



INSTITUTO NACIONAL
DE LAS MUJERES
MÉXICO

El papel de mujeres y hombres en el cuidado de la salud dentro de los hogares

Los cuidados a la salud de terceros dentro de los hogares es un tema que cada vez toma más importancia en nuestro país. Los cambios en la estructura de la población que conllevan un inminente proceso de envejecimiento y la transición epidemiológica que muestra la prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónico-degenerativas, han provocado que aumente la población que requiere cuidados especiales. Dichos cuidados pueden o no ser responsabilidad de las instituciones de salud, sin embargo, se ha visto que cada vez recaen de manera más directa en cada uno de los hogares.

No es objeto de este documento polemizar hasta dónde la responsabilidad es de las instituciones de salud y hasta dónde es responsabilidad de los familiares. El objetivo de este trabajo es mostrar la participación y algunas características de las mujeres y los hombres que realizan actividades relacionadas con el cuidado de la salud de terceras personas dentro de los hogares, observando las principales diferencias por sexo.

Además, se mostrarán algunas características de los hogares en donde alguno de sus miembros necesita ayuda para realizar actividades básicas o de otro tipo, debido a que tiene alguna limitación física o mental.

Para ello tomaremos como fuente de datos la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002,¹ la cual nos permitirá visibilizar una parte importante del trabajo doméstico que se realiza en los hogares y que se relaciona con los cuidados a la salud.

Antecedentes

La probabilidad de vivir más años se ha incrementado de manera notable en los últimos decenios. La esperanza de vida al nacimiento presenta un ascenso de casi 30 años de vida en el periodo 1950-2005 y se espera que siga en aumento.

Datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 indican que:

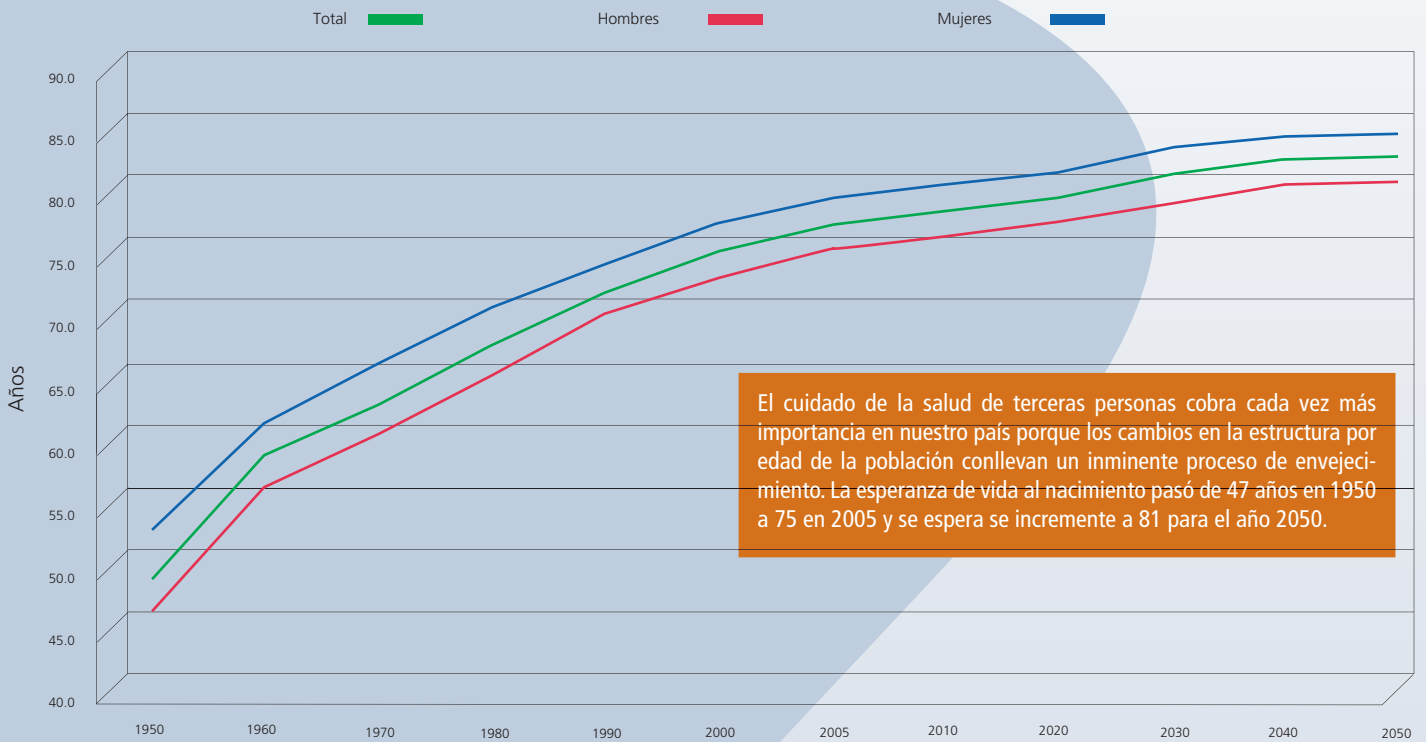
- Existen 22.3 millones de hogares
- en 23.3 por ciento de esos hogares vivía al menos un adulto mayor
- en 5.4 por ciento de los hogares mexicanos sólo residían adultos mayores.

Por otro lado:

- Dos por ciento de la población tenía algún tipo de discapacidad
- 45 por ciento de las personas con discapacidad era derechohabiente de alguna institución de salud.

¹ Esta encuesta forma parte del trabajo interinstitucional del INMUJERES con el INEGI y contó con el apoyo técnico de UNIFEM. Se levantó como un módulo de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2002 y es una fuente importante para visibilizar el trabajo doméstico e incluso para darle una valoración económica.

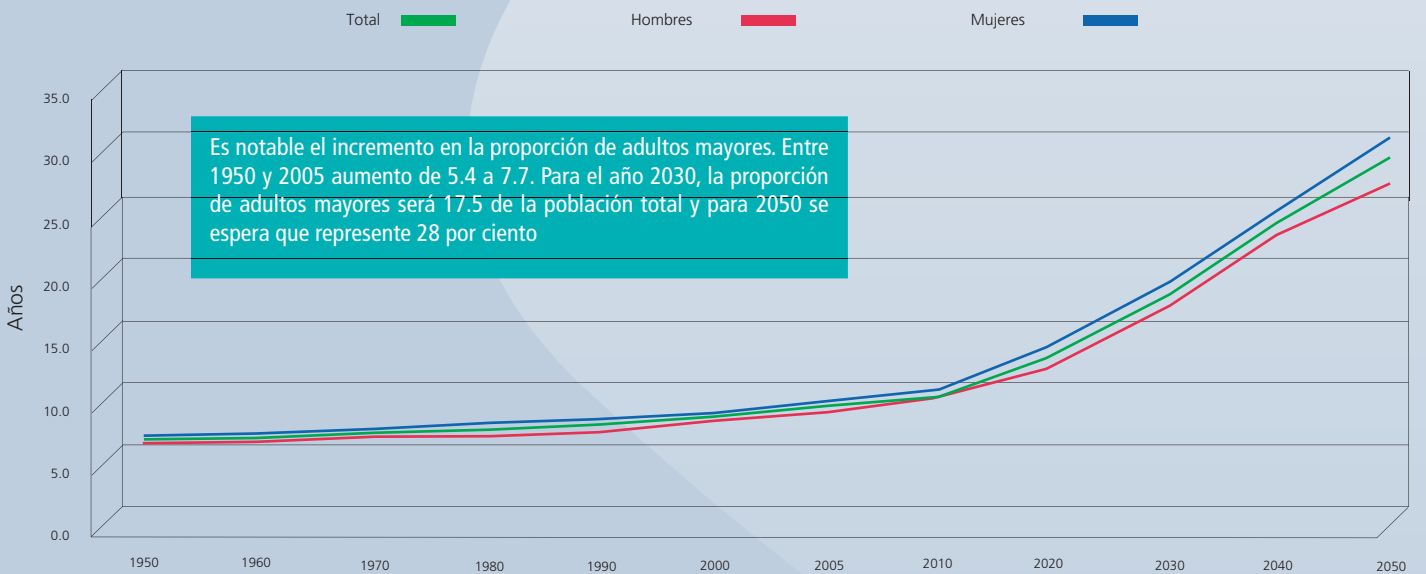
Gráfica 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1950-2050



El cuidado de la salud de terceras personas cobra cada vez más importancia en nuestro país porque los cambios en la estructura por edad de la población conllevan un inminente proceso de envejecimiento. La esperanza de vida al nacimiento pasó de 47 años en 1950 a 75 en 2005 y se espera se incremente a 81 para el año 2050.

Fuente: CONAPO, México, 1988.
 CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1990-2050. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>.

Gráfica 2. Proporción de adultos mayores por sexo, 1950-2050



Es notable el incremento en la proporción de adultos mayores. Entre 1950 y 2005 aumento de 5.4 a 7.7. Para el año 2030, la proporción de adultos mayores será 17.5 de la población total y para 2050 se espera que represente 28 por ciento

Población de 60 años y más.
 Fuente: CONAPO, México demográfico, 1988.
 CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1990-2050. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>

En términos demográficos, el envejecimiento se define como el incremento en la proporción de población de edad avanzada y la disminución de la de niños y jóvenes. Este proceso está determinado por el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Según los parámetros de la Organización de las Naciones Unidas, que considera que una población está envejecida si más de siete por ciento de sus miembros tiene 65 años o más, o más de 10 por ciento cuenta con 60 años o más, México todavía no es un país envejecido; sin embargo, el rápido crecimiento de la población en los últimos grupos de edad indica que no falta mucho para que lo sea (ver gráfica 2). Los datos del Censo de 2000 indican que los adultos de 65 años y más representaban 4.9 por ciento de la población de México y los de 60 años y más 7.3 por ciento; y estos porcentajes se incrementaron, de acuerdo con las proyecciones de población, a 5.3 y 7.7 por ciento, respectivamente.²

Atender a este creciente sector de la población es uno de los mayores retos que enfrentan las sociedades en la

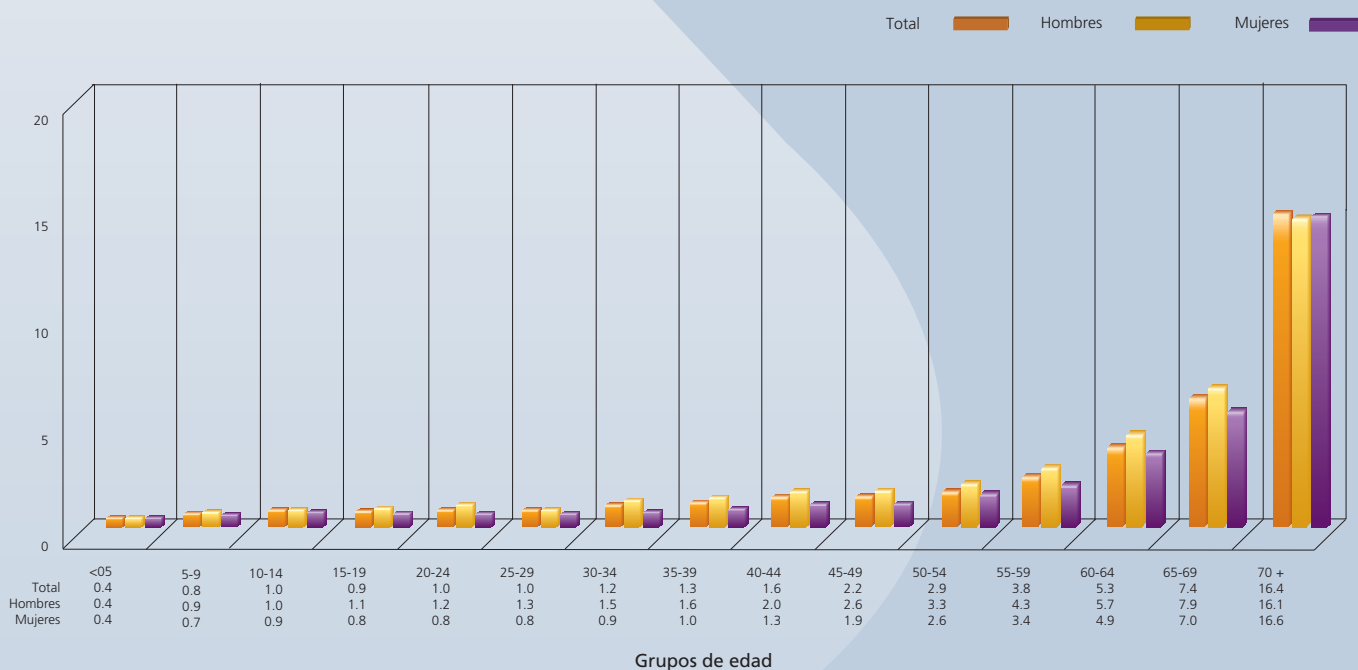
actualidad, especialmente en cuanto a la prestación de servicios sociales y de salud, hecho que afecta aún más a los países como México (INMUJERES, 2002), donde en muchas regiones dicho envejecimiento se presenta en un marco de pobreza y marginalidad.

Por otro lado, el panorama actual de la salud en México permite advertir la vulnerabilidad de la población ante la enfermedad y en el acceso a los servicios. Existe una prevalencia cada vez más acentuada de enfermedades crónico-degenerativas:

- Las enfermedades del corazón
- Los tumores malignos
- La diabetes *mellitus*
- Las enfermedades cerebrovasculares

representan las principales causas de muerte de la población de 60 años y más (INEGI-INMUJERES, 2005).

Gráfica 3. Porcentaje de la población con discapacidad por grupos de edad, según sexo, 2000



Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos.

² Se observan diferencias importantes por sexo: la población femenina de 60 años y más en 2005 representa 8.3 por ciento del total de mujeres de esa edad y, en el caso de los hombres, el porcentaje es de 7.1 (Población estimada, INMUJERES, 2004).

Ante esta situación, si bien los adelantos médicos y las mejores opciones de tratamiento pueden prevenir la muerte de muchas personas que sufren este tipo de enfermedades, no evitan que padezcan secuelas discapacitantes por periodos prolongados de tiempo.

El caso de los accidentes también es relevante, pues además del enorme número de muertes que provocan, las lesiones pueden ser muy graves y dejar secuelas discapacitantes permanentes.

La mayor proporción de población que tiene algún tipo de discapacidad tiene más de 60 años y el problema se acentúa entre la población mayor de 70 (gráfica 3). La discapacidad motriz es la que predomina entre los adultos mayores, afectando a 5.6 por ciento de los hombres y a 6.2 por ciento de las mujeres; en menor proporción se encuentra la discapacidad visual, que sufre 3.2 de los hombres y 3.3 por ciento de las mujeres; y la auditiva, sufrida por 2.7 por ciento de los hombres y 1.9 por ciento de las mujeres; en porcentajes mucho menores se encuentran la discapacidad mental (0.4 por ciento de ambos sexos) y la del lenguaje (0.2 por ciento de los hombres y 0.1 de las mujeres).

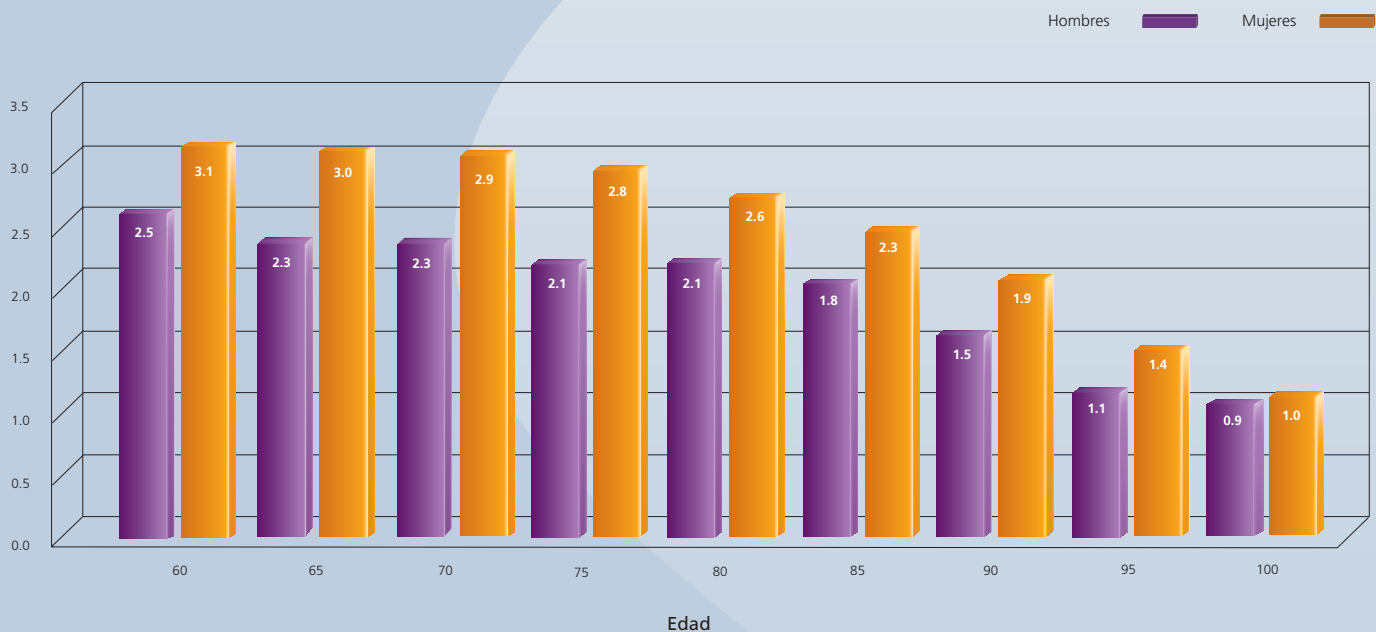
Las personas que llegan sanas a los 60 años tienen altas probabilidades de vivir con algún tipo de discapacidad

durante el tiempo que les quede de vida porque se incrementa en ellas el riesgo de sufrir deterioro funcional, el cual puede estar asociado a un decremento de su autonomía para realizar cierto tipo de actividades. La gráfica 4 muestra que las mujeres tienen mayores probabilidades de vivir más años con algún tipo de discapacidad que los hombres.

A este panorama se suma el escaso acceso de las personas de edad avanzada a servicios de seguridad social y a otros medios que puedan servir de apoyo durante la vejez y que le permitan cubrir sus necesidades, entre otras, la de atención a la salud. En este sentido, apenas cerca de 50 por ciento de los adultos de 60 años y más cuenta con seguridad social,³ la cual puede representar una ayuda importante al reducir los gastos de atención a la salud.

Los Censos Generales de Población y Vivienda y los Conteos de Población y Vivienda dan cuenta de la importante presencia de adultos mayores y de personas con algún tipo de discapacidad, sin embargo, no permiten diferenciar aquellos que requieren cuidados especiales porque no pueden valerse por sí mismos. Esta información será posible obtenerla a través de los datos que proporcionan la Encuesta Nacional sobre Ingresos y Gastos en los Hogares y la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

Gráfica 4. Años promedio de esperanza de vida con discapacidad para las personas que llegan sanas a partir de los 60 años, por edad y sexo, 2000



Fuente: CONAPO, Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI.

³ Según estimaciones del CONAPO, con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 (CONAPO, 2004).

Atención de la salud dentro de los hogares

La situación mostrada hasta ahora indica la necesidad de reestructurar los servicios de seguridad social para la población, de tal manera que se puedan atender las necesidades de la población en continuo crecimiento, especialmente de la población adulta mayor, que incrementa la frecuencia de enfermedades que requieren de tratamientos costosos y prolongados.

El tiempo promedio de estancia en los hospitales se ha reducido, trasladando los cuidados necesarios después de una enfermedad o una cirugía o un tratamiento específico a los hogares.

En este sentido, dadas las limitaciones de las instituciones públicas y el elevado costo de las privadas, la atención de la salud recae directamente en los hogares y en mayor medida en las mujeres.

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002 (ENUT 2002) y el cuidado de la salud en los hogares mexicanos

La ENUT, entre otras bondades, tiene la de permitir medir el tiempo que los miembros de los hogares dedican al cuidado de la salud y, por lo tanto, tener un acercamiento al papel que juega la población en las actividades que las instituciones de salud les han delegado.

La Encuesta identificó que uno por ciento de la población del país requiere ayuda para realizar ciertas actividades porque:

- No puede moverse o caminar.
- No puede usar sus manos o brazos.
- No puede ver o sólo ve sombras.
- Tiene algún problema mental.
- Otra situación,

siendo las principales causas de limitación no poder moverse y las enfermedades mentales.

De esta población que requiere ayuda:

- 58 por ciento son mujeres
- De las mujeres que requieren ayuda, 53 por ciento tiene 65 años o más



- De los hombres que requieren ayuda, 46 por ciento tiene 65 años o más.

Los datos refuerzan lo que muestran las gráficas 3 y 4: de la población con algún tipo de discapacidad que requiere ayuda de terceras personas, una proporción importante es adulta mayor y del sexo femenino.

El cuestionario de la ENUT 2002 contiene una sección específica sobre *apoyo y cuidado de personas con limitaciones físicas o mentales* que identifica a la población que realiza actividades como ayudar a comer, a bañarse o arreglarse, a ir al baño o cambiar el pañal, que participa en terapias, que acompaña a lugares donde se prestan servicios médicos o que está al pendiente de la persona con limitaciones. Por otra parte, identifica a enfermos “temporales” que no tienen limitaciones físicas o mentales, pero que requirieron el cuidado de algún miembro del hogar ya sea en el hogar mismo o de acompañamiento en el hospital.⁴

⁴ Nos referimos a las secciones J y K del cuestionario que pueden verse en el anexo de la publicación *Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002*, realizada por la Dra. Mercedes Pedrero, INMUJERES, México, 2005.

Tiempo dedicado al cuidado de la salud de terceras personas y tipo de cuidado realizado

De acuerdo con la ENUT 2002, cuatro por ciento de la población de 12 años y más dedica parte de su tiempo al cuidado de la salud de terceros, ya sea de personas con algún tipo de limitación física o mental o de enfermos temporales. A esta actividad, estas personas le dedican en promedio 14 horas a la semana.

En términos de tasas de participación, es clara la mayor participación de las mujeres; la razón mujeres entre hombres indica que el tiempo que dedican las mujeres casi duplica al de los hombres, excepto en el cuidado a enfermos temporales, categoría en la que si bien la tasa de participación femenina es mayor que la masculina, el tiempo que dedican los hombres es mayor⁵ (cuadro 1).

Entre las diferencias por sexo sobresalientes, vemos que las mujeres que participan en el cuidado de la salud dedican en promedio 16 horas a la semana a actividades relacionadas con el cuidado de la salud de terceras personas, mientras que los hombres dedican en promedio 10 horas 36 minutos, es decir, 6 horas y media menos.

Cuadro 1				
Tasas de participación y horas promedio a la semana dedicadas al cuidado de la salud de terceros, según tipo de cuidado por sexo, 2002				
Tipo de cuidado ⁶	Tasa de participación		Horas promedio	
	Hombres	Mujeres	Total	M/H
Cuidados básicos	1.2	2.1	6.6	2.0
Hizo terapia o acompañó	0.9	1.1	4.6	1.7
Está al pendiente	1.1	1.8	17.4	1.9
Cuida a un enfermo temporal	1.2	2.6	7.7	0.8
Total	2.9	5.0	14.1	1.5

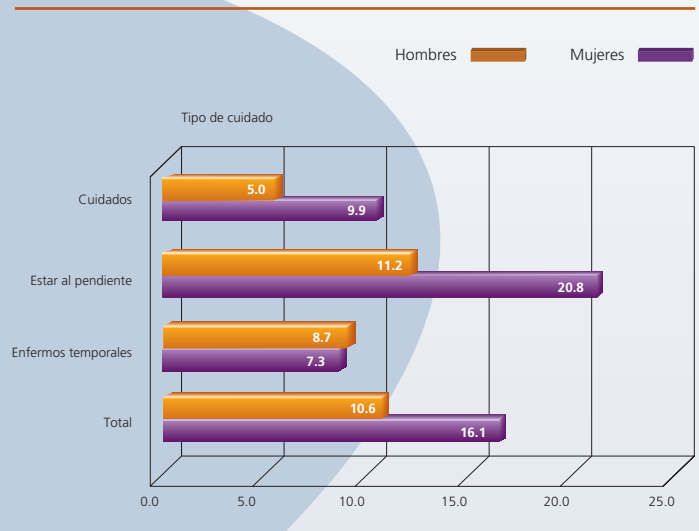
Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.
Tasa por 100 habitantes de 12 años y más.

Nota: La categoría de cuidados básicos incluye (le dio o le ayudó a comer; lo bañó, aseó, vistió, arregló o le ayudó a hacerlo; le ayudó a ir al baño o le cambió el pañal). La categoría hizo terapia o acompañó se desprende de las respuestas a las preguntas: ¿Le hizo alguna terapia especial o platicó con esa persona? y ¿lo llevó o acompañó al servicio médico a terapias o a realizar algún trámite? La categoría está al pendiente se refiere a la pregunta específica: ¿estuvo al pendiente de esta persona mientras usted hacía otras cosas? La categoría enfermo temporal se refiere a la pregunta: ¿Cuidó a algún miembro del hogar enfermo o lo acompañó en el hospital?

Llama la atención que los hombres dedican en promedio 1 hora 24 minutos más que las mujeres a cuidar a enfermos temporales (gráfica 5).

Otro punto a resaltar es el número de horas que las mujeres están al pendiente de personas con limitaciones físicas o mentales. Si bien estar al pendiente pudiera significar tener tiempo para realizar otro tipo de actividad,

Gráfica 5. Promedio de horas a la semana que dedica la población al cuidado de terceras personas por tipo de cuidado según sexo, 2002



Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

des, implica también no tener la libertad de salir de la casa y, por tanto, el tipo de actividades simultáneas muy probablemente estén más relacionadas con lo doméstico. Es precisamente en esta categoría donde la brecha es mayor en cuanto al tiempo que dedican mujeres y hombres (9 horas y 36 minutos a la semana en promedio).

El cuadro 2 refuerza el hecho de que son las mujeres quienes más apoyan a personas enfermas o con alguna discapacidad física o mental. De las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de terceras personas por algún problema de salud, entre 58 y 70 por ciento son mujeres.

Es importante mencionar que la categoría de enfermos temporales se utiliza por separado porque, a diferencia de los cuidados de personas con limitaciones físicas o mentales que necesitarán ayuda durante largos periodos de tiempo, los enfermos temporales la requieren justamente sólo de manera temporal. En este sentido, el impacto físico y psicológico de quienes realizan este tipo de actividades será diferente de acuerdo con el tipo de cuidado que realicen.

El cuadro 3 quizá nos permita diferenciar las actividades que implican un mayor desgaste físico consideradas

⁵ Es preciso aclarar que el promedio de horas corresponde solamente a la población que participa en este tipo de actividades.

⁶ Se hizo una agrupación de categorías debido a que los tamaños de muestra eran insuficientes para presentar a cada categoría por separado. La agrupación hecha se muestra en las notas del cuadro.

Cuadro 2

Distribución porcentual de las personas que dedican parte de su tiempo a cuidar a terceros según tipo de cuidado por sexo, 2002

Tipo de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Cuidados básicos	36.4	65.4	100
Hizo terapia o acompañó	41.4	58.6	100
Está al pendiente	35.6	64.4	100
Cuida a un enfermo temporal	30.5	69.5	100

Fuente: Inmujeres, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

en la categoría de cuidados generales y acompañamiento (dar de comer, bañar, cambiar pañales, llevar a terapias o hacerlas, etc); de la categoría estar al pendiente, que indica poder realizar otro tipo de actividades, lo cual puede implicar igual desgaste físico pero disminuir, al menos momentáneamente, el desgaste emocional; y finalmente, diferenciarlas de las relacionadas con lo que hemos llamado enfermos temporales y que pueden implicar mucho desgaste físico y emocional pero sólo de manera temporal.

Es importante considerar que cuidar a un enfermo temporal puede acarrear otro tipo de problemas y preocupaciones, como desatender el trabajo extradoméstico para cuidar al enfermo, especialmente en situaciones donde no existe el apoyo institucional necesario. En el caso de las personas que no participan en el trabajo extradoméstico, representa una carga más de la ya de por sí carga que representa el trabajo doméstico.

Es en la categoría de cuidado a enfermos temporales donde la diferencia entre mujeres y hombres en cuanto al tiempo dedicado es menor. Sin embargo, en la primera categoría, que agrupa las actividades que significan más desgaste físico y emocional, el tiempo dedicado por las mujeres duplica el tiempo dedicado por los hombres. En la categoría estar al pendiente también es mucho más el tiempo dedicado por las mujeres que seguramente tienen como ocupación las actividades domésticas (cuadro 3).

Cuadro 3

Tasa de participación y promedio de horas a la semana dedicadas al cuidado de la salud de terceros de las personas que realizan este tipo de actividades, por sexo, 2002

Actividades	Tasa de participación		Horas promedio		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Total
Cuidados generales y acompañamiento	1.5	2.3	5.0	9.9	8.0
Pendiente	1.1	1.8	11.2	20.8	17.4
Enfermos temporales	1.2	2.6	8.7	7.3	7.7
Total	2.9	5.0	10.6	16.1	14.1

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.



Foto: Claudia Gutiérrez-Santana

Características de las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de la salud de algún miembro del hogar

Edad

Los datos muestran que la carga del cuidado de la salud de terceras personas recae, en general, en las personas menores de 45 años. Puede tratarse de personas jóvenes que apoyan a sus padres, abuelos, suegros y suegras. No obstante, se observan diferencias importantes por sexo: los hombres que participan en el cuidado de la salud

de terceros en su gran mayoría son menores de 45 años y disminuye de manera notable la participación de hombres mayores de esa edad; por el contrario, en el caso de las mujeres no se observa que disminuya la carga de las mujeres mayores de 45 años que participan en este tipo de tareas.

La situación de las personas que cuidan a enfermos tem-

Cuadro 4

Distribución porcentual de las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de la salud de terceros según grupos de edad por sexo, 2002

Grandes grupos de edad	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Cuidados generales y acompañamiento			
< 45	61	74	52
45 y más	39	26	48
Estar al pendiente			
< 45	57	66	52
45 y más	43	34	48
Enfermos temporales			
< 45	80	75	82
45 y más	20	25	18

Nota: tamaños de muestra insuficiente

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

En el caso de los hombres que dedican tiempo al cuidado de enfermos temporales, se invierte la situación: son los hombres con mayores niveles educativos quienes participan. Es probable que esto responda a que los hombres con mayores niveles de instrucción y de acuerdo con los datos del cuadro 4, los más jóvenes (menores de 45 años), están más abiertos a participar en las tareas de tipo doméstico, incluyendo el cuidado de enfermos.

Condición de actividad

porales es diferente y recae principalmente en las personas jóvenes. Muy probablemente, esto se relaciona con el ciclo de vida de las personas y con el hecho de que muchas de las personas que requieren atención son niños y los cuidadores son su padres o madres⁷ (cuadro 4).

Nivel de instrucción

Se observa que las personas que dedican parte de su tiempo a apoyar en los cuidados a la salud de terceras personas en su mayoría tienen bajos niveles de escolaridad, y esto es más evidente entre las mujeres (cuadro 5). Es probable que las mujeres más escolarizadas estén insertas en actividades extradomésticas y, por tanto, dediquen menos tiempo al cuidado de la salud de personas que permanecen en los hogares.

Aunque los tamaños de muestra son insuficientes en el caso masculino, los datos permiten ver diferencias importantes entre mujeres económicamente activas y económicamente inactivas. La mayor participación femenina en cuidados a la salud se observa entre las mujeres económicamente inactivas, lo cual responde a que, por razones de género, son mucho más las mujeres que no participan en la actividad económica y, por tanto, recae en ellas cualquier actividad de tipo doméstico, en particular el cuidado de enfermos.

Las diferencias en cuanto a tiempo destinado a cuidados a la salud de terceros entre activas e inactivas son más acentuadas en la participación en el cuidado de enfermos temporales, lo cual indica que forma parte de las tareas asignadas a quienes sólo realizan trabajo doméstico (cuadro 6).

Cuadro 5

Distribución porcentual de las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de la salud de terceros según nivel de instrucción por sexo, 2002

Actividades	Total	Hombres	Mujeres
Nivel de instrucción			
Cuidados generales y acompañamiento			
Sin instrucción y básica incompleta	61	57	63
Básica completa y más	39	43	37
Estar al pendiente			
Sin instrucción y básica incompleta	59	52	64
Básica completa y más	41	48	36
Enfermos temporales			
Sin instrucción y básica incompleta	54	46	57
Básica completa y más	46	54	43

Nota: tamaños de muestra insuficiente.

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

LOS AVANCES EN LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES SE HAN REGISTRADO EN TODAS LAS GRANDES REGIONES DEL MUNDO, PERO ÉSTOS NO LAS HAN LIBERADO DEL TRABAJO DOMÉSTICO.

PEDRERO, 2005.

⁷ En el caso de los hombres, deben tomarse con reserva los datos ya que algunas casillas resultaron insuficientes.

Cuadro 6

Distribución porcentual de las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de la salud de terceros según condición de actividad por sexo, 2002

Actividades	Total	Hombres	Mujeres
Condición de actividad			
Cuidados generales y acompañamiento			
PEA	50.8	65.5	41.8
PEI	49.2	34.5	58.2
Estar al pendiente			
PEA	48.6	58.5	43.1
PEI	51.4	41.5	56.9
Enfermos temporales			
PEA	30.5	39.2	20.6
PEI	69.5	60.8	79.4

Nota: tamaños de muestra insuficientes

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

EL CUIDADO DE LA SALUD DE TERCERAS PERSONAS RECAE PRINCIPALMENTE EN LAS MUJERES Y SI SE TRATA DE MUJERES DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE AL TRABAJO DOMÉSTICO, ESTO SIGNIFICA UNA CARGA MÁS DE LA YA DE POR SÍ PESADA Y RUTINARIA CARGA DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS

En las categorías de *cuidados generales y acompañamiento* y *estar al pendiente*, las diferencias entre mujeres económicamente activas e inactivas no son tan acentuadas. Esto indica que cuando en un hogar habita alguna persona con algún tipo de limitación física o mental y que requiere el apoyo para realizar sus activida-

des cotidianas, el hecho de ser activo o inactivo económicamente no hace tanta distinción en cuanto a brindar el apoyo requerido. Las mujeres económicamente activas, además de cumplir con sus tareas de tipo extradoméstico, se ven en la necesidad de realizar actividades de apoyo a la salud, lo cual redundará en una mayor carga de trabajo para ellas.



Foto: Jorge A. Mauléon Cabrera

Tiempo para dedicarse a otras actividades

Los datos de la gráfica 6 muestran que el tener que atender a personas enfermas de manera regular puede limitar el desarrollo personal y profesional de quienes realizan esos cuidados, al reducir el tiempo que pueden dedicar a sí mismos. Básicamente, nos referimos al tiempo para la educación, para el trabajo extradoméstico y para el esparcimiento, la cultura y el entretenimiento.

Las mujeres de zonas urbanas que sí participan en el cuidado de la salud de terceros, a diferencia de las que no participan:

- Dedican menos tiempo al trabajo extradoméstico
- Dedican menos tiempo a la educación
- Dedican menos tiempo al esparcimiento, cultura y entretenimiento

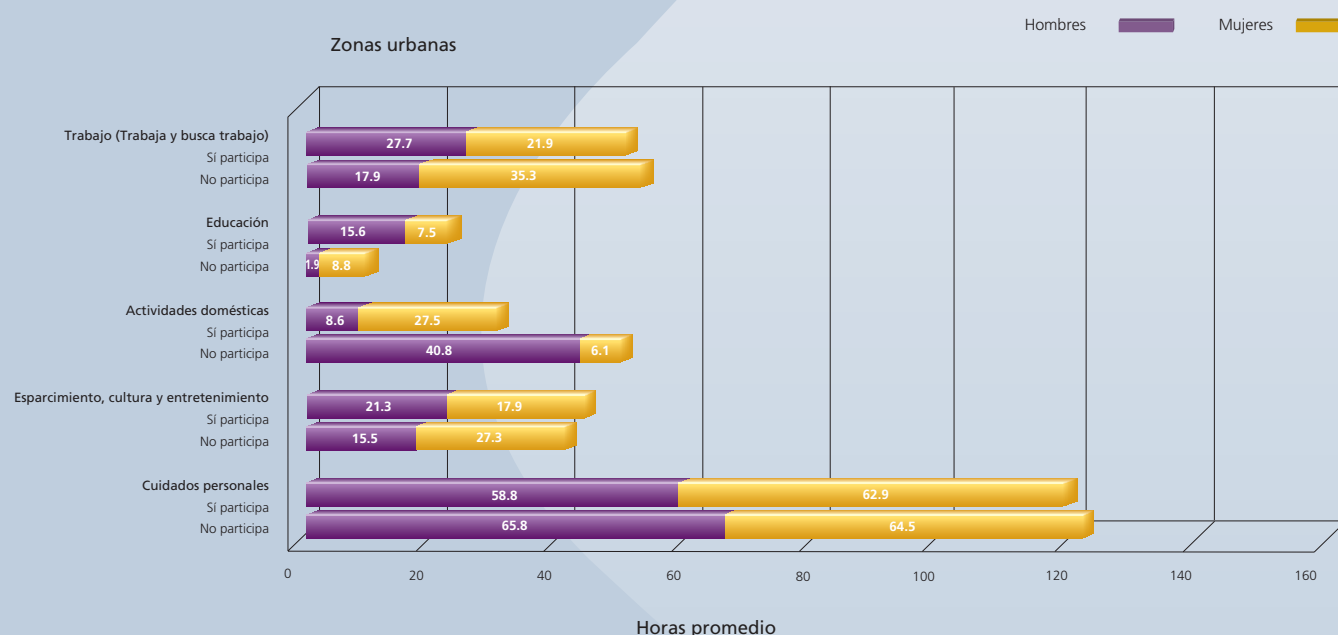
- Dedican menos tiempo a cuidados personales y
- Dedican más tiempo a actividades domésticas

Es claro que tienen menos oportunidades de desarrollo personal y profesional.

Los hombres de zonas urbanas que sí participan en el cuidado de la salud de terceros, a diferencia de los que no participan:

- Dedican más tiempo al trabajo extradoméstico
- Dedican más tiempo a la educación
- Dedican más tiempo al esparcimiento, la cultura y el entretenimiento
- Dedican menos tiempo a cuidados personales y

Gráfica 6. Promedio de horas a la semana dedicadas a diversas actividades según condición de participación en cuidados a la salud por sexo, 2002



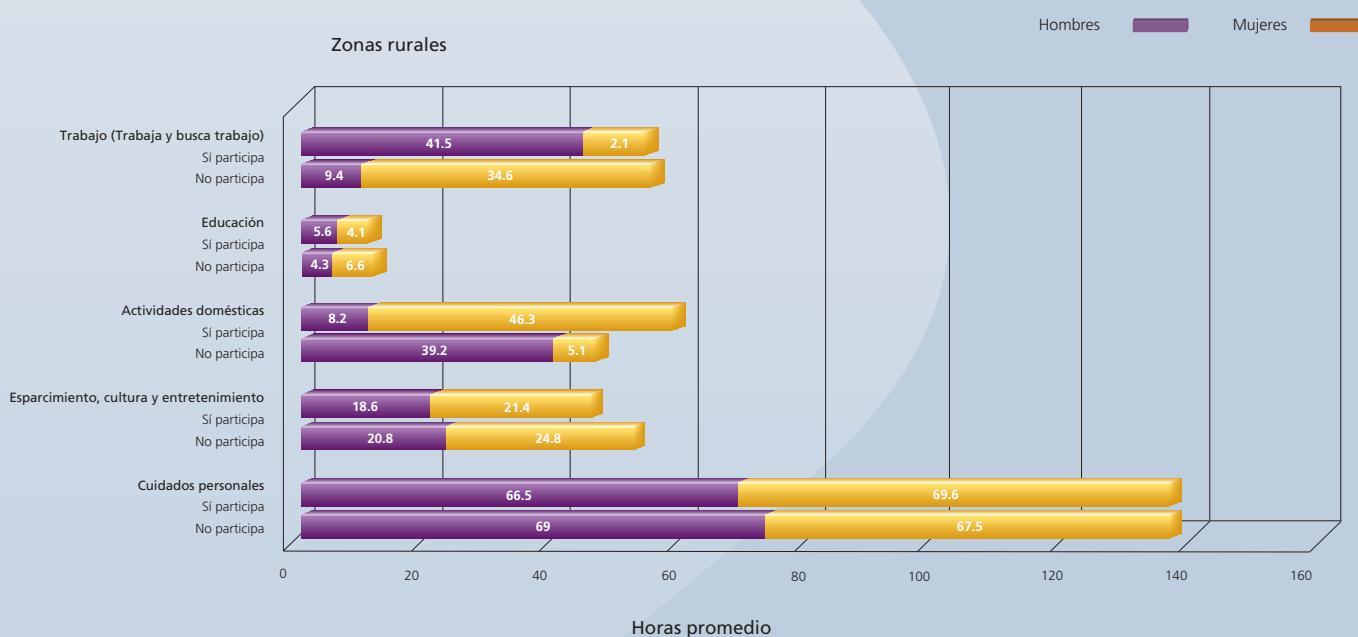
Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

TENER QUE ATENDER A PERSONAS ENFERMAS DE MANERA REGULAR PUEDE LIMITAR EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL DE QUIENES LO HACEN, AL REDUCIR EL TIEMPO QUE PUEDEN DEDICAR A SÍ MISMOS E INVERTIR SU TIEMPO EN EL TRABAJO EXTRADOMÉSTICO, EN EL ESPARCIMIENTO, EN LA CULTURA Y EN EL ENTRETENIMIENTO.

- Dedicar menos tiempo a actividades domésticas. Parece que, en el caso de los hombres, dedicar parte de su tiempo al cuidado de enfermos no limita su desarrollo personal y profesional, como lo muestran los datos en el caso de las mujeres. Seguramente esto responde a que dedican menos tiempo al cuidado de enfermos y por tanto el tiempo restante lo pueden dedicar a ellos mismos. Se trata, en general, de hombres jóvenes y con mayores niveles de instrucción que los que no participan en el cuidado de la salud de terceras personas; a diferencia de las mujeres que dedican parte de su tiempo a este tipo de actividades relacionadas con la salud, quienes muestran menores niveles de escolaridad y en las que se involucran una mayor proporción de mujeres de edades avanzadas, según se pudo constatar en los cuadros 4 y 5.

En el ámbito rural, la situación de las mujeres es similar en términos generales, pero con las debidas proporciones que conllevan las diferencias del tamaño de localidad por sí mismas. Es decir, el tipo de actividades referidas a trabajo doméstico y diversión, cultura y entretenimiento serán diferentes a las actividades referidas a esas mismas categorías en el ámbito urbano, además de que los “tiempos” en ambos tipos de localidades son diferentes. Las mujeres de zonas rurales que contribuyen al cuidado de enfermos, a diferencia de las que

Gráfica 7. Promedio de horas a la semana dedicadas a diversas actividades según condición de participación en cuidados a la salud por sexo, 2002



Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

no lo hacen:

- Dedicar mucho menos tiempo que las mujeres de zonas urbanas al trabajo extradoméstico y a la educación.
- Dedicar más tiempo al esparcimiento, la cultura y al entretenimiento, y un poco más de tiempo también a los cuidados personales que las mujeres de zonas urbanas. Es posible que esto responda a que les “rinda más el tiempo” en las zonas rurales y por tanto tienen mayor oportunidad de dedicarlo a este tipo de actividades.
- Es mucho mayor la carga en actividades domésticas.

En el caso de los hombres de zonas rurales, quienes participan en el cuidado de la salud de terceras personas, a diferencia de los que no lo hacen y de igual manera que los hombres de zonas urbanas, dedican más tiempo al

Cuadro 8
Tamaño promedio de los hogares donde vive al menos una persona que dedica tiempo al cuidado de personas con alguna limitación física o mental o a algún enfermo temporal por sexo del jefe del hogar, 2002

Tipo de cuidado	Total	Hombres	Mujeres
Cuidados generales y acompañamiento	4.7	4.8	4.2
Estar al pendiente	4.6	4.9	4.1
Enfermo temporal	5.3	5.2	5.5
Total	5.0	5.1	4.9

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

trabajo extradoméstico y menos a las actividades domésticas. En los otros rubros considerados, las diferencias no son tan importantes.

Hogares con miembros que necesitan cuidados por salud

Los hogares en los que alguno de sus miembros dedica parte de su tiempo a atender las necesidades de salud de otros de sus integrantes son básicamente familiares y, en mayor medida, de tipo ampliado.⁸

El tamaño promedio de los hogares en donde al menos uno de sus miembros dedicó tiempo al cuidado de la salud de terceros es superior al tamaño promedio de los hogares familiares que según el censo de 2000 fue de 4.5 miembros (cuadro 8). Esto indica que, muy probablemente, se agregue un integrante al hogar ya sea porque necesita cuidados o porque se necesita su apoyo en los cuidados a la salud de un tercero.

Aproximadamente, en el cincuenta por ciento de los hogares donde hay alguna persona que necesita apoyo por cuestiones de salud, la tarea recae en una sola persona (cuadro 9). Esto es más claro en el

Cuadro 7
Distribución porcentual de los hogares cuyos miembros dedican parte de su tiempo al cuidado de la salud de terceros según clase de hogar y presencia o no de personas que necesitan cuidados especiales, 2002

Clase de hogar y tipo de cuidado	Presencia de personas con algún tipo de discapacidad física o mental que requieren de cuidados de terceras personas			
	Sí	No	Total	Sí
Cuidados básicos				100
Nuclear	1.9	98.1	100	41.9
Ampliado	8.4	91.6	100	57.0
Otros	0.4	99.6	100	1.1
Pendiente				100
Nuclear	1.6	98.4	100	41.9
Ampliado	7.0	93.0	100	58.1
Otros	0.0	100.0	100	0.0
Enfermo temporal				100
Nuclear	3.9	96.1	100	57.1
Ampliado	9.5	90.5	100	42.9
Otros	0.0	100.0	100	0.0
Total				100
Nuclear	5.8	94.2	100	50.9
Ampliado	18.0	82.0	100	48.7
Otros	0.4	99.6	100	0.4

La categoría otros incluye a los hogares compuestos (hogar nuclear o ampliado más no parientes) y corresidentes (sus miembros tienen lazos de unión, de costumbre o amistad, con el jefe o jefa del hogar pero no son familiares). Es claro que no haya hogares unipersonales (hogares con un solo miembro); pues se está considerando la ayuda a terceras personas.

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

⁸ **Nuclear:** jefe o jefa presente o ausente con cónyuge con o sin hijos; jefe o jefa presente o ausente sin cónyuge con hijos. **Ampliado:** jefe o jefa presente o ausente con o sin cónyuge, con o sin hijos y con otros parientes consanguíneos o políticos.

caso de los enfermos temporales. Con relación al sexo del jefe, en el caso de hogares jefaturados por una mujer, la proporción de hogares donde participa más de una persona se incrementa un poco. Esto responde muy probablemente a que la jefa del hogar debe salir a trabajar y por tanto necesita el apoyo de otro de los miembros del hogar para realizar los cuidados de salud de quien lo requiere. En el caso de los hogares con jefatura masculina, muy probablemente la tarea recae en la cónyuge, principalmente, según los

Cuadro 9
Distribución porcentual del número de personas en el hogar que dedican tiempo al cuidado de personas discapacitadas o enfermos temporales según sexo del jefe, 2002

Tipo de cuidado y # de personas que apoyan	Total	Hombres	Mujeres
Cuidados generales y acompañamiento			
Uno	48.4	49.6	45.1
Más de 1	51.6	50.4	54.9
Total	100	100	100
Estar al pendiente			
Uno	48.3	50.3	44.0
Más de 1	51.7	49.7	56.0
Total	100	100	100
Enfermo temporal			
Uno	81.4	79.3	88.2
Más de 1	18.6	20.7	11.8
Total	100	100	100

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

Cuadro 10

Distribución porcentual de los hogares con personas que ayudan a terceros por estrato socioeconómico, según sexo del jefe, 2002

Estrato	Total	Hombres	Mujeres
Cuidados generales y acompañamiento			
Alto y muy alto	22.0	26.7	9.8
Medio	12.9	13.7	10.8
Bajo y muy bajo	65.1	59.6	79.5
Total	100	100	100
Estar al pendiente			
Alto y muy alto	18.5	15.3	3.2
Medio	12.1	9.1	3.0
Bajo y muy bajo	69.4	44.1	25.3
Total	100	100	100
Enfermo temporal			
Alto y muy alto	17.9	23.3	0.0
Medio	7.5	9.4	1.1
Bajo y muy bajo	74.6	67.3	98.9
Total	100	100	100

Nota: Tamaños de muestra insuficiente.

Nota: la clasificación de estratos es la que utiliza el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2001).

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

roles aprendidos en los hogares tradicionales.

Grado de marginación en los hogares

Son los hogares de estratos bajo y muy bajo donde recae en mayor medida la responsabilidad de cuidados a personas con limitaciones físicas o mentales. Los menores porcentajes corresponden a los hogares de estrato socioeconómico muy alto (cuadro 10). Es probable que en este tipo de hogares se releguen estas actividades a personal especializado, como enfermeras, y se pague por este servicio, situación que no podría asumirse en hogares de estratos bajos o muy bajos. Por otro lado, llama la atención que el estrato medio presenta el menor porcentaje de hogares con personas que contribuyen al cuidado de la salud de otros miembros del hogar; habrá que analizar la situación de estos hogares.

EN LA MITAD DE LOS HOGARES DONDE VIVE UNA PERSONA QUE NECESITA APOYO POR CUESTIONES DE SALUD, LA TAREA RECAE EN UNA SOLA PERSONA

Gastos en salud en los hogares

México es uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con participación más baja de gasto total en salud. En 2003 representó 6.2 por ciento del PIB.⁹ En términos del gasto total en salud *per cápita*, también México está por debajo del promedio de la OCDE (2307 dólares americanos), con un gasto de 583 dólares en el año 2003¹⁰ (OCDE, 2005).

El sector público es la principal fuente de financiamiento de la salud en todos los países de la OCDE, exceptuando en los Estados Unidos, México y Corea. La participación del sector público en México es la segunda más baja después de Estados Unidos, con tan solo 46.4 por ciento del gasto en salud pagado por fuentes públicas en el 2003. Esto explica por qué los gastos en salud deben ser absorbidos por los hogares, lo cual redundará en gastos que pueden afectar seriamente el patrimonio de las familias que los enfrentan (OCDE, 2005).

Por otro lado, los recursos humanos, físicos y tecnológicos del sector salud no son suficientes para cumplir con las necesidades de la población:

- El número de doctores *per cápita* fue de 1.5 por cada 1000 habitantes en 2003.
- En ese año habían 2.1 enfermeras por cada 1000 habitantes.
- El número de camas disponibles en los hospitales para el cuidado intensivo de la salud fue de una por cada 1000 habitantes.
- El promedio de estadía en los hospitales para el cuidado intensivo de la salud ha decrecido ligeramente en la década pasada en México, de 4.4 días en 1993 a 4.1 en el 2003, una tendencia descendente también observada en otros países de la OCDE.
- El número de Unidades de Resonancia Magnética (URM) fue de 0.2 por cada millón de habitantes. Es el porcentaje más bajo de la OCDE, cuyo promedio fue de 7.6 URM.

- El número de escáneres fue de 1.5 por cada millón de habitantes, mientras el promedio de la OCDE fue de 17.9.

Todos los indicadores mencionados se encuentran por debajo del promedio de los países de la OCDE. Lo anterior señala el gran problema de acceso a tecnologías avanzadas en salud y, por tanto, la oportunidad de detección y atención oportunas de problemas de salud en el grueso de la población mexicana.

Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares de 2000 señalan que alrededor de 4.5 por ciento del gasto corriente total de los hogares se destina a cuidados de la salud (Hernández y Pérez, 2003).

Los datos de la ENUT muestran las diferencias en los gastos dedicados a la salud de hogares con miembros con algún tipo de limitación y hogares donde no hay miembros que requieran cuidados especiales. Un primer acercamiento al tema muestra el mayor gasto que se efectúa en los hogares con miembros con alguna discapacidad, especialmente los relacionados con la conservación de la salud y con la atención primaria.

Los hogares con algún miembro con limitaciones físicas o mentales gastan entre 25 y 56 por ciento más que los hogares sin miembros con este tipo de limitaciones en los rubros de conservación de la salud y atención primaria. Además, debe considerarse que muy probablemente se trata de gastos fijos y por periodos de tiempo prolongados.

En el caso de los gastos hospitalarios, si bien son mayores en los hogares donde no hay miembros con limitaciones físicas o mentales, es muy probable que se trate de gastos extraordinarios y por situaciones temporales, como puede ser un parto, por ejemplo.

Cuadro 11
Gasto promedio mensual en los hogares según presencia de personas con algún tipo de limitación física o mental, por tipo de gasto y sexo del jefe, 2002

Sexo	Conservación de la salud		Atención primaria		Hospital		Medicinas	
	Hogares con personas con algún tipo de limitación							
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Hombres	840.5	553.4	638.6	329.0	138.1	189.5	63.8	34.9
Mujeres	163.6	280.5	112.8	191.5	23.6	54.6	27.2	34.4
Total	621.3	494.3	468.3	299.2	101.0	160.3	52.0	34.8

Nota: Conservación de la salud incluye cuidados médicos y conservación de la salud; la tercera columna se refiere a atención primaria o ambulatoria; en hospital se considera atención hospitalaria, servicios médicos y tratamientos durante embarazo y parto, aparatos ortopédicos terapéuticos y seguros médicos; y la última son medicamentos sin receta.

■ Tamaños de muestra insuficiente.

Fuente: INMUJERES, reprocesamiento con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002.

⁹ México tiene el segundo PIB *per cápita* más bajo (9,370 dólares americanos ajustado de acuerdo con las diferencias relacionadas con la paridad del poder adquisitivo) dentro de los países de la OCDE, con el que tiene que financiar a una población con crecientes demandas de atención en salud. Sólo Turquía tiene un nivel más bajo (6,516 dólares americanos).

¹⁰ Ajustado de acuerdo con la paridad del poder adquisitivo. (Informe de la OCDE, 2005).

Consideraciones finales

- ✓ Las instituciones de salud no han sido capaces de satisfacer al cien por ciento las necesidades de atención a la salud de la población, por lo que las familias han asumido esta responsabilidad.
- ✓ Se hace necesario un análisis profundo sobre el papel que deben jugar las instituciones y cuál el papel de los familiares de personas con necesidades especiales de atención a la salud. Es posible que esto conlleve opiniones encontradas porque además de los elementos relacionados con programas y políticas públicas de salud, involucra emociones y sentimientos de los familiares ante la necesidad de involucrarse directamente en los cuidados a la salud, lo cual implica tiempo del que no siempre es posible disponer.
- ✓ Por otro lado, la condición de actividad, que posiciona claramente a las mujeres entre la población económicamente inactiva,¹¹ hace más probable que recaiga en ellas el cuidado de la salud al no tener alguna actividad que requiera de su tiempo de manera “formal”. Continuar con la asignación estereotipada de tareas tanto en el plano doméstico como en el extradoméstico lleva a que sigan siendo las mujeres quienes estén al cargo de las tareas relacionadas con la salud de terceros.
- ✓ El cuidado de la salud recae principalmente en las mujeres y en las personas menores de 45 años. En el caso de cuidados temporales, el mayor porcentaje se encuentra entre la población que tiene entre 25 y 44 años de edad, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres. En este rubro seguramente sobresale el cuidado a niños pequeños.
- ✓ Los tamaños de hogares con personas que requieren atención de otros miembros del hogar son un poco más grandes (alrededor de un integrante más) que los hogares sin personas con necesidades de atención. Es probable que se agregue un integrante al hogar ya sea porque necesita cuidados o porque se necesita que apoye en los cuidados a la salud. Esto es una muestra de que la dinámica familiar se ve alterada ante este tipo de situaciones.
- ✓ Al problema que representa el cuidado de la salud de personas con algún tipo de limitación física o mental, se agregan las repercusiones en la salud física y emocional de quienes participan en el cuidado de esas personas. La sobrecarga de trabajo que puede representar el cuidar a un enfermo, además de los altos niveles de estrés que se generan, puede afectar la dinámica familiar, la personal y la laboral. Será necesario considerar dentro de los programas de salud la atención psicológica a los cuidadores como parte de la atención integral de los enfermos con algún tipo de discapacidad física o mental, además de dinámicas familiares que ayuden a una convivencia sana dentro de los hogares.
- ✓ Resulta evidente que las mujeres, al tener una esperanza de vida mayor, también tienen más probabilidades de enfermarse, por lo que muchas de ellas en algún momento de su vida requerirán ser atendidas por otras personas que, de no trabajar en reasignación de tareas y responsabilidades, seguramente serán también mujeres.
- ✓ Es necesario que para que haya una mejor convivencia y dinámica familiar en los hogares se haga una redistribución de tareas y que los hombres participen más en las actividades domésticas, particularmente en las relacionadas con el cuidado de la salud de terceros.
- ✓ Dadas las transformaciones que han sufrido las familias en las últimas décadas con la disminución de la fecundidad, que de alguna manera repercute en menos hijos para cuidar a los padres, las migraciones que han generado dispersión de los miembros de las familias, y la cada vez mayor participación de las mujeres en actividades extradomésticas, se hace necesario una transformación del papel de las mujeres y los hombres dentro y fuera de los hogares. Es necesario prever y fomentar hábitos alimenticios y de actividad física que ayuden a tener una vida más saludable. Los geriatras afirman que una persona adulta mayor es sana si es funcional; por ello debemos educarnos para participar nosotros mismos en cuidar nuestra salud, de tal manera que lleguemos a las edades avanzadas siendo funcionales.

¹¹ Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo 2004, 62.5 por ciento de la población femenina de 12 años y más no es económicamente activa. El porcentaje en el caso masculino es de 24.5.

Bibliografía

CONAPO, *Índices de marginación, 2000*, México, 2001.

CONAPO, *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*, México, 2004.

Hernández, Daniel y Pérez María Jesús, *Gasto de los hogares y pobreza en México*, Cuadernos de Desarrollo Humano, núm 5, SEDESOL, 2003.

INEGI- INMUJERES, *Mujeres y Hombres en México*, 2005, 9a. ed., México, 2005.

INMUJERES, “Día de las ancianas y los ancianos”, en *Breviarios informativos de género*, México, 2002.

INMUJERES, INEGI, *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo. Base de datos*, México, 2004.

SSA, IMSS, ISSSTE, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, México, 2005.

Pedrero Nieto, Mercedes, *Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002*, INMUJERES, México, 2005.

OCDE, “Datos de la Salud: 2005” (OECD Health Data 2005), consultado en www.ocdemexico.org.mx en agosto de 2005.