfermo	0	0,0	2	2,5	4	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,0
Ir a vivir con enfermo	0	0,0	1	1,3	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0
Otros, Dejo de hacer cosas personales	1	5,6	3	3,8	5	4,9	2	5,3	2	5,1	2	8,3	15	5,0
Otros, tuvo problemas familiares	0	0,0	3	3,8	2	1,9	0	0,0	2	5,1	0	0,0	7	2,7
Total modificaciones	18	100,0	79	100,0	103	100,0	38	100,0	39	100,0	24	100,0	301	100,0

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

FOLIO N° :

PERSONA N° :

CUESTIONARIO INDIVIDUAL.

Este cuestionario debe ser contestado por la/el responsable del hogar y por cada uno de los miembros que ejercieron algún tipo de actividad de cuidado de salud no remunerada durante la semana anterior.

1. Podría decirme qué actividades de cuidado de salud no remuneradas (en su hogar o fuera de él) realizó Ud. durante la semana anterior y qué tiempo le dedicó. Marcar con un 1 en el casillero de la izquierda correspondiente a las actividades mencionadas espontáneamente por el encuestado.

2. Quisiera que me dijera si durante la semana anterior realizó alguna de las actividades de cuidado de salud no remuneradas (en su hogar o fuera de él) que le voy a leer y qué tiempo le dedicó. Marcar con un 2 en el casillero de la izquierda correspondiente. (solo nombrar aquellas tareas que no fueron señaladas la primera vez)

	Actividades de cuidado de salud no remuneradas realizadas a enfermos y/o accidentados y/o personas que no pueden realizar estas actividades por sí mismas (Ancianos, niños, personas con alguna clase de discapacidad física o mental, etc.)	Día Laboral (Lun a Vie)		Días por sem.	Fin de semana (Sab a Dom)	
		Horas	Minutos		Horas	Minutos
	Cuidados Profesionales Específicos					
☐	- Hizo Tratamientos (Realizar ejercicios, poner sonda, inyecciones, hacer curaciones, masajes, cambiar vendas, poner crema, desinfectar, etc.).					
☐	- Controló manifestaciones de la enfermedad (pulso, fiebre, nivel de azúcar, etc.).					
☐	- Fomentó el desarrollo intelectual (Lenguaje de señas, leer braille, educación especial, gimnasia mental).					
	Cuidados de apoyo					
☐	- Alimentó (Dar mamadera, dar desayuno, dar colación, dar almuerzo, dar merienda, dar cena.).					
☐	- Higienizó (Mudar lavar, bañar, bañar en cama, llevar al WC, baño portátil, poner chata, etc.).					
☐	- Administró medicinas (Anticoagulantes, antibióticas, antidepresivos, analgésico, antifebriles, etc.).					
☐	- Organizó elementos del enfermo (Lavar, secar, planchar ropa, lavado de utensilios, mamaderas, instrumentos, vajillas, etc.).					
☐	- Organizó/Acomodó entorno del enfermo (Ordenar, asear, cambiar sábanas, mover muebles, acomodar cama, etc.).					
☐	- Organizó rutina del enfermo (cambiar de posición en la cama, incentivar a comer, incentivar el sueño, etc.).					
☐	- Cocinó (sólo cuando se prepara un menú especial)					
	Acompañamiento					
☐	- Acompañó en actividades de recreación (pasear, dar una vuelta, cine, teatro, etc.).					
☐	- Hizo traslados específicos (al patio, al balcón, al baño. Al sillón, etc.).					
☐	- Entretuvo al enfermo y/o accidentados y/o persona que no puede hacerlo por sí mismo (leer, ver tv, jugar, restringir visitas, vigilar el sueño, etc.).					
☐	- Llevó al doctor, a controles médicos regulares (vacunarse, exámenes, etc.).					
☐	- Llevó a tratamientos específicos (diálisis, quimioterapia, kinesioterapia, etc.).					
☐	- Acompañó a hacer trámites (sacar bonos, pedir turno, ir a Isapre, Fonasa, etc.).					
	Otras actividades					
☐	- Hizo trámites por otra persona (sacar fotocopias, buscar o devolver libros, etc.)					
☐	- Compró remedios					
☐	- Compró alimentos (sólo cuando se prepara un menú especial)					
☐	- Compró cosas para el enfermo y/o accidentado y/o persona que no puede hacer ciertas actividades por sí mismo (muleta, prótesis, etc.)					
☐	Otros (especifique):					

FOLIO N° :

PERSONA N° :

3. ¿Cuánto cree que valen (monetariamente) las actividades de cuidado de salud no remuneradas mencionadas por Ud. anteriormente? (Transcribir la oración que incluye el criterio utilizado por el encuestado)

4. Podría decirme cuánto tiempo, en horas y minutos por día, destinó Ud. durante la semana anterior a las siguientes tareas domésticas. (Leer al encuestado la lista de actividades domésticas)

Actividades Domésticas	No lo hace	Por Día		Días por sem.
		Horas	Minutos	
- Preparó y dio comida a los otros miembros del hogar.				
- Hizo las compras.				
- Hizo aseo.				
- Lavó.				
- Planchó.				
- Llevó a hijos a pasear, jugar, etc.				
- Llevó y trajo hijos de la escuela.				
- Ayudó en estudios y tareas.				
- Asistió a reuniones de colegio.				
- Otros (especifique):				

5. Tomando en cuenta todas las actividades que realizó (Actividades de salud y tareas domésticas) ¿podría decirme cuánto tiempo, en horas y minutos, les dedicó por semana?

Por Semana	
Horas	Minutos

FOLIO N° :

PERSONA N° :

6. Ahora quisiera preguntarle si, en los últimos 12 meses, ¿El hecho de realizar estas actividades de cuidado de salud no remuneradas habladas anteriormente, Influyó o modificó en alguna de las opciones que le voy a mostrar?. (Pasar Tarjeta).

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Dejó de estudiar. | ☐ |
| 2. Empezó a trabajar. | ☐ |
| 3. Dejó de trabajar. | ☐ |
| 4. Disminuyó las horas de trabajo remunerado. | ☐ |
| 5. Aumentó las horas de trabajo remunerado. | ☐ |
| 6. Cambió los horarios de trabajo. | ☐ |
| 7. Cambió el turno de trabajo | ☐ |
| 8. Trabajó desde la casa. | ☐ |
| 9. Disminuyeron mis ingresos. | ☐ |
| 10. Afectó la evaluación de mi trabajo. | ☐ |
| 11. Afectó la posibilidad de promoción/ascenso | ☐ |
| 12. Afectó la posibilidad de tomar decisiones sobre trabajos en grupo. | ☐ |
| 13. Perdió amigos. | ☐ |
| 14. Traje a vivir a mi casa a enfermo, accidentado y/o persona que no podía realizar tareas de cuidado de salud por sí misma | ☐ |
| 15. Fue a vivir a casa del enfermo, accidentado y/o persona que no podía realizar tareas de cuidado de salud por sí misma | ☐ |
| 16. Otros (especifique) _____ | ☐ |
| <hr/> | |
| 17. Ninguno | ☐ |
| 99. No sabe | ☐ |

CUESTIONARIO GENERAL.

A. Ahora quisiera pedirle si Ud.podría contestar, por cada uno de los miembros del hogar, las siguientes preguntas.				B: Ahora quisiera pedirle si podría contestar las siguientes preguntas. (Las siguientes columnas sólo deben llenarse para la/el responsable del hogar, y luego para los otros miembros del hogar que realizan actividades de cuidado de salud no remuneradas).					
Número de miembros del hogar 	7. Señale relación de parentesco (en relación al Responsable del hogar)	8. Sexo	9. Edad	11. Estado civil real	12. Nivel de estudios	13. Condición de actividad	14. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente en la semana?	15. Categoría ocupacional	16. Oficio
Miembros del hogar (persona 1 = Responsable del hogar)	1. Responsable 2. Cónyuge/Conviviente 3. Hijo/a 4. Padre/Madre 5. Hermano/a 6. Suegro/a 7. Yerno/Nuera 8. Nieto/a 9. Cuñado/a 10. Otros Familiares 11. Otros no Familiares.	1. Mujer 2. Hombre		1. Soltero/a 2.Cónyuge/Conviviente 3. Anulado/a 4. Separado/a 5.Divorciado/a 6.Viudo/a 99. No Sabe	1. Sin estudios 2.Básica Incompleta 3.Básica Completa 4.Media Incompleta 5.Media Completa 6.Técnica Completa 7.Técnica Completa 8.Universitaria Incompleta 9.Universitaria Completa. 10.Postgrado 99.No Sabe	1. Estudia y no trabaja 2. Estudia y Trabaja 3. Ocupado/a 4. Desocupado/a 5. Jubilado/a 6. Quehaceres del hogar 99 .No Sabe		1. Empleador o patrón 2. Familiar no remunerado 3. Obrero, empleado 4. Servicio doméstico 5. Trabajador por cuenta propia 99. No sabe	1. Profesionales técnicos y afines 2. Gerentes, administradores y categorías directivas 3. Empleados de oficina 4. Vendedores 5. Agricultores, pescadores, ganaderos, madereros 6. Conductores de medios de transporte 7. Operarios, jornaleros, obreros, artesanos de la producción 8. Trabajadores en servicios personales y afines 9. Otros . 99. No sabe.
Persona 1	1								
Persona 2									
Persona 3									
Persona 4									
Persona 5									
Persona 6									
Persona 7									
Persona 8									
Persona 9									
Persona 10									
10. En esta familia ¿Quién hace el mayor aporte económico? (Marque con una X al lado de la persona indicada)				17. ¿Dónde viven la/las persona/s que reciben cuidados de salud no remunerado? 1. En el hogar Fuera del hogar 4					

18. ¿De todas estas personas antes señaladas, cuál de ellas también le ayuda o realiza tareas de cuidado de salud no remuneradas?
(Llene los casilleros desde la pregunta 11 hasta la 16, para quien se señale y pasar al cuestionario adicional individual. Si ningún otro miembro del hogar ayuda o realiza tareas de cuidados de salud, terminar aquí la encuesta).