

LA INVISIBILIDAD DEL TRABAJO DE CUIDADOS SOCIO-SANITARIO: LOS EFECTOS SOBRE LA VIDA DE LAS CUIDADORAS Y UNA APROXIMACIÓN A SU COSTE MONETARIO¹

BORRADOR (NO CITAR)

**Cristina Carrasco
Universidad de Barcelona**

Objetivo de la investigación

En esta investigación se ponen en relación tres ideas surgidas fundamentalmente desde el feminismo y algunas, en particular, desde la economía feminista. Estas ideas mantienen un hilo conductor que guarda relación con la idea genérica de bienestar y sostenibilidad; en el sentido de calidad de vida o estándares de vida, como procesos armónicos con la naturaleza y entre humanas y humanos.

La primera de ellas, tal vez la más antigua, tiene que ver con la importancia del trabajo familiar doméstico y de cuidados en el sostenimiento de la vida humana y en el funcionamiento de los sistemas socioeconómicos. En los primeros debates sobre este tipo de trabajo se pretendía hacer visible una actividad que la economía había mantenido oculta negándole categoría económica y que se reconociese como “trabajo” aunque con características distintas al trabajo de mercado. Los estudios sobre usos del tiempo respaldaron la importancia del trabajo familiar doméstico señalando la enorme cuantía de horas que dicha actividad requería; destacando las tareas de cuidados como uno de los aspectos críticos, tanto por el tiempo y restricciones que exige en determinados momentos del ciclo vital, como por la dimensión afectiva relacional que implica, que hace difícil su total mercantilización o traspaso al sector público.

La segunda idea tiene que ver con los llamados presupuestos con perspectiva de género. Estos se han desarrollado en las últimas dos décadas como un instrumento político económico cuyo objetivo sería la equidad y la eficiencia social. Se trata, en lo fundamental, de elaborar el presupuesto público y las políticas públicas teniendo en cuenta que mujeres y hombres ocupamos espacios y roles distintos en la sociedad, con

¹ Esta ponencia se basa en la investigación “La integración del trabajo familiar doméstico en los procesos económicos. El análisis de la transferencia de costes monetarios a cuidados no remunerados en el sector público sanitario” realizado por un equipo dirigido por Cristina Carrasco y subvencionada por el Instituto de la Mujer, Madrid, 2005.

capacidades y responsabilidades diferentes y, por tanto, cualquier política pública aparentemente neutra, probablemente tendrá efectos diferenciados sobre cada sexo. Un presupuesto con perspectiva de género considera la economía mercantil y la no mercantil, con especial atención en el trabajo no remunerado de cuidados. Así, el presupuesto se elabora analizando los posibles efectos en los distintos sectores de la economía y no sólo en el sector mercantil/público, como es lo habitual.

Ahora bien, en la idea original de los presupuestos con perspectiva de género se plantea como objetivo la “equidad de género” además de la eficiencia económica. Plantear como objetivo la equidad de género parece necesario pero no suficiente. Creemos que hay que trascender la idea de equidad para ir a un objetivo social más general: los niveles de vida o estándares de vida de toda la población.

Esto es posible al ampliar la visión del funcionamiento social y económico: el salario es un elemento que participa en el bienestar de las personas, pero no es el único; además de servicios ofrecidos por el sector público, el trabajo familiar doméstico y de cuidados se nos presenta como un aspecto absolutamente determinante de la calidad de vida de la población. En consecuencia, la contradicción social fundamental se desplaza del par salarios/beneficio para situarse en una tensión más amplia y profunda: entre estándares de vida de toda la población y beneficio.

En definitiva, se trata, en primer lugar, de trascender la idea de “igualdad” –ya que corre el riesgo de quedarse en una conquista sin consecuencias al no asegurar un cambio profundo de modelo social- e ir hacia una idea mucho más compleja de bienestar y sostenibilidad.

En segundo lugar, para avanzar hacia este objetivo, los presupuestos con perspectiva de género se nos presentan como un instrumento poderoso, como una forma clara de poner en relación al sector público con el bienestar de las personas, como una forma de entender que el sostenimiento de la vida humana no es un asunto privado del cual tengan que responsabilizarse las mujeres, sino que es un tema social y político.

Finalmente, los presupuestos con perspectiva de género, al estar elaborados teniendo en cuenta tanto la economía monetaria como la no monetaria, están estrechamente relacionados con el trabajo de cuidados no remunerado; que a su vez, como vimos anteriormente, es uno de los aspectos determinantes del sostenimiento de la vida humana entendido como un proceso ligado a la consecución de los mayores estándares de vida posibles para la población.

De esta manera, se cierra el círculo de las tres ideas que se intenta poner en relación: estándares de vida relacionados con el sostenimiento de la vida humana como objetivo central, presupuestos con perspectiva de género como instrumento y trabajo de cuidados no remunerado a tener en cuenta como aspecto básico del cuidado de la vida.

Ahora bien, todas estas ideas son relativamente nuevas —al menos desde la perspectiva aquí planteada— y están en proceso de elaboración, discusión y reflexión tanto desde el feminismo como desde otras corrientes de pensamiento afines. De aquí que puede resultar un tanto arriesgado —y también pretencioso— el intento de manejarlas en conjunto. En cualquier caso, a pesar de los problemas y debilidades que pueda tener esta propuesta, creemos que es necesario comenzar la andadura ya que permite vislumbrar nuevos caminos de investigación más prometedores para avanzar hacia el objetivo planteado.

Estudio de campo

Estas ideas se concretan en el estudio de un área específica: los cuidados socio-sanitarios no remunerados. A este respecto, el análisis económico -en particular, del sector sanitario- ha ignorado el cuidado no remunerado, tratándolo implícitamente como un recurso libre no escaso. Nunca se ha reconocido de forma explícita -integrándolo en el análisis- la enorme contribución que se realiza desde los hogares a las necesidades generales de cuidados de la población.

En esta investigación se analizan los cuidados relacionados con intervenciones sanitarias o enfermedades que podemos denominar ocasionales. El tema concreto a estudiar es el espacio de cuidados invisible que se produce entre las necesidades de cuidados de una persona con algún problema de salud y las que ofrece el sistema sanitario. El objetivo es destacar que, incluso en situaciones no críticas de cuidados, el trabajo que aportan las personas cuidadoras no remuneradas, es de cuantía importante, tiene efectos negativos en su trabajo y en sus vidas y es absolutamente necesario para el bienestar de la población.

En concreto se estudian las características, las implicaciones para la persona cuidadora, los costes diversos que representa, el tiempo y la valoración del trabajo no remunerado dedicado al cuidado de enfermos con atención hospitalaria, tanto dentro del hospital como posteriormente en el hogar. El estudio se realizó en un hospital público de tamaño grande: la Corporació Sanitaria Parc Taulí (CSPT) de la ciudad de Sabadell. Para el estudio se utilizaron

- 1) análisis de datos secundarios de la actividad asistencial del CSPT
- 2) entrevistas en profundidad realizadas al personal sanitario y responsable de la CSPT
- 3) encuestas personales y telefónicas realizadas a las personas cuidadoras principales sociosanitarias no remuneradas. Estas se realizaron a pacientes de dos tipos: pacientes del hospital convencional y pacientes de cirugía mayor ambulatoria (sin ingreso hospitalario). En ambos casos, la encuesta constó de dos partes; la primera se realizó en el hospital y la segunda, días después cuando la o el paciente ya estaban en casa.

Resultados

En primer lugar hay que destacar que, tanto por su importancia cuantitativa como por la importancia que otorgan las personas cuidadoras, las personas enfermas y los propios/as profesionales sanitarios/as, el trabajo de cuidados sociosanitarios no remunerados es un elemento clave en el bienestar y la calidad de vida de las personas enfermas. Y no sólo por aquellos componentes más de carácter médico, de vigilancia y de actividades domésticas necesarias; sino por lo que conllevan de afectividad y de relaciones. Estos últimos más difíciles de medir y de valorar cuantitativamente pero no por ello menos importantes. Todo ello nos ha permitido comprobar, bajo el prisma de la calidad de vida, la necesidad de tener en cuenta ambos trabajos que se ponen en funcionamiento en los cuidados sociosanitarios –el remunerado y el no remunerado–, como recursos sociales que participan en el mismo proceso.

Junto a ello, los resultados han visibilizado que el trabajo de cuidados sociosanitarios no remunerado es realizado mayoritariamente por las mujeres (tanto en el hospital como en el hogar), permitiéndonos profundizar en los que hemos llamado las “estrategias femeninas de cuidados”. Las personas cuidadoras femeninas no sólo son cuidadoras de las personas enfermas de su entorno más próximo – de su hogar- (situación que sí caracteriza a los hombres), sino que ellas son cuidadoras de otras mujeres (sus hermanas, madres, hijas ya adultas independizadas, nueras) y de otros hombres que no viven con ellas: su trabajo de cuidados traspasa las paredes de su hogar. Además, su trabajo de cuidados tienen un doble papel: o son las personas cuidadoras principales en exclusiva o son personas cuidadoras ocasionales que ayudan y colaboran en los cuidados de otras personas. Los hombres, en cambio, sólo son los cuidadores

principales en exclusiva en ausencia de otras mujeres, dedicando menos tiempo al trabajo de cuidados que las mujeres.

Para las mujeres lo habitual es compartir el trabajo de cuidados sociosanitario con otras mujeres del entorno familiar, estableciéndose unas estrategias femeninas de compartir estos trabajos movilizand las redes sociales femeninas. Además, los resultados muestran que los hombres enfermos siempre tienen mayor tiempo de cuidados en casa al día que las mujeres (esto es, reciben más cuidados o los reclaman). Ello apunta a la existencia de desigualdades de sexo tanto cuando las mujeres son cuidadoras como cuando están enfermas y necesitan cuidados.

Las desigualdades por sexo se visibilizan también al analizar las posibles incompatibilidades y restricciones del trabajo de cuidados con la vida cotidiana de las personas cuidadoras, los costes y las renunci as que se tienen que asumir. Renunci as, costes e incompatibilidades que sufren mayoritariamente las mujeres, al ser ellas las que asumen de forma mayoritaria el trabajo de cuidados. Entre los costes se pueden señalar, por sus importantes consecuencias sociales y económicas, los problemas que se presentan en relación a su participación en el mercado laboral. Los resultados han mostrado que las mujeres reducen su trabajo mercantil, siendo la situación más crítica la del 18% de las mujeres cuidadoras en el hospital que lo abandona. Otras estrategias son la utilización de días libres, de vacaciones o días personales (el 40% de las ocupadas). Muy pocas de ellas, no así los hombres, utilizan el “justificante del hospital” ya que temen sufrir consecuencias laborales no deseadas por hacer uso de él.

La situación socioeconómica acentúa los conflictos que las mujeres soportan entre el trabajo de cuidados a la persona enferma y los dos otros trabajos que realizan, el trabajo familiar doméstico y el trabajo remunerado; afectando de forma crítica a la calidad de vida de las mujeres de nivel social más bajo ya que tienen menor capacidad de flexibilidad de horarios laborales, menor control y capacidad de organización laboral, y, sobretodo, menor posibilidad de mercantilizar parte del trabajo doméstico. Y, también, por la situación de empobrecimiento relativo que significa dedicar tiempo a una actividad no remunerada en términos de coste de oportunidad. Por otra parte, afecta de forma importante a la organización de la cuidadora la presencia en su hogar de otras personas que requieren especial atención por razones de edad: menores o ancianas, que requieren un tipo de cuidados con pocas posibilidades de disminuir temporalmente.

Las mujeres cuidadoras de la persona enferma en el hogar sufren una pérdida importante de tiempo libre y de ocio (el 66% así lo expresa), apareciendo este tiempo

como la variable de ajuste y de reequilibrio de los tiempos cotidianos. Aunque no es únicamente el tiempo libre y el ocio el coste fundamental de las mujeres en la compatibilización de los trabajos, sino que es frecuente el estrés, la ansiedad, el tiempo y la vida cotidiana como un puzzle a reconstruir día a día.

Esta situación conlleva a una desigualdad negativa manifiesta en el caso de las mujeres: sea por su papel mayoritario de cuidadoras, sea por su papel de enfermas, que reciben en general menos cuidados. Además, el trabajo familiar doméstico nunca es del todo abandonado por las mujeres: ni siendo ellas las personas enfermas o estando en periodos de convalecencia dejan de realizarlo. Es importante destacar este aspecto porque remite a la idea de que pareciera que las personas estuvieran divididas en dos grupos: las cuidadoras y las cuidadas; estando las mujeres naturalmente en el primer grupo.

Los resultados obtenidos en relación al tiempo (días y horas) dedicado a cuidados por parte de las personas cuidadoras señalan la importante cantidad de tiempo que demanda esta actividad a pesar de que los problemas que existen en la medición llevan a resultados subvalorados. En la investigación se insiste en que el cuidado, además de requerir tareas concretas, es fundamentalmente una relación (cuestión que queda clara en las tareas de “acompañamiento” con los/as pacientes en el hospital) y, como tal, difícil de traducir a un número sin vaciarla de contenido. Así y todo, los resultados son significativos.

Para las personas con estancia hospitalaria, la media de cuidados totales son aproximadamente 28 días entre hospital y hogar, de los cuales dos terceras partes se realizan en el hogar. Durante la estancia en el hospital, el 97% de las cuidadoras permanecen en el centro todos los días que requiere el o la paciente; además, muchas cuidadoras permanecen vigilantes por la noche. En relación al tiempo diario de dedicación (sin incluir el tiempo nocturno), en el hospital es de 10,4 horas y en el hogar de 9,0 horas. Destaca, por una parte, el mayor tiempo de cuidados requerido por los y las menores y, por otra, la mayor dedicación de las mujeres en relación a los hombres. Finalmente, si se considera también el tiempo de las cuidadoras ocasionales, el tiempo medio de cuidados aumenta a 12,9 y 12,2 horas en el hospital y el hogar respectivamente.

Para las personas atendidas en el CQA, los días de cuidados en el hogar -como era de esperar por el tipo de intervención- se reducen en relación a los/as pacientes del hospital. Como media se requieren alrededor de 13 días con una dedicación diaria de 7,5

horas por parte de la cuidadora principal, tiempo que aumenta hasta 9,6 horas diarias si se tiene en cuenta el apoyo de las cuidadoras ocasionales. En todo caso, es un tiempo significativo, teniendo en cuenta que son personas que no han necesitado ingreso hospitalario y que todo el cuidado post intervención se está realizando desde los hogares.

En relación a la valoración monetaria, ésta representa un grado mayor de abstracción que la medición. De aquí que, si medir el tiempo de cuidados ya presentaba problemas, valorarlo se hace mucho más complicado. Una actividad como el cuidado, que incorpora en el propio concepto aspectos subjetivos de afectos, emociones y relaciones, difícilmente tiene traducción a precios de mercado.

La aproximación a la valoración del tiempo de cuidados se realizó por tres vías. La primera, es la que se conoce como método de reemplazamiento y significa valorar según un salario de mercado de una actividad que se considere equivalente; en nuestro caso se utilizó el salario de la categoría 511 de la clasificación CNO94. La segunda y la tercera se hicieron por valoración directa de la persona cuidadora como respuesta a las preguntas ¿cuánto tendría que cobrar si trabajase realizando las actividades de cuidado que está ejerciendo en el hogar? y ¿cuánto tendría que abonarle la seguridad social por las actividades de cuidado que está realizando?

Los resultados obtenidos reflejan claramente las diferencias de los métodos en cuanto a si se trata de una valoración de mercado ajena a la propia relación entre persona cuidadora y persona cuidada o si se trata de una sustitución de la propia persona cuidadora. Los “salarios” mensuales en términos brutos obtenidos con los distintos métodos son respectivamente 1035, 1122 y 515 euros. Las diferencias entre los dos primeros métodos y el tercero se basan en que los primeros establecen una referencia mercantil, en cambio, el último representa una sustitución de la propia cuidadora que incluye su relación con la persona cuidada, que la propia cuidadora se niega a valorar. De hecho, un porcentaje significativo de las cuidadoras respondieron en este caso que la seguridad social no tenía que remunerarles nada.

Utilizando como “salario” la media de los dos primeros métodos para valorar el coste total del cuidado en el hogar de las situaciones estudiadas, se obtiene un coste total (diurno y nocturno) de 2.580 y 1498 euros respectivamente para personas atendidas en el hospital y personas atendidas en el CQA. Teniendo en cuenta el número de personas que fueron atendidas durante el año 2003 sólo con las mismas patologías estudiadas en el hospital convencional y el CQA de la CSPT, el coste total de los

cuidados no remunerados asciende a 19.670.770 y 2.781.136 euros respectivamente para cada centro. Teniendo en cuenta que según el balance de 2004 de la CSPT, la partida de sueldos y salarios más la cotizaciones a la Seguridad Social asciende a 71.039.608.10, el coste del trabajo no remunerado es más que significativo, el 31,6%.

En definitiva, los resultados del estudio muestran que el cuidado no remunerado para pacientes hospitalarios se está asumiendo fundamentalmente desde los hogares y, en particular, desde la población femenina. Que ello representa enormes costes de distintos tipos para las cuidadoras; costes que permanecen invisibles tanto para la economía como para la sociedad. Pero también representa costes sociales, costes que en los estudios habituales de economía de la salud no se consideran y que a medio plazo pueden tener consecuencias significativas: repercusiones negativas en el mercado laboral por la fuerza de trabajo femenina ocupada en cuidados, incremento de costes sanitarios por empeoramiento de la salud de las cuidadoras, pérdida de bienestar de la población cuidadora, etc.

La situación, en parte importante, es consecuencia de la rígida separación que se ha establecido entre espacio público y espacio privado, separación falsa pero que ha sido causa de que las condiciones de vida de las personas, su bienestar y su calidad de vida pasen a ser responsabilidad privada. También las políticas públicas llamadas de “conciliación” –aunque de manera no explícita- parten de la falsa premisa de división de espacios: existiría un espacio público y otro privado, que son necesarios de conciliar.

En el tema concreto que nos ocupa, la separación de espacios se traduce en que la responsabilidad del cuidado sociosanitario, una vez que el o la paciente abandona el hospital, es de la familia y, en particular, de las mujeres; sin ni siquiera plantearse que debería ser una responsabilidad de algún tipo compartida. Que en ocasiones exista algún tipo de ayudas sociales, no cambia el tema en relación a la responsabilidad. Aceptarlo como tema social significaría poder dar respuesta a la situación de una manera flexible aceptando la diversidad de las personas. Se trataría de asumir el cuidado entre sector público y privado, entre mujeres y hombres, sin penalizaciones laborales, con posibles ayudas remuneradas, etc. En este sentido, la acción del sector público conectada a la idea de estándares de vida y al papel del trabajo de cuidados en ello, es determinante.

TABLAS

Tabla 1. Perfil de la persona enferma según sexo de la persona cuidadora principal

	Sexo de la persona cuidadora		
	Hombre	Mujer	Total
Hombres edad intermedia	5,6%	94,4%	100,0%
Mujeres edad intermedia	52,9%	47,1%	100,0%
Hombres mayores	7,7%	92,3%	100,0%
Mujeres mayores	33,3%	66,7%	100,0%
Niñas	16,0%	84,0%	100,0%
Niños	21,4%	78,6%	100,0%
Total	25,9%	74,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Tiempo de cuidados realizados por la persona cuidadora principal (en días y %)

	En el hospital		En el hogar		Totales	
	Días	%	Días	%	Días	%
Mujeres	9,3	77,6	19,8	77,8	29,1	77,6
Hombres	7,6	22,4	20,5	22,1	28,1	22,4
Total	8,9	100	19,9	100	27,9	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Tiempo dedicado a cuidados por la persona cuidadora principal (horas diarias y %)

	Hospital		Hogar	
	Tiempo medio	%	Tiempo medio	%
Mujeres	10,7	77,6	9,1	77,2
Hombres	9,1	22,4	8,5	22,8
Total	10,4	100	9,0	100

Nota: la pequeña diferencia en los porcentajes entre “hospital” y “hogar” se debe a la falta de respuesta por parte de algunas cuidadoras en la segunda parte de la encuesta.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Tiempo de cuidados realizados por la cuidadora principal (CQA) (días, horas por día, %)

	Días en hogar		Horas por día	
	Días	%	Horas	%
Mujeres	13,8	71,7	6,9	70,0
Hombres	10,4	28,3	8,7	30,0
Total	12,8	100	7,5	100

Nota: La pequeña diferencia en los porcentajes entre días y horas por día se debe a la falta de respuesta por parte de algunas cuidadoras en relación a las horas que dedicaba por día al cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. “Salarios” y valores totales del trabajo de cuidados según los distintos métodos de valoración (euros)

	Salario bruto mensual	Valor pacientes hospital		Valor pacientes CMA	
		Diurno	Nocturno	Diurno	Nocturno
Primer método	1035,13	1496,01	980,1	806,4	630,9
Segundo método	1122	1621,6	1063,2	874,1	683,9
Tercer método	514,8	744	487,8	401,1	313,8

Fuente: Elaboración propia.