

CONGRESO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

28, 29 y 30 de abril de 2004

Tecnológico de Monterrey, Campus Estado de México.

Cuidados a la salud en el hogar: Papel de la Mujer en el cuidado de enfermos

Resumen

Las transiciones demográfica, epidemiológica y social han generado como consecuencia importantes cambios en las condiciones de vida de la población del país. Estas transiciones implican principalmente cambios en la pirámide demográfica con un creciente envejecimiento de la población, y una reducción de los padecimientos infecto-contagiosos junto con un crecimiento de los crónicos degenerativos.

Las transiciones mencionadas se desarrollan paralelamente en un contexto de reformas del sistema de salud que han impactado en la provisión de servicios en algunos casos negativamente, por ejemplo, transfiriendo mayor responsabilidad del cuidado de enfermos a sus familias, trabajo que en la mayoría de los casos recae sobre las mujeres.

La participación de las mujeres en diversos ámbitos como el educativo, laboral y el trabajo doméstico no remunerado han sido analizados y bien documentados. Sin embargo, consideramos relevante estudiar y analizar la participación de la mujer en los cuidados a la salud en el hogar como insumo para la formulación de políticas públicas en el área de la salud.

Este trabajo presenta los resultados del análisis sobre el papel de mujeres y hombres en los cuidados a la salud en el hogar utilizando como base de datos la Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del Tiempo (Módulo de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 1996). Los resultados representan un primer diagnóstico sobre la situación que prevalece en México sobre la carga que representa en tiempo las distintas tareas de cuidados en el hogar a niños, adultos mayores y enfermos, para tratar de identificar así la existencia y expresión concreta de inequidades de género en cuanto al tiempo destinado a cada uno de estos cuidados.

Introducción

Las transiciones demográfica, epidemiológica y social han generado como consecuencia importantes cambios en las condiciones de vida de la población del país. Estas transiciones implican principalmente, cambios en la pirámide demográfica con un creciente envejecimiento de la población, y una reducción de los problemas infecto-contagiosos junto con un crecimiento de padecimientos crónico degenerativos.

En la transición social, el aumento de la participación de las mujeres se ha observado en diversos ámbitos, entre ellos el educativo, el laboral y en los consecuentes cambios en la composición de la estructura familiar. Aún así la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no las aleja de ser principales responsables y trabajadoras en sus hogares. Los patrones tradicionales de asignación de uso del tiempo en función del género subsisten en gran medida incluso cuando las mujeres acceden al ámbito público o profesional. (M.A. Durán, 2003) Como resultado, las mujeres han incrementado en un doble o triple sus jornadas de trabajo como también sus responsabilidades.

En el ámbito de la salud la mujer tiene una participación amplia tanto a nivel de las instituciones de salud como en el hogar. Si bien se encuentra documentada la participación de la mujer en las instituciones de salud, este no es el caso para la alta participación de la mujer como cuidadora a nivel del hogar y la comunidad.

Lo anterior nos lleva a reconocer la importancia de estudiar y analizar el papel de la mujer en los cuidados en el hogar y en la comunidad relacionados con la salud, como insumo importante en la formulación de políticas públicas en esta área.

Existen extensos estudios sobre el trabajo doméstico de las mujeres, y como dicho trabajo no remunerado representa una carga que incide en las oportunidades respecto de otras actividades. Es importante conocer cómo se distribuye entre los miembros del hogar las responsabilidades del trabajo doméstico para conocer la organización y estrategias familiares para enfrentar los problemas en la vida cotidiana, y en especial con relación a los procesos de salud- enfermedad y los cuidados que requieren los enfermos a largo plazo.

Si bien como se menciona anteriormente el trabajo no remunerado ha sido ampliamente desarrollado, los cuidados a la salud en el hogar es una problemática que recién empieza a ser tomada en cuenta en América Latina y el Caribe, debido en gran parte a que el fenómeno del envejecimiento es un fenómeno relativamente nuevo y sus efectos comienzan a percibirse lentamente. De hecho en el Reporte 1999 de Desarrollo Humano, se reflexiona si será posible encontrar una forma de distribuir los costos, responsabilidad y carga entre la comunidad, el estado, el sector privado y la familia (respetando la equidad entre hombres y mujeres) que representa el cuidado de la salud de aquellos que no pueden hacerlo por sí mismo.

Más allá de las particularidades por las que cada país esta transitando en el proceso de reforma del sector salud, existen ciertas características generales como la reducción del tiempo de hospitalización otorgando altas precoces por razones económicas y el aumento del cuidado ambulatorio, estrategias que se apoyan en el cuidado que se brindará en el ámbito doméstico al enfermo, implicando un traspaso al hogar de la responsabilidad y de los costos de atención. Un análisis sobre los costos invisibles de la salud en Chile realizado por P. Provoste (2003), muestra la dependencia que se genera entre el sistema institucional sobre el sistema doméstico donde el primero se apoya fuertemente en el segundo.

Adicionalmente, existe en la región una falta de programas públicos de apoyo a este trabajo, incluyendo a las tareas de cuidados en el hogar, lo que representa una barrera de acceso a oportunidades y posibilidades para distintos miembros de los hogares, especialmente para las

mujeres desde temprana edad, para continuar con su educación, su desarrollo personal y profesional. A lo anterior se debe añadir la falta de reconocimiento (o invisibilidad) que existe sobre la carga de estos cuidados sobre las mujeres así como los alcances e impactos que este fenómeno ha tenido y tendrá en nuestra sociedad particularmente frente a las consecuencias que tendrá la transición demográfica y epidemiológica en los próximos años sobre nuestra sociedad.

Resulta necesario, entonces, identificar las condiciones existentes en torno a los cuidados de la salud que realizan las mujeres en el hogar y en sus comunidades. Asimismo, es necesario documentar con datos de primera mano la carga de trabajo, el costo de oportunidad y la responsabilidad que implican dichos cuidados, para generar recomendaciones que sean base para futuras políticas públicas que apoyen a las personas o grupos familiares en el cuidado de la salud en el hogar.

Objetivos

Este documento tiene como objetivo mostrar resultados del análisis de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, ENIGH- 1996¹, específicamente la Encuesta Nacional sobre Trabajo, Aportaciones y Uso del Tiempo, realizada como un módulo de esta encuesta. Este módulo nos proporciona información sobre las distintas actividades que realizan los miembros de un hogar. Asimismo ofrece información sobre el papel de mujeres y hombres en los cuidados a la salud en el hogar y las condiciones bajo los cuales se desarrollan dichos cuidados, permitiendo realizar un primer diagnóstico sobre la situación que prevalece en México. Como objetivo específico, este documento analiza desde la perspectiva de género, en hogares con distintas características, la carga que representa en tiempo el cuidado en el hogar a enfermos para tratar de identificar así la existencia y expresión concreta de inequidades de género en cuanto al tiempo a estos cuidados.

Metodología

Se trabajó con un grupo de población encuestada que declaran haber realizado actividades específicas de cuidado de niños, adultos mayores y enfermos en la semana anterior. También se subdividió la muestra en hombres y mujeres que laboraron y no laboraron (cuyos resultados no se introducen en la presente ponencia), se realizó una estratificación por nivel de escolaridad y se calculó el promedio de horas semanales que dedicaron a realizar estas actividades. Adicionalmente se los estratificó por quintiles de ingresos para poder indagar el tiempo dedicado a los cuidados por nivel de ingreso adicionalmente al nivel de formación.

¹ No se cuenta con información mas reciente aunque existe una Encuesta sobre Uso del Tiempo realizada en el año 2002 la cual no es de uso público.

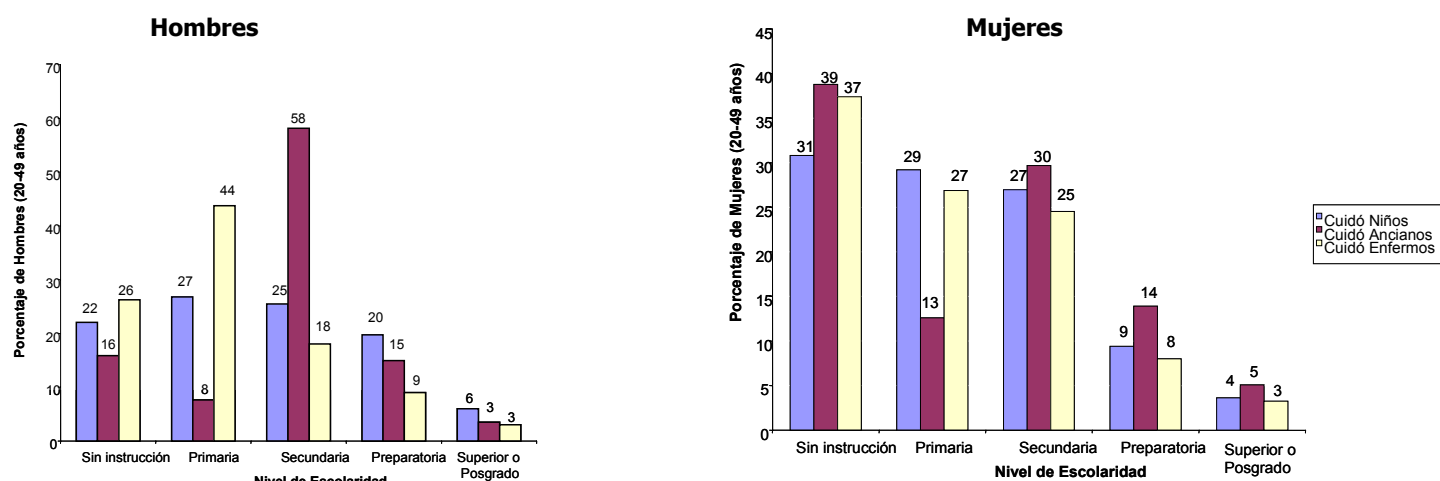
La información obtenida de esta encuesta es de gran utilidad como una fuente de datos secundarios indispensable para el seguimiento de la participación de mujeres y hombres en distintas actividades así como para el análisis e instrumentación de políticas y programas que propicien esta participación en condiciones de igualdad.

Resultados

Presentamos los resultados sobre el cuidado de enfermos que podríamos categorizar como cuidados a la mejoría de la salud en el hogar.

Al analizar la información de esta base de datos, la primera observación que llama la atención es cómo algunas características sociodemográficas influyen en la realización de algunas actividades. Se puede afirmar que tanto para el caso de Mujeres y Hombres, en la medida que se incrementa el nivel de escolaridad (e ingresos), decrece la probabilidad de dedicar tiempo al cuidado de niños, adultos mayores y enfermos, así como la cantidad de horas que dedican a dichos cuidados. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Mujeres y hombres por nivel de escolaridad que cuidó niños, adultos mayores y enfermos.



Fuente: Elaboración CASEsalud en base a datos de la ENIGH, 1996.

Cuidados a la salud en el hogar

Al analizar la información sobre los cuidados a enfermos en el hogar, se observa cómo ciertas características sociodemográficas influyen en la realización de algunas actividades en el hogar, como lo son los cuidados a la salud. La Tabla 1 muestra cómo a niveles más bajos de instrucción se concentran los mayores porcentajes de personas dedicadas a esta actividad, tanto para las mujeres, como para los hombres.

Tabla 1 Cuidado de enfermos por sexo y nivel de escolaridad

Educación Formal	Frecuencia		Cuidó Enfermos		Promedio horas a la semana que cuidó enfermos	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Sin Instrucción	272805	71165	37	26	15	14
Primaria	196118	118701	27	44	20	10
Secundaria	178955	48900	25	18	23	26
Preparatoria	58351	24314	8	9	25	15
Superior o Posgrado	23631	8153	3	3	30	4
Total	729860	271233	100	100	20	14

Fuente: Elaboración CASEsalud en base a datos de la ENIGH, 1996.

Con relación a las horas dedicadas por las mujeres al cuidado de enfermos, se observa que a medida que aumenta el nivel de instrucción se presentan los promedios más altos de horas dedicadas a cuidar enfermos.

En el caso de los hombres que afirman haber cuidado enfermos encontramos también que a mayor nivel de escolaridad se presenta un menor porcentaje de personas que realizaron estos cuidados, excepto en el caso de los hombres con primaria quienes presentan un alto porcentaje de hombres dedicados a estas tareas. Con relación al tiempo dedicado, los promedios mayores de horas dedicadas se presentan para aquellos con nivel de secundaria y preparatoria. Para el resto de los niveles de escolaridad los valores varían significativamente. Es importante destacar que el promedio de horas que dedican las mujeres es casi el doble de tiempo que dedican los hombres.

Cuidados de la salud en el hogar: análisis estadístico de datos por quintiles de ingreso

A partir de los datos de la submuestra seleccionada, se dividió a la población por quintiles de ingreso. El primer resultado que podemos observar es que a mayor ingreso económico es menor el porcentaje de mujeres que declaran haber realizado cuidados tanto de niños, enfermos y adultos mayores. El mismo fenómeno se observa en los porcentajes de hombres que afirman dedicar tiempo a tareas de cuidados.

Para el caso del cuidado de enfermos los quintiles segundo y cuarto presentan los promedios más altos de horas dedicadas semanalmente, mientras que el tercer quintil presenta el porcentaje más alto de mujeres que se dedican a dicho cuidado (Tabla 2).

En el caso de los hombres los porcentajes varían significativamente presentándose en los quintiles 1, 3 y 4 los porcentajes más altos de hombres dedicados a estas tareas, con un promedio de horas similar, excepto por el quintil 2 que presenta el promedio más alto. No hay una diferencia tan significativa entre el promedio dedicado por las mujeres y hombres al cuidado de enfermos.

Tabla 2 Cuidado de Enfermos por sexo y quintiles de ingreso

Quintiles de Ingreso	Frecuencia		Cuidó Enfermos		Promedio de Horas por semana	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
1	14742	5177	20	19	12	11
2	17417	3840	23	14	29	21
3	21392	7133	29	26	16	17
4	10364	9233	14	33	24	11
5	10237	2375	14	9	14	13
Total	74154	27761	100	100	19	14

Fuente: Elaboración CASEsalud en base a datos de la ENIGH, 1996.

Encuesta nacional sobre uso del tiempo 2002

Quisiéramos destacar algunos elementos a partir de las primeras tabulaciones realizadas sobre la ENUT 2002 publicados a principios del año 2004. Aún así los resultados de estas dos encuestas no pueden ser comparadas debido a un cambio importante que se realizó en el cuestionario siendo el utilizado en el año 2002 más amplio, y con mayor nivel de detalle, sin embargo pueden identificarse ciertas tendencias que se están presentes en los resultados de ambas encuestas.

En la encuesta aplicada en el año 2002 se diferenció dentro de las actividades de cuidados: Cuidado de enfermos; cuidado de personas con limitaciones físicas o mentales; y estar al pendiente de personas con limitaciones físicas o mentales (es una actividad que se realiza paralelamente a otras).

Teniendo en cuenta los miembros del hogar de 12 años y más que destinan tiempo a las actividades cotidianas por nivel de instrucción y sexo, en el caso del cuidado a niños(as) y apoyo a otros miembros del hogar, la mayor cantidad de personas que realizan este tipo de cuidados tienen como nivel de instrucción primaria completa o algún año en secundaria, y decrece inversamente al aumentar el nivel de instrucción, pero aun así continúa siendo mayor la cantidad con relación a los niveles inferiores. La misma tendencia se repite al analizar las horas a la semana destinadas a dichos cuidados. En el caso de cuidados a personas con limitaciones físicas o mentales se concentra en cuidadores con nivel de primaria incompleto.

En el caso del cuidado a enfermos la mayor cantidad de personas que realizan dicha actividad se concentra principalmente en aquellas personas con nivel primario completa y con algún año en secundaria, como también en algún año en medio superior o más. Al analizar la cantidad de mujeres y hombres que realizan dicha actividad, la proporción de mujeres es más del doble que hombres, excepto en el caso de mujeres y hombres de nivel de instrucción medio o superior donde la diferencia no es significativa.

En todos los casos el número de mujeres que realizaron cuidados representa el doble que la proporción de los hombres que realizaron cuidados sobre el total de cuidadores. Esta tendencia es

especialmente clara en el caso de los que cuidan enfermos. Las mujeres suman 1, 202,770 y 533,686 los hombres. Con relación al parentesco de quien realiza cuidados de enfermos es el mismo cónyuge quien dedica mayor cantidad de horas a ser cuidador. Y en el caso de los cuidados de personas con limitaciones físicas o mentales son los hijos/as. Entre los 20-39 años se concentra la mayor cantidad de miembros de los hogares que cuidan enfermos. En el caso cuidado de personas con limitaciones físicas o mentales la mayor cantidad de personas que realizan cuidados se concentra en los 40-59 años.

El promedio de horas a la semana destinadas al cuidado de enfermos, es en el caso de los hombres 7.9 y las mujeres 7.0. El cuidado de personas con limitaciones físicas o mentales 4.8 los hombres y las mujeres 10, y estar al pendiente de personas con limitaciones físicas o mentales, la cual es una actividad que se realiza paralelamente a otras, los hombres dedican 9.9 y las mujeres 20.6. Aún así como en otros casos es necesario destacar que el porcentaje de participación de los hombres en estas actividades es muy reducido por lo tanto los valores que se obtienen no pueden utilizarse como indicadores.

Conclusiones

El análisis de los datos sobre trabajo, aportaciones y uso de tiempo de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares presenta información de gran relevancia en el estudio sobre los cuidados que realizan mujeres y hombres en el hogar.

A lo largo de este documento hemos visto el peso que actualmente representa la realización de actividades relacionadas con los cuidados de la salud en el hogar. La información presentada nos muestra datos relevantes sobre la forma en que se distribuyen estas tareas cuyo peso recae especialmente en las mujeres. Al observar el promedio de horas dedicadas a realizar cuidados en el hogar, las mujeres, adicionalmente a un trabajo o empleo fuera del hogar, dedican significativamente más horas a estos cuidados que los hombres.

Esta responsabilidad que asignada socialmente "influye para que ellas decidan trabajar en condiciones de flexibilidad horaria, lo cual generalmente viene asociado a informalidad o a trabajos por cuenta propia sin protección laboral ni previsional, a inestabilidad laboral y a menos ingresos" (Matamala, *et al*, 2001:5)

Por otro lado, aún en los casos en que el porcentaje de hombres que declara haber realizado estas actividades es mayor al de las mujeres, al analizar las horas dedicadas a este tipo de actividades, las mujeres duplican o triplican en ocasiones el número de horas reportadas por los hombres.

Estos primeros datos señalan la necesidad de seguir investigando este fenómeno y su caracterización en México para poder contar con información amplia y precisa que sea la base para realizar recomendaciones de políticas públicas a fin de promover una mayor equidad entre mujeres y hombres, y que incremente de manera eficiente la respuesta de instituciones en torno al tema.

A partir del análisis de estos datos se considera importante el distinguir en una etapa futura de la investigación entre aquellas mujeres y hombres que realizan cuidados específicamente para miembros de su hogar y aquellos que cuidan a miembros fuera del hogar a fin de conocer en mayor profundidad las características de los hogares y las redes sociales (comunitarias) sobre quienes recaen estos cuidados.

Otro elemento que tendrá que ser analizado para identificar la carga de trabajo que implica, y los costos que representa para el hogar que no son cubiertos por el sistema institucional de salud, es el tipo de enfermedades que afectan los hogares y el peso que tiene con relación a la intensidad, duración y tipo de cuidados que requieren los enfermos sean crónicos, discapacitados, niños y etc.. Es necesario conocer si estos cuidados se hacen sin ningún tipo de reconocimiento o remuneración monetaria, o si la persona que declaró realizar estos cuidados los hace como una segunda o tercera actividad adicional a su ocupación o profesión y sin remuneración alguna.

Las políticas sociales tendrán entonces que comenzar a anticipar la demanda de servicios de salud de los grupos de edades más avanzadas o con necesidades específicas, y prever cuántas personas podrán hacerse cargo de estas demandas por razones afectivas o familiares, sin que impacte negativamente en su desarrollo personal o profesional. El resto de las demandas se podrán satisfacer si se genera algún tipo de servicio público u oferta del mercado de servicios a precios accesibles, sino se intensificará la presión y la carga global de trabajo sobre la población con menos capacidad para obtener ayuda formal o informal en el mercado.

Experiencias en países desarrollados

Con la información que ha sido analizada hasta el momento no se pueden generar opciones pero si se pueden introducir lineamientos generales para estrategias de acción. Será necesario indagar en alternativas que se están desarrollando en otros países donde el efecto del envejecimiento de su población comenzó a afectarlos décadas atrás y han, por lo tanto, implementado diferentes estrategias para apoyar a la población con mayores necesidades.

En algunos países como en Alemania existe desde 1994 un Seguro para cuidados de largo plazo (Long-Term Care Insurance) cuyos beneficios son los cuidados en el hogar o en residencias para las personas afectadas. El beneficio se otorga en efectivo para la familia quien realiza los cuidados, o se obtiene cuidados de organizaciones comunitarias, de hecho estas dos vías pueden combinarse. Aún así existen diversos requisitos para poder ser beneficiario de este programa. Cabe destacar que

en Alemania la principal fuente de cuidados en el hogar es la informal de las cuales las mujeres son las principales cuidadoras en un 80% (Comas-Herrera y Wittenberg, 2003) mientras que el 43% de los cuidados a enfermos son cuidados informales mientras que el 34% son cuidados institucionalizados.

Otra estrategia desarrollada en Canadá, requiere también de un proceso de selección previa de aquellos pacientes definidos en situación de alto riesgo o con necesidades especiales, a los cuales se les proporciona atención profesional domiciliaria que constituye un complemento a los cuidados diarios informales que conforman entre el 85 y 90% de los cuidados de la salud los cuales son provistos mayoritariamente por la mujer. Es una herramienta eficiente para el caso de adultos mayores que padecen de múltiples enfermedades, pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas o para el desarrollo de cuidados paliativos. Es una estrategia que debe plantearse como un programa integral de apoyo a los hogares, sin convertirse en una oportunidad para transferir la responsabilidad y la carga de los cuidados a los hogares.

En el caso de España se puede realizar una deducción fiscal para quienes tienen un dependiente con cuidados a largo plazo la cual no es significativa en términos económicos. Un elemento interesante es el cambio en la normativa laboral que permite la reducción de la jornada laboral para aquellas personas que cuidan en su hogar a personas enfermas. Por otro lado cuentan con servicios públicos de cuidados a largo plazo los cuales se pagan de acuerdo a los ingresos de la familia, y finalmente en el caso de residencias y centros de atención diurna el financiamiento se realiza por medio de los co-pagos (subsidio).

En el caso de Italia el cuidado formal de largo plazo esta incluido en el sistema de protección social por medio de cuidados comunitarios, residencias y prestación en efectivo para quienes requieren de cuidados. Aún así el aumento de la presencia de personas mayores de 65 años en los hogares esta trayendo un aumento paralelo del pago de servicios para cuidadores no especializados provistos principalmente por inmigrantes.

En los países nórdicos como Noruega poseen un sistema de ayuda en efectivo para aquellas personas que realizaron cuidados de la salud sin remuneración por más de 5 años y no pueden reincorporarse al mercado laboral, garantizándoles un ingreso básico hasta que alcancen la edad para el retiro.

Tanto en el caso de Finlandia como en Suecia existe un sistema de ayuda para los hogares donde existen enfermos crónicos, como también un sistema de enfermeros auxiliares que trabajan para

instituciones o van a los hogares de adultos mayores elegibles para asistirlos en sus cuidados diarios.

Recomendaciones

Consideramos que existen algunos elementos para resaltar como resultado de este primer acercamiento a la problemática. En primer lugar sería necesario desarrollar un programa destinado a visibilizar la carga de trabajo que implica, especialmente para la mujer, el cuidado de enfermos en el hogar. Con el propósito final de reducir las inequidades que se generan y que afectan reduciendo las oportunidades de formación y empleo para las mujeres.

El cuidado de enfermos en el hogar es resultado de diversos factores (*Ej.* tendencia de las instituciones de salud a reducir los tiempos de internación hospitalaria, falta de apoyo de instituciones de salud y seguridad social para cuidados de largo plazo, entre muchas otras.) que dan como resultado una carga extra para el hogar, y que puede afectar al proceso de curación debido a la falta de recursos y atención apropiada. Sin embargo, un elemento de gran importancia fundamento para realizar un programa de información/formación es la rápida recuperación de los enfermos que reciben cuidados en su hogar. Entonces, sería de utilidad diseñar un programa para que las instituciones que brindan servicios de salud, tanto privadas como públicas, proporcionen a las familias información especializada sobre como realizar cuidados a enfermos en el hogar. Este programa podría estar a cargo de trabajadores sociales o enfermeros.

Otra alternativa más costosa sería que instituciones de salud proveyeran, atención domiciliaria por medio de personal especializado a enfermos con necesidades específicas, en coordinación con la atención primaria. De todos modos, este tipo de servicio tendría que brindarse a aquellas personas con mayores necesidades, las cuales tendrían que seleccionarse por medio de requisitos definidos en base a criterios socioeconómicos, entre otros.

Referencias bibliográficas

Armstrong, P. and O. Kits (2001) One Hundred years of Caregiving. Paper Prepared for the Law Commission of Canada

Comas-Herrera A. and R. Wittenberg (2003) European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU, LSE Health and Social Care. London School of Economics.

Durán, M.A.(2003) "El trabajo no remunerado y las familias" Consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar OPS. Unidad de Género y salud. Unidad de Políticas y Sistemas.

Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 1996 INEGI

Encuesta nacional sobre Uso del Tiempo 2002 Tabulados básicos preliminares (2004) INEGI

Matamala, M.I. y T. Gálvez Perez (2002) La economía de la salud y el género en la reforma de la salud, en Género, equidad y reforma de la salud en Chile: voces y propuestas desde la sociedad civil. Cuaderno N° 1, OPS/OMS- Ministerio de Salud, Santiago de Chile. Chile.

Provoste, P. (2003) "Los cuidados domésticos e institucionales de salud y enfermedad provistos por las mujeres" en SARE 2003 Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Emakunde

UNDP (1999) The invisible Herat care and the global economy. Human Development Report.

Reconocimientos: El presente documento fue elaborado como parte del acuerdo de colaboración entre FUNSALUD- Programa Mujer y Salud; y se realizó gracias a la colaboración de Oscar Méndez

y Esperanza Calleja en el manejo de las bases de datos. La redacción del documento estuvo a cargo de Mariana López Ortega, Cecilia Matarazzo y Gustavo Nigenda.