

Cuidados informales y sistema de salud en Nicaragua

Yerling Aguilera Espinoza

Recibido: 09.06.16/Aceptado: 05.07.16

RESUMEN

El presente artículo, apunta a realizar una exploración analítica de los sistemas de cuidados aterrizados a las políticas de salud a partir de la contribución teórica realizada por las teorías feministas, con especial énfasis en el caso de Nicaragua. Por ende, se retoma como foco central de análisis la relación existente entre los sistemas de cuidados y las políticas de salud, que integra también la dimensión subjetiva del sujeto cuidador, en su mayoría familiares que suministran cuidados de forma no remunerada.

PALABRAS CLAVE

Salud, sistema de cuidados, género, políticas públicas.

ABSTRACT

This article aims to make an analytical examination of the systems applied in health care policies, taking into account the theoretical contribution made by feminist theories, with an emphasis on the case of Nicaragua. Therefore, it takes as a central focus of analysis the relationship between care systems and health policies. It also includes the subjective dimension of the caregivers, mostly relatives who provide care on an unpaid basis.

KEYWORDS

Health care system, gender, public policy .

Introducción



Yerling Aguilera Espinoza
(1991)
Licenciada en Sociología por
la UCA
Colaboradora para la
investigación de políticas de
memoria de los lugares del
Instituto de Historia de
Nicaragua y Centroamérica.

Desde las políticas públicas –ya sea por acción u omisión– se marcan influjos que condicionan la interacción que tienen los individuos y grupos sociales. En este sentido, es vital analizar los sistemas de salud desde los cuidados, más allá de datos estadísticos que imponen un sesgo cuantitativo. Esto implica que los sistemas de salud son examinados generalmente a partir de los avances medidos desde la cantidad de medicamentos que el Estado provee, número de personas que se atienden, cantidad de camillas disponibles, números de hospitales o unidades de salud que se construyen; sin embargo, se elude la extensión cualitativa de la experiencia, enfáticamente, la que se refiere a las dimensiones interactivas y subjetivas como el trabajo no remunerado de los cuidados informales de salud que son parte complementaria o a veces casi totalizadora a los que provee el Estado. Esos

cuidados informales integran las vivencias de las personas cuidadoras en su interacción con la estructura proveedora de servicios de salud.

En este artículo, los cuidados, serán entendidos como “las actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas” (ONU MUJERES, 2014, p. 8), estos también integran dimensiones que muchas veces no tienen una naturaleza material y no son fácilmente perceptibles, como la *gestión mental del cuidado*. La gestión mental de cuidado, es todo el proceso de planificación inmedible en términos de tiempo con relación a ciertas actividades. El sólo hecho de lavar ropa, implica la preparación de ciertas pre (condiciones) para hacerlo, por ejemplo, estar pendiente de las horas de abastecimiento de agua, en caso que el servicio sea irregular o para las personas en el campo rural, implica abastecerse a larga distancia desde pozos o fuentes naturales. Entonces, lavar ropa no sólo es el acto de lavar, sino de una planificación para que los tiempos y las condiciones encajen, eso equivale a una *gestión mental del cuidado*.

Las *precondiciones del cuidado* son una dimensión más material, formuladas como “tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posibles los cuidados directos. A veces las llamamos trabajo doméstico” (ONU MUJERES, 2014, p. 11). En este sentido, no siempre se desarrolla en interacción directa con otras personas, por ejemplo, acciones como cocinar, limpiar, lavar.

Y la dimensión de los *cuidados directos* alude a “tareas que implican la interacción directa de las personas para lograr salud física y emocional” (ONU MUJERES, 2014, p. 11), por ejemplo, cuidar a una persona de la tercera edad, a una persona que está hospitalizada o a un recién nacido/a. Como podemos observar en la tabla número 1, el hecho de asistir a

una persona para el bienestar de su salud, implica la gestión de varias dimensiones del cuidado.

Tabla: Dimensiones del cuidado

	Cuidados directos	Precondiciones del cuidado	Gestión mental
Asistir a una persona que se encuentra hospitalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Darle de comer -Bañarla (sino puede hacerlo por su cuenta). -Cambiarle de ropa. -Acompañar afectivamente a la persona hospitalizada, para evitar el desánimo o preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cocinar la comida y llevarla al hospital. -Lavar la ropa de la persona hospitalizada. - En caso de que la persona acompañante o facilitadora de cuidados disponga de un trabajo formal, notificar en su lugar de trabajo sobre sus posibles ausencias, solicitando permiso con tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Procurar que la ropa pueda secarse y no esté húmeda para cuando la lleve al hospital. -Establecer una dieta alimenticia para la persona hospitalizada que no contravenga las orientaciones médicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de matriz realizada por ONUMJERES, 2014.

En síntesis, cuando hablamos de cuidados, tomamos como punto de partida el bienestar diario de las personas. Estos cuidados están atravesados por un conjunto de políticas públicas en una relación bidireccional, estableciendo pautas sobre la primacía en términos de acción de los modelos de desarrollo (ONU Mujeres, 2014).

También, es necesario dejar claro que los cuidados, particularmente de los sistemas de salud, son “aquellos que se ofrecen a través de los sistemas públicos de salud... y a través de los proveedores privados de servicios de salud” (Jara, 2011, pp. 109-110).

Parto de las premisas de que en la medida que el Estado pueda garantizar a la ciudadanía servicios de salud integral, donde se comprenda los cuidados de salud, se podrá disponer de mayor grado de bienestar en varias dimensiones que pueden traducirse en:

1. Las políticas que toman en cuenta desde su diseño los cuidados de salud, liberan en términos de tiempo, a las personas que cuidan a otras por el hecho de encontrarse provisionalmente incapacitados de realizar las actividades básicas y situaciones de dependencia, por ende, cumpliendo el Estado con un rol más participativo, da lugar a que las personas cuidadoras pueden emprender otro tipo de actividades que respondan a sus intereses.
2. Las políticas de salud que dan relevancia a los cuidados de salud, consideran también dentro de sus inversiones presupuestarias la cobertura a los cuidados de salud, además de proveer en las infraestructuras hospitalarias o unidades de salud, las condiciones necesarias para que la estancia de las personas enfermas genere menos trabajos de cuidados a los familiares y en ese medida aumentar la independencia de las personas que ahí se encuentran internas.



El sistema actual naturaliza los cuidados informales de salud bajo la responsabilidad de las mujeres. / rtve.es

Organización social de los cuidados

¿Quiénes son las personas que suministran cuidados informales?¹

A partir de los debates introducidos por la teoría feminista, se ha incorporado una nueva producción teórica sobre los cuidados, que pone en evidencia que los cuidados se asumen tradicionalmente como actividades marginales e invisibles para la economía. Por ejemplo, en los centros de atención hospitalaria, interactúan y se desenvuelven casi de forma imperceptible, las personas cuidadoras de enfermos/as, cuyas condiciones -dada la dispersión de estos y que las estancias en los hospitales a veces es breve- pasan desapercibidas, además que muchas veces las personas cuidadoras, no tienen la misma noción de serlo (Durán, 2002).

Según García-Calvente, Del Río & Eguiguren (2007), el hecho de que los cuidados de salud, sean proporcionados en virtud de parentescos y relaciones afectivas desde la esfera privada, influye sobre su visibilidad y reconocimiento social.

A diferencia de los cuidadores profesionalizados, cuya formación y trabajo en el contexto de una organización contribuye a darles seguridad en su cometido, así como a delimitar funciones y derivar hacia el personal más cualificado las decisiones difíciles, los cuidadores familiares han de asumir, en principio, su carácter de legos y su dependencia técnica respecto a la organización sanitaria, que en muchas ocasiones no es fácilmente accesible. Tampoco les cabe la posibilidad de segmentar funciones, ya que han de

¹ El cuidado informal refiere a la “provisión de cuidados a personas dependientes por parte de la red social inmediata sin recibir retribución económica por ello” (Wright, 1983 citado por Del Río, 2014:73).

asumir todas las facetas del cuidado del enfermo, incluso algunas que no son nunca asumidas por los hospitales... como las económicas, legales y afectivas (Durán, 2002, p. 264).

Asimismo, los cuidados no son asumidos como responsabilidades compartidas con la participación de varios actores, sino como dimensiones relegadas siempre a la esfera privada.

Las instituciones públicas no articulan políticas suficientes para hacerse cargo de las necesidades de las personas en situación de dependencia, ni para facilitar que el conjunto de la sociedad tenga recursos y posibilidades para establecer arreglos sobre el cuidado adecuados. Los cuidados no son un asunto público y colectivo, sino algo que se relega al ámbito de lo privado-doméstico. La forma en que se articula la ciudadanía en las sociedades contemporáneas está pensada para personas que resurgen cada día lavadas y planchadas, descansadas, emocionalmente recuperadas y plenamente disponibles para insertarse en el ámbito público de las empresas, las instituciones públicas, la política, etc. Estas esferas están pensadas para sujetos autosuficientes, que no tienen necesidades de cuidados ni tampoco responsabilidades sobre el bienestar ajeno que sean reconocidas como algo que interfiera o condicione su inserción pública (ONU MUJERES, 2014, p. 18).

Lo señalado anteriormente, permite en parte entender, como la organización social de los cuidados, pone en evidencia la existencia de “un nexo sistémico entre cuidados y desigualdad: Se configura un círculo vicioso entre cuidados precarios y precariedad/exclusión/pobreza. Los cuidados se suelen establecer en torno a flujos asimétricos desde quienes están en peor situación socioeconómica hacia quienes están mejor” (ONU MUJERES, 2014, p. 9). Ejemplo de ello, es que tradicionalmente son las mujeres quienes los proporcionan, lo que a su vez deriva en mantenerlas al margen del mercado laboral y en un sentido cualitativo, a prestar poca atención sobre su propia vida, consolidando la idea de que “naturalmente” el suministro de cuidado, deben proporcionarlos las mujeres.

Los cuidados informales de la salud que generalmente se demandan de las redes familiares, no son siempre actividades gratificantes, también generan un sin número de exigencias que van desde la cuestión económica hasta la afectiva. Estos cuidados, son en su mayoría asumidos por mujeres, en función a las exigencias tradicionales de servicio que se espera de ellas, sin embargo, cuando son ellas las que necesitan de cuidados, son las que menos reciben (Durán, 2002). “Igualmente, las mujeres cuidadoras ofrecen formas más intensivas y complejas de cuidado, enfrentan más dificultades para cuidar y tienen que balancear con más frecuencia el cuidado con otras responsabilidades familiares y laborales, en comparación con los hombres cuidadores” (Navaie-Waliser, 2002 citado por García-Calvente, del Río Lozano & Eguiguren, 2007: 293).

Además, esta situación se deriva en sobrecargas, que a la par de cruzar aspectos vitales de su vida cotidiana, las pone en riesgo frente a las consecuencias negativas sobre su propia

salud, porque para las mujeres, el suministro de cuidados integra una mayor implicación personal *en el tipo y la forma en que se cuida* (Morris 2001, citado por García-Calvente, del Río Lozano & Eguiguren, 2007).

Implica también –como se ha documentado en estudios sobre el cuidado informal– impactos sobre la dimensión psicológica y emocional, como la presencia de ansiedad, estrés, insomnio o disminución de la calidad de vida (Roca, 2000; Santiago, 1999, citado por García-Calvente, del Río Lozano & Eguiguren, 2007). Del Río (2014) también cita diversos trabajos que establecen relación con respecto al grado de cuidados prestados y las repercusiones que tienen sobre las mujeres cuidadoras con respecto al tiempo libre, privacidad, morbilidad psiquiátrica, estrés, hábitos de vida y depresión.

A lo anterior se suma la variable socioeconómica, donde las mujeres cuidadoras con limitadas capacidades económicas, experimentan un mayor impacto sobre sus condiciones de salud físicas y psicológicas. La desigual distribución en términos de cuidado, agudiza la brecha en cuanto a la posible capacidad de *elección real* que puedan tener las mujeres, además naturaliza la identidad *relacional*² de estas mismas, en detrimento de su agencia reflexiva.

Salud y cuidados: una relación incómoda

Los sistemas de salud en términos de políticas públicas tienen una relación recíproca con los cuidados, dado que las políticas públicas configuran y reproducen el orden de las acciones y por ende de los sistemas de cuidados, a su vez, los sistemas de cuidados marcan las políticas públicas desde esquemas de la gestión del desarrollo de actividades.

Esto implica que las acciones decididas en las políticas según su naturaleza, tendrán un impacto sobre los sistemas de cuidados, por ejemplo el Estado dirige esfuerzos organizados estructurando un sistema de beneficios, de modo que los individuos como partes de grupos sociales más específicos, puedan disponer de bienestar y garantías materiales y simbólicas para su disfrute y viceversa, los sistemas de salud funcionan gracias al trabajo no remunerado que realizan los familiares tanto en los hospitales como en los hogares (ONU Mujeres, 2014). Estas interacciones, evidencian la forma en cómo se incorporan las necesidades de cuidados a las políticas, pero reflejan también las claras divisiones que imponen las esferas públicas/ privadas.

Para el caso de Nicaragua –volviendo sobre los cuidados de la salud– estos se han organizado de tal forma que reflejan ciertos roles sociales de género. Por ejemplo, las mujeres cuando están hospitalizadas tienen que permanecer solas en las salas de maternidad porque la entrada a los hombres está restringida o las mujeres que se recuperan de una cirugía, igualmente, permanecen aisladas en caso de que sólo cuenten como persona colaboradora a un hombre. En este sentido, no se concibe a los hombres como agentes que pueden dar cuidados y las mayorías de las salas de los hospitales, están nutridas de acompañantes mujeres que en su mayoría trasladan su rol de cuidadoras del ámbito hogar al del hospital.

² Esto se funda sobre la idea de ética del cuidado planteada por Gilligan (1985), cuyo actuar moral (de la mujer) se guía bajo la noción de responsabilidad por pertenecer a una red de relaciones de interdependencia, por ende, la identidad de las mujeres es construida de manera relacional con respecto a su entorno, hijos/as, compañero de vida, madre, madre (etc) (Del Río, 2014).



Lanoticianicaragua.com

Los diseñadores de políticas de salud, tampoco toman en cuenta la construcción de infraestructuras que puedan facilitar la interacción de cuidados sin exclusión de personas por su condición de género, coartando así la facultad de los individuos a dar cuidados. Se carecen también de programas que puedan dar acompañamiento al tránsito de las personas en los hospitales, aumentando su dependencia, dado que la misma infraestructura en los hospitales hace imprescindible el acompañamiento de otras personas, aunque la condición no sea de convaleciente.

Hasta el hecho de bañarse, requiere del acompañamiento de otra persona, dado que no se cuenta con los servicios e infraestructura básica como una ducha, porque generalmente lo que tienen que hacer las personas hospitalizadas (en el caso de estar solas) es acarrear aguas de barriles, que por supuesto, de no contar con la fuerza necesaria por sus estados de salud, no les permitirá bañarse, o una silla de ruedas para moverse de forma más independiente.

Hay una clara evidencia de la influencia que tienen las políticas en los sistemas de cuidados y como estos se organizan

Un aumento en el cuidado formal remunerado se relaciona con menos horas de cuidado en los hogares y viceversa. Por ejemplo, las políticas que incluyen reducción del gasto público en salud mediante la disminución de la estadía hospitalaria o el aumento de la atención ambulatoria trasladaron las responsabilidades y los costos del cuidado a cargo del sector formal de la salud a los hogares. Esto es una transferencia de costos de la economía remunerada a la economía del cuidado basada en el trabajo no remunerado (Jara, 2011, p. 110).

Generalmente los hospitales esperan que haya acompañantes para las personas hospitalizadas, de preferencias mujeres, porque a los hombres se les mira como sujetos extraños que invaden y rompen el *statu quo* del cuidado. Las políticas existentes en materia de salud, vienen a reproducir las desigualdades, porque en términos sociales, agravan la situación de las personas que se piensan beneficiarias. ¿Cómo analizar esta situación?

No se puede obviar que las desigualdades sociales existentes, guardan relación con las desigualdades en materia de salud. En este sentido, para enfrentar la problemática en materia de políticas de salud, es necesario ubicarse desde la perspectiva de una política social más general que atienda las necesidades objetivas de sus destinatarios (as) y es necesario unir a la vez demandas sociales y propuestas éticas, desmantelando las grandes *estructuras burocrático-asistenciales*. En síntesis, vendría a ser la propia desigualdad la que se encuentra detrás de las desigualdades en el campo de las políticas de salud por el beneficio económico que está detrás de estas y por no ser compatibles con las externalidades y necesidades de las y los beneficiarios de las políticas en mención (Bleda, 2005).

Por ende, la relación entre salud y cuidado puede convertirse en algo incómodo para ambas partes: primero, para las personas que dan cuidados, se enfrentan con que las infraestructuras en los hospitales no es confortable. Es común escuchar que las personas cuidadoras aborrecen las estancias en los hospitales, prefiriendo a veces, mejor hacerlo desde sus hogares, por las limitaciones que imponen las mismas políticas en las unidades de salud.

Segundo, las autoridades de salud, tienden a quejarse de las mismas personas cuidadoras, aludiendo que obstruyen su trabajo médico, llegándose a restringir la presencia de las personas cuidadoras en los hospitales (principalmente públicos). Lo deplorable de estas acciones, es que no se toman en cuenta las condiciones para que la estancia o tránsito de las personas hospitalizadas provea cierta independencia en el espacio (me refiero a las personas que están en situaciones de salud menos crítica o convaleciente).

Lo más crítico en estas situaciones, es que las personas con menos capacidades económicas o de ingresos, son las que más están expuestas a injusticias, evidenciando las fallas de las estructuras sanitarias para integrar y valorar dentro de sus políticas de atención las necesidades de cuidados.

Conclusiones

Los sistemas de salud no son entidades abstractas, encontramos estructuras como las necesidades de cuidado que interactúan con estos sistemas. Asimismo, las políticas que ordenan los sistemas de salud no permanecen ajenas a la construcción y reproducción de los sistemas de género y este caso a la organización social del cuidado. El tránsito o estancia de personas en calidad de enfermas por los hospitales o estructuras del sistema de salud, no sólo es un hecho médico, es también un asunto político, donde el sujeto se relaciona con estructuras influidas por el sistema de cuidados.

En el recorrido de este artículo se ha podido apreciar como las necesidades de cuidado, no se encuentran como prioridades estatales en el marco de políticas de salud. Estas han respondido a una lógica que sigue reproduciendo desigualdades. Tampoco se ha abierto un

debate al respecto. El sistema de salud, al no conferir atención y no asumir la responsabilidad de brindar cuidados dentro de política de atención a las personas que son sus grupos metas, condiciona que los cuidados de la salud se orillen como responsabilidad de las redes familiares y particularmente de personas de las que tradicionalmente se han demandado esos cuidados, como las mujeres.

Es necesario continuar explorando en las dimensiones cualitativas de las políticas públicas en los sistemas de salud, para poder captar las experiencias en cuanto a las necesidades de cuidado. También, los mecanismos para alcanzar una justa distribución de los cuidados de salud que pueda integrar la presencia de otros actores como el Estado y sector privado. Es menester avanzar hacia políticas que puedan armonizar sin reproducir desigualdades, las facultades y responsabilidades, tanto de las personas que suministran cuidados como de quienes los reciben, evidenciando condiciones de género y económicas.

Bibliografía

- Bleda, J. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad barataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, 7, 149-160.
- Durán, M. (2002). *Los Costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Del Río, M. (2014). Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, Granada, España.
- García-Calvente, M., Del Río, M., & Eguiguren, A. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Ingunak*, 44, 291-308.
- Jara, L. (2011). Trabajo no remunerado y desigualdades de género. La importancia de hacer visible el cuidado y la producción de servicios de salud en los hogares. En M. Ángeles Durán (Dir.), *El trabajo del cuidado en América Latina y España* (pp. 89-105). España: Fundación Carolina.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 1, 70-79
- Martínez, J & Voorend, K. (2012). Veinticinco años de cuidados en Nicaragua 1980-2005: Poco estado, poco mercado, mucho trabajo no remunerado. Guayacán: Costa Rica.
- ONU Mujeres. (2014). Por qué nos preocupamos de los cuidados. Centro de Capacitación de ONU Mujeres