



GASTOS DIRECTOS DE BOLSILLO EN SALUD

LA NECESIDAD DE UN ANÁLISIS DE GÉNERO

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

GASTOS DIRECTOS DE BOLSILLO EN SALUD

LA NECESIDAD DE UN ANÁLISIS DE GÉNERO

Washington, D.C., 2021

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32354-0 (pdf)

ISBN: 978-92-75-32353-3 (impreso)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.3774/9789275323540>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	iv
Lista de siglas	v
Nota para los lectores	vi
Introducción	1
1. Los gastos directos de bolsillo en salud	2
2. La protección económica	3
3. Las limitaciones de las mediciones de la protección económica	4
4. La cobertura universal de salud como respuesta al gasto directo de bolsillo	6
5. ¿Se han reducido los gastos directos de bolsillo gracias al avance hacia la cobertura universal de salud?	7
6. Los gastos directos de bolsillo y las estrategias de afrontamiento	9
7. La necesidad de un análisis de género	16
El reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado	
Las diferencias de género en cuanto al uso del tiempo	
Por qué todos los elementos son relevantes para los gastos directos de bolsillo y la protección económica	
8. El género y las limitaciones metodológicas para medir los gastos directos de bolsillo y la protección económica	22
9. El género y la toma de decisiones en el hogar	24
10. El género, los hogares y la pobreza	28
La pobreza, el género y las desigualdades en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú	
11. El género y la propiedad de activos	32
12. El género, la protección social y las políticas sociales en América Latina	33
13. Conclusiones	37
Referencias	38

Agradecimientos

Esta publicación ha sido elaborada bajo la supervisión de Anna Coates, Jefa de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural, y de Lily Jara, Asesora de Género, Etnicidad y Salud: Datos y Evidencia, Organización Panamericana de la Salud. Ha sido redactada por la doctora Jasmine Gideon, profesora de Género, Salud y Desarrollo Internacional de Birkbeck, Universidad de Londres.

Agradecemos especialmente las aportaciones de Camilo Cid, Asesor de Economía y Financiamiento de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Lista de siglas

- GDB** gastos directos de bolsillo
- ODS** objetivo de Desarrollo Sostenible
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- OPS** Organización Panamericana de la Salud
- PDB** pagos directos de bolsillo
- SIS** Seguro Integral de Salud (Perú)
- TMC** transferencia monetaria condicionada

Nota para los lectores

Esta publicación fue concebida, preparada y finalizada en un período anterior a la pandemia de COVID-19. Algunas de las situaciones descritas en esta publicación pueden haberse visto agravadas por las repercusiones de salud, sociales y económicas de esta pandemia. Los lectores pueden tener en cuenta estas repercusiones al reflexionar sobre los resultados descritos en esta publicación.

Introducción

La importancia de promover la igualdad de género ya está ampliamente establecida, como lo demuestra su inclusión como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el ODS 5, “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”. La igualdad de género en la salud es una dimensión integral del desarrollo sostenible, y es fundamental aplicar una perspectiva de género a todos los aspectos del sistema de salud, incluidos los mecanismos de financiamiento de la salud.

Los pagos directos de bolsillo son un mecanismo de financiamiento comúnmente utilizado en el sector de la salud, aunque, como se sostiene en este informe, es más útil emplear la noción ampliada de gastos directos de bolsillo. Estos gastos constituyen una parte esencial del financiamiento de la atención de salud, y este informe comienza con un panorama general de la bibliografía establecida sobre diferentes aspectos de este tipo de gasto, incluida la forma de medirlo. El informe prosigue examinando lo que un análisis de género de los gastos directos de bolsillo puede aportar a los debates en torno al financiamiento de la atención de salud, en particular, lo que ofrece para una reflexión más amplia sobre la pobreza y la desigualdad.

Basándose principalmente en datos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú, en el informe se proporciona un análisis profundo de las dimensiones de género que tienen los gastos directos de bolsillo en América Latina antes de presentar algunas conclusiones.

Los gastos directos de bolsillo en salud



La preocupación por las repercusiones de los pagos directos de bolsillo (PDB) en materia de salud surgió por primera vez en la década de 1990, cuando investigadores mexicanos determinaron sus efectos empobrecedores en los hogares y defendieron la importancia de la protección económica en la salud (Knaul et al. 2006). Se considera que estos pagos son la forma más ineficiente e injusta de financiar un sistema de salud. Suponen la mayor carga para los hogares y las personas, que a menudo se ven obligados a elegir entre satisfacer otras necesidades básicas —como la educación, la alimentación y la vivienda— o gastar en atención de salud y preservar a sus seres queridos de la enfermedad, el sufrimiento y una esperanza de vida más corta (Knaul et al. 2006, pág. 1829). Estos pagos se definen como aquellos realizados directamente por las personas a los prestadores de servicios de salud en el momento de la utilización del servicio. Esto excluye cualquier pago efectuado por adelantado por servicios de salud, por ejemplo, en forma de impuestos, primas o aportaciones de seguro específicos y, cuando es posible, tampoco incluye los reembolsos a la persona que realizó los pagos (OMS 2021a).

Sin embargo, muchos piensan que el concepto más amplio de gastos directos de bolsillo (GDB) es más útil y refleja mejor lo que ocurre en la práctica. Esto abarca los pagos directos de medicamentos, los copagos, las tasas de coaseguro y las sumas deducibles. Tal y como se desprende de la bibliografía sobre este tema, los GDB incluyen a menudo los gastos de transporte y los relacionados con la hospitalización; se puede incluir, por ejemplo, tener que pagar la comida y la ropa de cama de los pacientes hospitalizados, así como cualquier gasto en el que incurran los acompañantes del paciente, especialmente si esto implica permanecer fuera de casa (Acharya et al. 2016, McIntyre et al. 2006).

La bibliografía más amplia consultada también destaca la importancia de tener en cuenta los costos indirectos asociados a la enfermedad, como los derivados de la pérdida de trabajo, la pérdida de ingresos potenciales y la reducción de la productividad (Leatherman y Jernigan 2014, McIntyre et al. 2006). No obstante, tal como argumentan algunos críticos, muy pocos de estos “costos ocultos” se registran a la hora de proporcionar bienes y servicios dentro

de los sistemas de salud, aunque a menudo actúan como un obstáculo considerable para el acceso, incluso en los casos en que los servicios, como la atención a la maternidad, pueden ser gratuitos (Acharya et al. 2016).

Un reducido número de estudios también pone de relieve la relevancia de contemplar los costos adicionales “informales” ad hoc que pueden imponerse a los usuarios de la atención de salud en el punto de prestación del servicio. Por ejemplo, una investigación realizada en Hungría descubrió que algunas mujeres realizaban pagos en efectivo para

asegurar la continuidad de la atención y la presencia de un médico durante su atención prenatal y en el momento de dar a luz (Baji et al. 2017). Dada la amplitud de los GDB en el ámbito de la salud, es evidente que se necesita una investigación empírica más detallada para intentar comprender su incidencia en los hogares y las personas y promover mecanismos de protección económica más eficaces.

La protección económica

La preocupación por el efecto de los PDB en el nivel de pobreza de los hogares no es nueva, y la importancia de la protección económica en materia de salud, especialmente para los hogares pobres, ha sido uno de los factores que han impulsado los llamamientos cada vez mayores para lograr la cobertura universal de salud (Sen et al. 2018, OMS 2014). La necesidad de sustituir estos pagos para obtener atención de salud por otros enfoques de financiamiento —como el aumento de la agrupación de riesgos a través de sistemas de



seguridad social y el prepago de servicios— fue un tema central en el informe sobre la salud en el mundo del 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Bennett et al. 2010, pág. 2). La OMS define la protección económica como el punto en el que los pagos directos realizados para obtener servicios de salud no exponen a las personas a dificultades económicas y no amenazan su nivel de vida (OMS 2021b).

La protección económica se mide empleando dos indicadores: la incidencia de los gastos sanitarios catastróficos y la de los gastos empobrecedores de salud. Estos dos indicadores están determinados únicamente por el grado en que los PDB absorben los recursos económicos de los hogares (OMS 2021a). En el 2014, se adoptó en la Región de las Américas la

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Al aprobar esta resolución, los gobiernos de la Región se comprometieron a trabajar para eliminar los pagos directos en materia de salud y asegurar la protección económica de todos los hogares.¹

Las limitaciones de las mediciones de la protección económica



En la bibliografía académica se sostiene cada vez más que estas mediciones convencionales de la protección económica son limitadas y no captan plenamente la naturaleza multidimensional de lo que hay detrás de la capacidad de los hogares para lograr la protección económica (Moreno-Serra et al. 2011, Ruger 2012). Una de las críticas que se hacen es que las mediciones de los gastos catastróficos y empobrecedores se basan en los gastos médicos directos declarados en las encuestas. Los gastos de salud se consideran catastróficos cuando superan un determinado porcentaje del gasto anual de un hogar, sin contar los gastos de alimentación. No hay consenso respecto a este umbral porcentual, pero generalmente se lo ha fijado en 40% (Dyer et al. 2013, Xu 2005). Sin embargo, esto no

significa que el gasto inferior a este umbral no ponga en peligro también la cobertura de las necesidades básicas de los miembros del hogar; y cuando los hogares sobreviven a niveles de subsistencia, incluso destinar una pequeña proporción del consumo habitual a la atención de salud podría empujarlos a la pobreza o a un mayor grado de pobreza (Flores 2008, pág. 1398).

Además, depender de datos de encuestas también supone un problema, ya que es posible que los entrevistados no declaren adecuadamente los niveles de gasto, sobre todo cuando estos se realizan mediante deudas o créditos obtenidos de prestadores de atención de salud u otras fuentes (Van Damme et al. 2003). Además, es frecuente que las personas más pobres no puedan

¹ Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, documento CD53/5, Rev. 2 (2014).

permitirse utilizar los servicios de salud y, por lo tanto, declaren un gasto en salud muy bajo o nulo y, en consecuencia, sean incluidas a menudo entre las personas que se consideran protegidas contra esta catástrofe económica (Moreno-Serra et al. 2011).

Desde la perspectiva de género, también hay una gran preocupación por la forma en que se realizan las encuestas. Como señala McDowell (1992, pág. 405), los investigadores masculinos pueden privilegiar a los encuestados masculinos sin plantearse si la información así obtenida está sistemáticamente sesgada. Asimismo, las académicas feministas se han basado en estas preocupaciones para cuestionar las limitaciones de lo que las encuestas de hogares pueden revelar sobre la naturaleza de género que tiene la pobreza y el gasto de los hogares (Kabeer 1997, Razavi 1999, Whitehead y Lockwood 1999). Este tema se examina con más detalle a continuación.

Otra de las deficiencias de las actuales mediciones de la protección económica es que los indicadores no reflejan la forma en que los hogares financian estos pagos y, en particular, no recogen las repercusiones económicas a largo o corto plazo de las estrategias para afrontar los gastos de salud adoptadas por los hogares

(Flores et al. 2008, Moreno-Serra et al. 2011). Estas estrategias suelen incluir el préstamo de dinero y la venta de activos, y es probable que estas respuestas tengan una clara dimensión de género. Las estrategias para hacer frente a los gastos de salud se analizan ampliamente en la bibliografía de salud (véase el capítulo 7), pero se ha prestado poca atención a las dimensiones de género de estas estrategias. Sin embargo, algunos estudios sugieren que, al menos a corto plazo, las crisis de salud pequeñas pero frecuentes son más fáciles de afrontar que las graves o persistentes, como la discapacidad o la enfermedad crónica (Gertler y Gruber 2002, citado en Flores et al. 2008).

Dada la división del trabajo por sexos imperante, es más probable que las mujeres tengan que asumir la responsabilidad de cuidar a los miembros del hogar afectados por la mala salud, lo que limitará su participación en el mercado laboral. A partir de los datos de un estudio sobre el uso del tiempo realizado en Santiago de Chile, los investigadores descubrieron que, en los hogares donde había personas postradas, en casi el 50% de los casos el cuidador principal era una mujer, frente al 17% de los casos donde el cuidador principal era un hombre (Matamala et al. 2011). Los datos de Chile indican que entonces las mujeres no pueden

participar en el trabajo remunerado o suelen aceptar un trabajo “flexible”, a tiempo parcial y mal pagado, ya que creen que así pueden combinar el trabajo remunerado con el no remunerado. No obstante, a menudo se enfrentan a malas condiciones laborales y a niveles potencialmente altos de estrés, lo que a su vez puede repercutir de forma negativa en su propia salud (Gideon 2014). Este hecho plantea una clara preocupación en torno a las repercusiones de género a largo plazo de las estrategias para afrontar los problemas y la capacidad para pagar los GDB.

Con todo, las repercusiones a largo plazo también variarán, no solo en función de la estrategia de afrontamiento empleada, sino también de la naturaleza del propio hogar y la identidad social de sus miembros. Por ejemplo, las investigaciones realizadas en Perú señalan que, en ausencia de un

programa de seguro social que funcione plenamente, los hogares de ingresos bajos pueden verse muy afectados por los gastos catastróficos por motivos de salud y, a largo plazo, pueden dedicar los recursos destinados a los gastos de educación a cubrir la falta, lo que hace temer que la pobreza pase de una generación a otra (Díaz y Valdivia, 2012). Esto señala la importancia que tiene la edad de los miembros del hogar, pero, al mismo tiempo, una investigación más amplia destaca lo importante que resultan las diferencias entre géneros en cuanto a si son las niñas o los niños los que abandonan la escuela cuando se trata de hogares con pocos recursos (Rees 2017). Debe tenerse cuidado en evitar las generalizaciones excesivas y hay una clara necesidad de considerar estas cuestiones caso por caso, teniendo en cuenta los aspectos específicos de cada contexto diferente.

La cobertura universal de salud como respuesta al gasto directo de bolsillo



Una respuesta significativa a las crecientes preocupaciones sobre los GDB y la necesidad de protección económica en el ámbito de la salud ha sido el impulso hacia la cobertura universal de salud.

El esfuerzo por mejorar este tipo de cobertura y el acceso, especialmente en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los ODS, ha centrado la atención en cuestiones de protección económica en el ámbito de la salud.²

² Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, documento CD53/5, Rev. 2 (2014).

Dada la importancia de los obstáculos económicos para recibir atención de salud, se creyó en general que la introducción de programas de seguro social en América Latina y en otros lugares contribuiría en cierta medida a eliminar los GDB en la salud (OMS 2010a). En gran parte de América Latina, han surgido varias iniciativas de política destinadas a incorporar a una mayor proporción de la población a los planes de seguro social, como el Seguro Popular en México y el Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú, así como el Plan AUGE en Chile, que están orientadas a conseguir la protección económica de los hogares ante una lista concreta de afecciones de salud que pueden acarrear el mayor nivel de costo (Atun et al. 2015). Además, en el 2015, Chile aprobó la Ley 20.850,

más conocida como la Ley Ricarte Soto, que amplía la protección económica en materia de salud a una serie de medicamentos de alto costo necesarios para tratar patologías oncológicas o inmunológicas, así como enfermedades raras o poco frecuentes (Superintendencia de Salud 2021).

Ahora bien, a pesar de estos notables avances hacia la cobertura universal de salud en la región, sigue habiendo pruebas considerables de que no se están abordando adecuadamente las desigualdades significativas de salud y de que, a menudo, estas desigualdades vienen determinadas particularmente por la clase, la raza y el género (cf. Nigenda et al. 2015, Restrepo-Méndez et al. 2015, Rotarou y Sakellariou 2017).

¿Se han reducido los gastos directos de bolsillo gracias al avance hacia la cobertura universal de salud?



Algunas investigaciones en América Latina informaron de manera similar que, a pesar de la implementación de programas de seguro social, como el Seguro Popular en México y el Plan AUGE en Chile, los GDB siguen siendo un problema para muchos hogares

(Galárraga et al. 2010, Grogger et al. 2014, Koch et al. 2017, Ortiz-Rodriguez y Small 2017). Esta afirmación coincide con los resultados de otras regiones, en las que la existencia de seguros sociales y otros mecanismos de financiamiento no ha eliminado la carga

de los GDB, especialmente en el caso de algunas enfermedades y servicios de salud concretos. Por ejemplo, en un estudio sobre el gasto sanitario catastrófico de los enfermos de diabetes en los países de ingresos bajos y medianos se encontró que la enfermedad se asocia a una mayor probabilidad de tener gastos catastróficos, y que el seguro no se asocia a mayores tasas de posesión de medicamentos ni a menores tasas de gastos catastróficos (Smith-Spangler et al. 2012, pág. 323). Otros estudios realizados en Ghana, India y Nigeria también informaron niveles elevados de GDB a pesar de haber introducido servicios de salud materna gratuitos para las mujeres (Dalinjong et al. 2018, Govil et al. 2016, Kalu-Umeh et al. 2013).

La persistencia de los GDB pese a la aparente eliminación de los obstáculos económicos hace pensar en la existencia de otros factores que siguen condicionando el acceso a los servicios de salud (Dzakpasu et al. 2013). Como apuntan algunos de los estudios citados en este informe, las dificultades a la hora de poner en marcha programas para eliminar los obstáculos económicos a la salud pueden hacer que los usuarios de la atención de salud sigan soportando los gastos directos.

Un amplio número de estudios ha destacado la importancia de comprender

el papel de las relaciones de género y las normas sociales en torno a cuestiones de salud específicas para comprender plenamente las formas en que las mujeres y los hombres utilizan los servicios de atención de salud (véanse los estudios incluidos en Gideon 2016). Asimismo, hay un conjunto cada vez mayor de publicaciones, muchas de ellas centradas concretamente en América Latina, en las que también se resalta la importancia de tener en cuenta otros marcadores de identidad social, en particular la raza y la etnia, y cómo las mujeres indígenas de ingresos bajos son frecuentemente marginadas de los entornos de atención de salud y están sujetas a múltiples aspectos de la discriminación, por motivos de género, pero también de raza y etnia, idioma, clase y ubicación (véase, por ejemplo, Ewig 2010 sobre Perú, Smith-Oka 2015, Gonçalves Martín 2016 sobre Venezuela [República Bolivariana de], Morales 2018 sobre Bolivia [Estado Plurinacional de]).

Sin embargo, en los últimos años se ha reconocido cada vez más la relevancia del análisis interseccional en el ámbito de la salud y cómo no llevar a cabo dicho análisis puede distorsionar gravemente nuestra comprensión de cómo funciona la desigualdad y de quién soporta realmente gran parte de su carga (Sen y Östlin 2008, pág. 2). Springer et al. (2012,

pág. 1661) ofrecen una explicación útil de lo que implica un análisis interseccional: la interseccionalidad es un enfoque que analiza las intersecciones simultáneas entre los aspectos de la diferencia social y la identidad (p. ej., en relación con los significados de raza o etnia, condición

de indígena, género, clase, sexualidad, geografía, edad, discapacidad, situación migratoria, religión) y las formas de opresión sistémica (p. ej., racismo, clasismo, sexismo, capacitismo, homofobia).

Los gastos directos de bolsillo y las estrategias de afrontamiento



La cuestión de las repercusiones de los GDB relacionados con la salud en los hogares ha sido un tema de gran interés tanto en el hemisferio norte como en el sur³, y hay un corpus bibliográfico relativamente amplio que recoge las diferentes experiencias nacionales y regionales. La bibliografía existente apunta a que hay consenso tanto en el norte como en el sur sobre la gama de estrategias de afrontamiento adoptadas por los hogares y las personas en respuesta al pago de GDB, aunque algunas estrategias serán más comunes en contextos particulares y en momentos concretos, y hay que tener cuidado de no generalizar. Esto no quita que en la bibliografía sobre la materia se hayan encontrado respuestas comunes, por ejemplo:

- Uso de tarjetas de ahorro o de crédito;
- Venta de activos.
- Pedir dinero prestado a familiares o amigos.
- Pedir dinero prestado a otras fuentes.
- Los miembros de la familia aceptan un trabajo remunerado adicional.
- Incumplimiento de los tratamientos médicos o de los medicamentos recetados.
- Saltarse las citas médicas (cf. Dalinjong et al. 2018, Head et al. 2018, Onah y Govender 2014, Ortiz-Rodríguez y Small 2017).

Una gran parte de las investigaciones sobre los gastos directos se ha inclinado por el análisis cuantitativo, utilizando los datos disponibles sobre el gasto de los hogares en salud a través de las encuestas de hogares existentes. Con este

- Reducir el consumo (incluidas comida, ropa y actividades de ocio).

³El uso de la frase “Sur del mundo” marca un cambio pasando de un enfoque centrado en el desarrollo o la diferencia cultural a poner énfasis en las relaciones geopolíticas de poder (Dados y Connell 2012, pág. 12).

enfoque, las investigaciones realizadas en América Latina han demostrado que existe una considerable variabilidad en la prevalencia del gasto catastrófico en salud entre los países. Mientras que en Costa Rica solo se vio afectado el 1% de los hogares y en Brasil este porcentaje se elevó al 2%, en Argentina, Guatemala, Nicaragua y el área urbana de Chile el 10 a 15% de los hogares resultó afectado (Knaul et al. 2012, pág. 75). En el estudio se subraya que la composición y la ubicación de los hogares también son factores que determinan el alcance de los gastos sanitarios catastróficos, y señala que los hogares rurales y aquellos con niños o adultos mayores también están en riesgo.⁴ Los hogares rurales son más propensos a incurrir en mayores gastos directos en comparación con los hogares urbanos debido a las limitaciones de la oferta dentro del sistema de salud (Knaul et al. 2012).

Otros estudios nacionales de la región también ponen de relieve la influencia que tiene la ubicación de los hogares, y detectan diferencias rurales y urbanas en los niveles de GDB de los hogares. Grogger et al. (2014) examinan el caso de México, donde, a pesar de la introducción del programa de seguro social denominado Seguro Popular en 2004, los GDB siguen repercutiendo considerablemente en muchos hogares,

sobre todo en las zonas rurales más remotas. Dados los altos niveles de pobreza que hay en muchas comunidades rurales —el 27% de la población rural vive en condiciones de extrema pobreza y el 16% es analfabeta (Grogger et al. 2014, pág. 597)—, el efecto de los GDB puede ser especialmente problemático y hacer que los hogares caigan en una espiral descendente de pobreza.

En general, se presta muy poca atención a las dimensiones de género de los gastos directos relacionados con la salud. Esto se relaciona, en parte, con la falta de datos desglosados por sexo disponibles en las encuestas de hogares (véase el capítulo 9 para un análisis más detallado al respecto), pero también es el resultado de la actual ceguera en materia de género que se observa tanto en la investigación sanitaria y económica como en la formulación de políticas (Gideon 2016). Se presta aún menos atención a otros marcadores de identidad social, como la edad, la raza y la etnia, a pesar del reconocimiento cada vez mayor de la importancia que tiene la comprensión interseccional de la salud (Springer et al. 2012).

Aunque no llegan a ser sensibles a la perspectiva de género, algunos estudios han analizado los GDB en relación con diferentes afecciones de salud, y en ellos

⁴Aunque esto depende en parte de cómo se calculen los gastos sanitarios catastróficos. Véase Knaul et al. (2012) para un análisis más profundo.

se dedica cierta atención a las necesidades de las mujeres, en particular cuando los servicios de salud son más “específicos para las mujeres”; por ejemplo, la atención a la salud materna (principalmente estudios realizados en África y Asia) y los servicios de cáncer de mama y cervicouterino (en su mayoría estudios practicados en Australia y Estados Unidos de América). En este caso, hay un mayor enfoque en la investigación cualitativa y las entrevistas llevadas a cabo con pequeños grupos de usuarios de servicios (Head et al. 2018, McGrath 2016, Pisu et al. 2014).

Aunque esta reflexión no se limita a investigaciones procedentes de América Latina y el Caribe, tal y como sugiere el análisis, se pueden encontrar notables correlaciones entre las experiencias de los estudios aquí presentados y las pruebas disponibles de América Latina y el Caribe. Las investigaciones efectuadas en Ghana se han centrado en las experiencias sobre GDB que han tenido las mujeres al recibir atención materna tras la introducción del plan nacional de seguro médico en el 2008. Un objetivo central de la política fue eliminar los pagos directos en el ámbito de la salud materna, ya que se consideraban un importante obstáculo para que las mujeres recurrieran a los servicios públicos de salud materna. La investigación se

realizó en el distrito municipal de Kassena-Nankana, en la zona del Alto Oriente del norte de Ghana, una de las zonas más pobres del país. Se constató que el plan nacional de seguro médico no cubría todos los gastos relacionados con los servicios de salud materna, y que las mujeres seguían teniendo que cubrir una serie de GDB. Concretamente, se pidió a las mujeres que pagaran los medicamentos, sobre todo los antimaláricos, así como los servicios de ecografía. La investigación descubrió que determinados problemas sistémicos contribuían al elevado costo de los GDB que abonaban las mujeres; por ejemplo, faltaban laboratorios bien equipados y personal cualificado, fundamentalmente en los centros de salud de menor nivel. Esta circunstancia supuso que las mujeres fueran derivadas con frecuencia a laboratorios privados para la realización de pruebas y exploraciones, lo que desencadenó un gasto directo adicional (Dalinjong et al. 2018, pág. 15).

Del mismo modo, una investigación que tuvo lugar en Nepal reveló que, a pesar de haber introducido servicios gratuitos de atención a la salud materna, las mujeres seguían viéndose obligadas a incurrir en una serie de GDB, muchos de los cuales no se veían. El estudio se basó en los resultados de un cuestionario

cumplimentado por 348 puérperas. Se comprobó que al menos la mitad de los GDB abonados por las mujeres y sus familias se atribuían a la comida y la bebida consumidas durante la estancia en el hospital (esto incluía tanto a la mujer como al familiar acompañante), aunque otros gastos abarcaban la ropa y el transporte (Acharya et al. 2016).

En el caso de Perú, queda clara la utilidad de centrarse en las desigualdades interseccionales cuando se trata de entender los efectos sobre el género de los gastos directos. La antropóloga Marisol de la Cadena ha argumentado que se ve a las mujeres como más indígenas que a los hombres, y que por ello sufren formas diferentes y más profundas de exclusión social (Cadena 1992, citado en Samuel 2016). Esta compleja relación entre género, etnia y desigualdades se muestra en una publicación de Samuel (2016). Este autor encontró que a las mujeres de las comunidades indígenas andinas más marginadas se les seguía pidiendo que pagaran por los servicios relacionados con la atención materna a pesar de la implantación del SIS, un programa de seguro médico integral para los pobres y los trabajadores de la economía informal. El gobierno había ampliado de forma gradual este programa desde principios de la década del 2000.

Históricamente, los grupos indígenas han sido excluidos con frecuencia del sistema de atención de salud, ya que los derechos de atención solo se concedían a quienes tenían un empleo formal. Sin embargo, como han afirmado algunos críticos, la discriminación por motivos étnicos sigue estando profundamente arraigada en el sistema (Thorp y Paredes 2010, Ewig 2010). Aunque en el marco del SIS las mujeres indígenas tenían derecho a servicios gratuitos de atención materna, se les pedía que pagaran por el uso de la cama donde daban a luz a sus bebés, así como por la comida mientras duraba su estancia en el hospital (Samuel 2016). También en este caso, la presencia continua de PDB se ha atribuido a las limitaciones de la oferta y al financiamiento insuficiente del SIS. Tras la implementación de este seguro, los prestadores locales no suelen ser capaces de mantener el ritmo de la demanda cada vez mayor de servicios y no cuentan con los presupuestos adecuados para hacerlo. En este contexto, no es raro encontrar que el SIS tiene deudas atrasadas con hospitales y redes de salud (Francke 2013, citado en Samuel 2016). La consecuencia es que estos problemas económicos se trasladan a menudo directamente a los usuarios de los servicios de salud.

No obstante, un costo que puede resultar más preocupante para las familias pobres es la tarifa ilegal que los trabajadores de salud cobran a los padres cuando intentan obtener certificados de nacido vivo para sus recién nacidos. Estos cobros “extraoficiales” o informales son especialmente habituales cuando el parto no se produce en un centro de salud, discriminando así a las mujeres que dan a luz en casa. El certificado de nacido vivo es un documento esencial. Es un requisito previo para obtener una partida de nacimiento y se supone que se expide de forma gratuita. Las partidas de nacimiento son el principal documento de identificación que se necesita para tener derecho a todos los beneficios de la ciudadanía, incluida la inscripción en el seguro médico público.

Además, limitar el acceso a la ciudadanía de esta manera plantea cuestiones significativas desde el punto de vista de los derechos humanos y restringe la capacidad de las personas a reclamar sus derechos y prestaciones. Sin embargo, como señala Samuel (2016), los trabajadores de salud suelen imponer estas cargas para intentar compensar el déficit de sus propios presupuestos, lo que significa que las familias se ven obligadas a pagar de su propio bolsillo gastos como el transporte para visitar a los pacientes. También a este respecto existen importantes dimensiones

de género, dado que la mayoría de los trabajadores de salud mal pagados y de baja categoría son mujeres. Este es un patrón que se repite en gran parte del mundo, donde las estructuras de empleo en la atención de salud tienden a representar una pirámide con un pequeño número de puestos bien pagados y poderosos en la cima dominados por hombres, y un número cada vez mayor de mujeres con una escala salarial decreciente a medida que se desciende en la pirámide (Gideon 2014).

Las desigualdades interseccionales también se destacaron como un desafío clave en la investigación realizada en un municipio endémico de malaria, Tierralta, en el departamento de Córdoba (Colombia). Un estudio realizado con embarazadas que tenían malaria detectó un alto nivel de gastos directos, a pesar de que las intervenciones de control de la malaria se ofrecían gratuitamente a los usuarios de los servicios de salud en Colombia. Los autores determinaron que los costos medios totales asociados al tratamiento hospitalario de un episodio completo de malaria ascendían a casi US\$ 55, lo que representa el 18% del salario mínimo mensual del país que había en el momento del estudio (US\$ 307). Los gastos de transporte y los indirectos (costo del tiempo empleado) fueron los componentes más significativos. Se estimó

que los costos más altos, superiores a US\$ 100, fueron para las mujeres que tuvieron dos episodios de hospitalización (Sicuri et al. 2018, págs. 7-9). Como sostienen los autores, habida cuenta de que los participantes en el estudio pertenecían a los hogares más pobres, es probable que estos GDB constituyeran una carga sustancial para la economía doméstica. Además, al menos una cuarta parte de los participantes eran mujeres indígenas e integrantes de la comunidad Embera Katío, que han sufrido la violación de sus derechos a la tierra, su independencia económica, educación y cultura (Sicuri et al. 2018, pág. 10).

Las investigaciones efectuadas fuera de América Latina también refuerzan la necesidad de examinar cómo otras formas de desigualdad se entrecruzan con el género. En Estados Unidos de América, un proyecto de investigación cualitativa a pequeña escala llevado a cabo en mujeres con cáncer de mama descubrió que los GDB podían suponer hasta el 31% de los ingresos mensuales de las mujeres y que las que pertenecían a minorías raciales y étnicas, en particular, eran las más perjudicadas (Pisu et al. 2014). El estudio concluyó que muchas de las mujeres entrevistadas informaron que la “toxicidad” económica de los GDB tenía consecuencias para el cuidado de las supervivientes, lo que podía traducirse en

una menor observancia de la medicación prescrita, la renuncia a la atención médica o la reducción del gasto en productos básicos como la comida o la ropa (Pisu et al. 2014). La investigación también tuvo en cuenta la edad como factor y descubrió que las mujeres mayores se veían especialmente afectadas y estaban preocupadas por el efecto a largo plazo de reducir el consumo, perder su red de seguridad y endeudarse. Las investigaciones emprendidas en Sudáfrica también revelaron que las mujeres negras, en especial las que no tenían un empleo a tiempo completo, eran las más propensas a verse afectadas negativamente por los gastos directos (Dyer et al. 2013).

Otros estudios también han destacado la importancia de la edad de los miembros del hogar a la hora de determinar la repercusión de los GDB (Koch et al. 2017). De hecho, los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) han mostrado que los pagos directos son mayores para las mujeres y los hombres en el grupo etario superior a los 65 años (con un promedio de 973 y 674 bolivianos por persona, respectivamente), pero son las mujeres, en el rango de edad de 45 a 65 años, las que suelen gastar el doble de dinero en los gastos directos comparado con los hombres (927 y 475 bolivianos por persona, respectivamente) (Prieto y Montañez 2017, pág. 15). Esto refuerza lo necesario que es

observar cómo pueden cambiar los GDB a lo largo de la vida.

En otro estudio realizado con enfermos de cáncer, tanto hombres como mujeres, de Estados Unidos de América, muchas de las personas encuestadas señalaron que desde el principio no fueron capaces de hacer frente a las implicaciones económicas de su afección porque estaban centradas en la enfermedad y sus ramificaciones físicas y emocionales. Por otra parte, otras personas encuestadas no sabían cuál era su responsabilidad económica personal ni cuánto debían por el tratamiento hasta que recibieron las facturas (a menudo semanas o meses después de su diagnóstico). Estos factores fueron una desventaja para esas mujeres, ya que perdieron oportunidades de planificar y compensar las ramificaciones económicas de su enfermedad (Head et al. 2018, pág. 984). Un aspecto importante planteado en este estudio, pero que con frecuencia se deja de lado en el debate en torno a los GDB, es el efecto emocional que estos pueden tener junto con las implicaciones para la salud que supone estar enfermo y tener que incurrir en dichos gastos en primer lugar (Head et al. 2018).

Aunque no ha sido posible localizar ningún análisis sobre la toma de decisiones dentro del hogar en torno al uso o la

asignación de recursos económicos en relación con los GDB, un estudio cualitativo llevado a cabo con enfermos de cáncer en Australia examinó las diferencias entre los géneros en el uso de tarjetas de crédito para pagar los gastos directos (McGrath 2016). El análisis reveló que las mujeres no eran más propensas que los hombres a rechazar o minimizar el uso de tarjetas de crédito para hacer frente a los GDB que debían realizar. Aun así, entre las personas encuestadas que sí recurrieron a las tarjetas de crédito como medio de pago de los gastos directos, las mujeres mostraron una mayor tendencia a utilizarlas (McGrath 2016, pág. 54). El perfil de ingresos de este grupo de encuestados era variado y, por tanto, no había una correlación clara con los niveles de ingresos o el tipo o la regularidad de los mismos. Es necesario seguir investigando para comprender mejor las dimensiones de género que se dan al tomar decisiones en el hogar relativas a los GDB.

La necesidad de un análisis de género



En este capítulo se examina la importancia de considerar los GDB desde una perspectiva de género. Es preciso situar el debate sobre la “incorporación de la perspectiva de género”⁵ en los gastos directos dentro de un contexto más amplio correspondiente al componente de género de los sistemas de salud. Tal y como se argumenta en el análisis aquí presentado, la división del trabajo en función del género implica que las mujeres realizan una gran cantidad de trabajo de cuidados no remunerado dentro del hogar, y este trabajo no retribuido contribuye de forma significativa, aunque no reconocida, a la producción y el consumo de servicios de atención de salud. Como resultado de esta “carga de cuidados”, la participación de las mujeres en el mercado laboral se ve limitada, mientras que, al mismo tiempo, las normas de género sobre el trabajo de cuidados de las mujeres también se utilizan para justificar el pago de salarios más bajos a las mujeres (Herrera et al. 2019). Como muestra este informe, todo esto tiene considerables implicaciones en el caso de los GDB.

Este capítulo comienza con una breve descripción de las diferencias entre los géneros en los gastos directos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú, antes de examinar con más detalle la importancia de emplear una perspectiva de género en el debate sobre los gastos directos. Se trata de una serie de factores, entre los que destaca la necesidad de tener en cuenta el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres en cualquier debate sobre política de salud, incluidos los mecanismos de financiamiento de la salud como los GDB. También se presta atención a la desigual inserción de las mujeres en el mercado laboral, así como a la brecha salarial de género. Cuando es posible, se utilizan datos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú para ilustrar el debate.⁶

Los defensores de la igualdad han afirmado que, en muchos casos, los GDB de las mujeres son sistemáticamente más cuantiosos que en el caso de los hombres, al menos en parte debido a la elevada carga económica relacionada con el pago de la

⁵ En este contexto, se entiende por “incorporación de la perspectiva de género” la necesidad de integrar un análisis de género en el debate sobre los gastos directos de bolsillo.

⁶ La revisión se limita principalmente al material publicado en inglés.

atención del parto y otros servicios de salud reproductiva (Ravindran 2012). Se han encontrado pruebas que apoyan este punto de vista en una serie de países latinoamericanos, como Brasil, Ecuador

y Perú (OMS 2010b, pág. 22). Este hecho se refleja en los datos procedentes de los cuatro países estudiados (véase el cuadro 1).

Cuadro 1. Pagos directos de bolsillo medios por sexo; Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú

	Hombres	Mujeres	Total	Proporción Mujeres/Hombres
	(US\$)			
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2014)	46	62	54	1,3
Guatemala (2014)	39	87	64	2,2
Nicaragua (2009)	44	66	55	1,5
Perú (2015)	66	87	77	1,3

Nota: cifras convertidas a dólares estadounidenses utilizando los valores de cambio de moneda vigentes el 8 de marzo del 2021.
Fuente: Prieto y Montañez 2017.

Prieto y Montañez (2017) demuestran que hay cierta variación por grupos etarios pero, en general, las mujeres destinan más a los GDB que los hombres a lo largo de la vida. Este hecho se ilustra a continuación para el caso de Perú

(véase el cuadro 2). Sin embargo, con pocas excepciones (Ewig y Hernández Bello 2009, Sen y Govender 2015, Witter et al. 2017), se ha dedicado poca atención a las dimensiones de género de los mecanismos de financiamiento sanitario.

Cuadro 2. Pagos directos de bolsillo individuales como porcentaje de los pagos directos de bolsillo de los hogares, por grupo etario y sexo, Perú, 2015

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	Proporción Mujeres/Hombres
De 0 a 4 años	18,5	17,7	18,1	1,0
De 5 a 14 años	12,5	12,9	12,7	1,0
De 15 a 44 años	22,5	26,6	24,6	1,2
De 45 a 65 años	32,1	36,9	34,7	1,2
Más de 65 años	40,8	49,6	45,5	1,2
Total	23,7	27,8	25,8	1,2

Fuente: Prieto y Montañez 2017, pág. 32.

Emplear una perspectiva de género para estudiar los GDB es algo más que determinar si las mujeres o los hombres tienen más probabilidades de incurrir en gastos en el sector de la salud. Un análisis de género implica prestar atención al papel que desempeñan las relaciones de género en la producción de la vulnerabilidad a la mala salud o la desventaja dentro de los sistemas de atención de salud, así como a las condiciones que favorecen la desigualdad entre los sexos en relación con el acceso y la utilización de los servicios (Gideon 2016). Un análisis de género detallado también reconoce la importancia de otras formas de diferenciación, especialmente la raza, la situación socioeconómica, la etnia y la edad, que interactúan con la diferencia de género y pueden conducir a diferentes vulnerabilidades y resultados (Springer et al. 2012).

En varios estudios recientes se ha examinado el carácter de género que presentan los sistemas de salud latinoamericanos (Ewig 2010, Gideon 2014) y se ha mostrado cómo las necesidades de salud de las mujeres se reducen con frecuencia a las que tienen relación directa con su función reproductiva. Además, las voces de las mujeres suelen quedar excluidas de los procesos decisorios en todos los niveles del sistema de salud, incluidos los debates en torno a la asignación de recursos económicos (Mackintosh y Tibandebage 2006, Sen et al. 2018).

Dado que un aspecto esencial para lograr la cobertura universal de salud es la ampliación de la proporción del gasto de

salud que se financia mediante mecanismos de seguro o prepago, resulta indispensable comprender mejor las implicaciones de género que tiene la asignación de recursos. Como sugieren los estudios citados en el capítulo 7, la introducción de esquemas de cobertura universal de salud no siempre se ha traducido en una reducción de los GDB, que en gran parte siguen recayendo en las mujeres. Diversos estudios han señalado los obstáculos de género que dificultan el uso de distintos tipos de mecanismos de seguro, pero una de las mayores limitaciones es que para acceder a los esquemas de seguro se asume que las personas están empleadas en la economía formal. En América Latina, tanto los hombres como las mujeres tienen empleos informales. En toda la región hay pruebas de que las mujeres tienen más probabilidades de trabajar en el sector informal que en el formal y, por lo tanto, tienen menos derecho a acceder a los planes de seguro médico, excepto como personas dependientes.⁷ Las mujeres, a su vez, también son más proclives a no participar en el mercado laboral porque su acceso suele estar limitado por normas sociales de género. Por ejemplo, una investigación realizada en Nicaragua ha puesto de manifiesto que las fuertes normas de género relativas a las responsabilidades domésticas de las mujeres, así como la falta de servicios de guardería, las mantienen

fuera del mercado laboral, particularmente en las zonas rurales (Herrera et al. 2019). Las mujeres excluidas de los planes de seguro son potencialmente más vulnerables a los GDB, ya que pueden buscar atención de salud en prestadores privados, los cuales pueden exigir un pago inmediato (Gideon 2014).

El reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado

Desde la perspectiva de género, una de las principales limitaciones de muchas políticas de salud ha sido el continuo desconocimiento sobre la importancia del trabajo de cuidados no remunerado que sustenta la salud y el bienestar de las personas y los hogares (Folbre 1994). Elson (1998, pág. 932), por ejemplo, hace hincapié en los costos invisibles que pueden acompañar a los cambios en la organización de la prestación de servicios. Aunque puede parecer que los cambios políticos mejoran la eficiencia, en realidad lo que hacen es transferir los costos de los presupuestos monetarios del sector público, donde son visibles, al empleo del tiempo de las mujeres en familias y comunidades, donde generalmente son invisibles. Las economistas feministas llevan mucho tiempo defendiendo la necesidad de reconocer el valor económico del trabajo de cuidados no remunerado y

⁷ En Prieto y Montañez, 2017, se pueden encontrar datos detallados sobre las diferencias de género en las modalidades de empleo y los tipos de cobertura de salud existentes en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú.

la contribución que hace a la economía y la sociedad en general (Folbre 1994, Himmelweit 1995, Power 2004).

El trabajo de cuidados no remunerado se realiza principalmente en el hogar. Puede incluir tareas como el cuidado de enfermos y personas mayores, acompañar a los familiares a las citas médicas, cocinar, limpiar y cuidar a los niños. Estas tareas son esenciales para el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas y los hogares, y algunos analistas han afirmado que el papel del trabajo de cuidados no remunerado en el hogar debe ser reconocido en la producción de la atención de salud (Doyal y Pennell 1979, Gideon 2014, Mackintosh y Tibandebage 2006).

En América Latina, como en la mayoría del resto del mundo, el trabajo de cuidados no remunerado es realizado predominantemente por las mujeres, y la existencia de normas de género relativas a los papeles y responsabilidades significa que a las mujeres se les asigna con frecuencia la responsabilidad principal de la salud y el bienestar de los miembros del hogar.

Las diferencias de género en cuanto al uso del tiempo

Varios estudios recientes de América Latina han demostrado que, incluso cuando las mujeres se incorporan al trabajo remunerado, conservan sus responsabilidades de trabajo de cuidado no remunerado en el hogar (a menudo denominado carga de cuidado de las mujeres) y tienden a trabajar durante más horas en el día tratando de combinar sus funciones remuneradas y no (Amarante y Rossel 2017, Campaña et al. 2018). En los últimos años, se ha avanzado considerablemente en América Latina en el desarrollo del conocimiento y una mejor comprensión de las diferencias entre los géneros respecto al uso del tiempo. Los datos regionales indican que, por término medio, las mujeres son responsables de dos tercios del trabajo doméstico no remunerado, mientras que los hombres declaran realizar un tercio de las actividades relacionadas con las tareas domésticas, y las mujeres trabajan aproximadamente una hora y media más al día en comparación con los hombres (Gammage 2010). Hay pruebas claras de que el uso del tiempo de las mujeres y los hombres en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú refleja estas tendencias más amplias, y que en

cada país las mujeres dedican más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres, además de trabajar un mayor número de horas al día en general que los hombres (Aguirre y Ferrari 2013).

Por qué todos estos elementos son relevantes para los gastos directos de bolsillo

Este trabajo sobre el uso del tiempo es fundamental para hacer un análisis de género de los GDB. Este hecho se debe a que los datos recogidos en un amplio conjunto de países han demostrado que no se trata únicamente de una carga económica que recae sobre los hogares cuando alguien está enfermo; hay otros costos indirectos, en particular la carga de tiempo, que también son decisivos y que, de hecho, pueden suponer una carga mayor para los hogares que los costos económicos (Sauerborn et al. 1996). Aunque la mayoría de las investigaciones no han reconocido las dimensiones de género de estas cuestiones, McIntyre et al. (2006, pág. 862) afirman que hay pruebas para pensar que los costos indirectos de la mala salud son mayores cuando las mujeres están enfermas: se pierden más horas de tiempo productivo, en gran parte debido a las largas horas que trabajan las mujeres en relación con los hombres, sobre todo si se

incluyen las actividades de mantenimiento del hogar.

Los estudios realizados en una serie de países de ingresos medianos y bajos también han constatado que los costos indirectos de la mala salud suponen una carga mayor para los hogares de ingresos más bajos que para los de ingresos más altos (McIntyre et al. 2006, Neilson et al. 2008). Estos costos “invisibles” rara vez se tienen en cuenta en el debate sobre el efecto de los GDB, pero es necesario prestar más atención a estos aspectos de la carga de costos que implica la mala salud si se quiere lograr resultados más equitativos en materia de género.



El género y las limitaciones metodológicas para medir los gastos directos de bolsillo y la protección económica



Los datos existentes sobre los PDB se basan en encuestas de hogares, pero hay que señalar una serie de deficiencias cuando se los considera desde una perspectiva de género. Es preciso recordar que las encuestas de hogares también se centran predominantemente en los PDB según su definición más estricta (véase el capítulo 2) y no reflejan toda la gama de GDB. Ahora bien, un problema inmediato de este tipo de encuestas es la falta de datos desglosados por sexo. Al mismo tiempo, también se asume que los recursos se comparten por igual dentro de los hogares, cuando existen abundantes pruebas que demuestran que no es así.

Como sostienen Whitehead y Lockwood (1999, pág. 536), detrás del enfoque de la suma de los hogares está la suposición implícita de que en los hogares los ingresos y el consumo están agrupados, a pesar de las numerosas pruebas en sentido contrario.

Además, los hogares encabezados por mujeres se convierten en una “representación”

de todas las mujeres (Bradshaw et al. 2017). Aun así, las investigaciones han demostrado que, al menos en el contexto latinoamericano, los hogares encabezados por mujeres no son necesariamente “los más pobres de los pobres” y, en algunos entornos, es posible que estos hogares estén de hecho en mejor situación que los dirigidos por hombres (Chant 2015, Liu et al. 2017).

Por otra parte, la categoría de cabeza de familia femenina agrupa categorías de hogares, generadas por distintos procesos que tienen lugar en diferentes etapas del ciclo vital y por diversas razones, que probablemente presenten una variedad de circunstancias y oportunidades socioeconómicas (Whitehead y Lockwood 1999, pág. 537). Tal y como observan Bradshaw et al. (2017), una cuestión más complicada es centrarse en las dificultades a las que se enfrentan las personas que son cabezas de familias monoparentales para acumular activos. Un estudio reciente realizado a pequeña escala en Perú refleja muchos de los retos que afrontan las mujeres que se convierten en madres

solteras, especialmente la necesidad de equilibrar sus responsabilidades remuneradas y no remuneradas (Alvarado y del Carmen Vilchez 2015). Esto también se pone de manifiesto en los trabajos desarrollados en Nigeria, donde, en muchas de las comunidades más pobres, las viudas, en particular, suelen tener que hacer frente a mayores dificultades para pagar las deudas contraídas por los GDB en salud. La razón es que, con frecuencia, carecen de una base de activos y tienen opciones más limitadas a las que recurrir que los hogares con dos ingresos, y se ven obligadas a recurrir a duros trabajos manuales para conseguir ingresos y a recortar los alimentos como parte de las estrategias para saldar la deuda (Onah y Govender 2014, pág. 8).

Un amplio conjunto de investigaciones feministas, incluidas las realizadas en América Latina, ha documentado cómo las diferencias entre los géneros en cuanto al acceso, el control y el uso de los recursos dentro de los hogares pueden conducir con frecuencia a la “pobreza secundaria” en las mujeres, los niños y las niñas de hogares “no pobres”. Diversos estudios han advertido asimismo sobre las limitaciones que supone centrarse únicamente en la escasez de ingresos, dado el carácter multidimensional de

la pobreza. Pero esto tampoco se refleja en las encuestas de hogares, que siguen basándose en la pobreza de ingresos. Un conjunto de investigaciones bien establecido ha demostrado cómo, en los hogares encabezados por un hombre, las mujeres pueden experimentar tanto la “pobreza de poder” de género (por la que las mujeres y las niñas no pueden, por miedo a la violencia o al abandono, o no están dispuestas, debido a las normas de género profundamente arraigadas, a disputar o resistir el privilegio o las prerrogativas masculinas) como la pobreza de tiempo (la falta de oportunidades para dormir y descansar, a menudo como consecuencia de la carga de cuidados no remunerada) (cf. Bradshaw 2013; Chant 1997, 2007, 2009; Gammage 2010). Como afirman Bradshaw et al. (2017, pág. 4), la pobreza de poder y la pobreza de tiempo a menudo se interrelacionan entre sí, y pueden ser más importantes en las percepciones de la pobreza que el acceso limitado a los ingresos per se. Este tipo de matices son los que a menudo se pierden en los datos de las encuestas a gran escala, y es evidente la necesidad de complementar estos análisis con otros a menor escala que llamen la atención sobre las experiencias vividas por quienes sufren las consecuencias directas de los GDB.

El género y la toma de decisiones en el hogar



En la investigación feminista ha quedado bien establecida la importancia que reviste poner al descubierto la naturaleza de las relaciones intrafamiliares y la toma de decisiones en torno a la asignación de recursos (Agarwal, 1997). A pesar de estas ideas, las políticas de salud, sobre todo las estrategias de financiamiento de la salud, a menudo contienen suposiciones implícitas sobre la naturaleza unitaria de los hogares y asumen que los recursos se asignan por igual entre todos los miembros del hogar. La mayoría de los responsables de formular políticas tampoco reflexionan sobre los cambios en la comprensión y la experiencia social de la dependencia económica o la autonomía de las mujeres dentro del hogar y su papel en las decisiones de atención de salud (Mackintosh y Tibandebage 2006). Esto puede tener notables implicaciones en la manera en que las personas utilizan los sistemas de salud y en los resultados de salud. Es una cuestión especialmente pertinente cuando se examinan las consecuencias diferenciadas en función del género que tienen los GDB (es decir, lo diferente que afectan estos gastos a las mujeres y los hombres).

También es necesario que las relaciones intrafamiliares no se simplifiquen demasiado y se reduzcan a conjuntos de intereses opuestos e individuales de mujeres y hombres (Jackson 1996). Se ha expresado preocupación por la forma en que los resultados de investigación se han convertido en “mitos de género”, como el altruismo inherente de las mujeres y su dedicación a mantener el bienestar familiar frente a las crisis (Cornwall et al. 2007, González de la Rocha 2007). Como ejemplo se puede citar el consenso popular según el cual los ingresos de las mujeres se dedican a los gastos de la casa, como la alimentación, y se orienta principalmente a mantener la salud y el bienestar del hogar. Por el contrario, se afirma que los hombres tienden a gastar sus ingresos en artículos más personales (Jackson 1996). Aunque el objetivo de este estudio no es cuestionar la validez de esos datos, como sugiere Jackson, es necesario también examinar con detenimiento el contexto concreto en el que se produce ese gasto.

El altruismo femenino suele estar condicionado por el desempoderamiento

de las mujeres en el hogar y por la falta de opciones, más que por los instintos maternales “inherentes” a las mujeres (Brickell y Chant 2010, Chant 2007, Kabeer 1997). En cambio, como los hombres tienden a desatender el bienestar del hogar y suelen gastar el dinero en alcohol, tabaco y drogas, las mujeres se ven impedidas a actuar abiertamente en interés propio (Brickell y Chant 2010, pág. 149). Estos supuestos han dado forma e impregnado las intervenciones políticas, como los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) con un componente de salud, que están diseñados, al menos en parte, para que los hogares más pobres vean aligerados los GDB en salud. Es más, este tipo de transferencias han sido muy criticadas por la intensificación de las desigualdades de género, sobre todo en relación con los papeles y las responsabilidades de género (Molyneux 2006, Cookson 2016).

En la bibliografía de salud se recogen algunos estudios en los que se ha prestado cierta atención a la trascendencia que tiene la toma de decisiones en el seno del hogar. Algunos autores, por ejemplo, han expuesto que los mejores resultados de salud están relacionados con la autonomía económica de las mujeres y han propugnado aumentar sus ingresos como medio para promover una mejor salud (Adjiwanou y LeGrand 2014, Pennington

et al. 2018, Singh 2015). Sin embargo, parte de este trabajo no ha captado plenamente las complejidades de lo que ocurre en los hogares. En particular, el trabajo realizado tiende a reforzar los mitos de género en torno al altruismo de las mujeres y suele centrarse en políticas orientadas a la función maternal de las mujeres.

Por el contrario, un pequeño número de estudios recientes ha proporcionado análisis más matizados de la toma de decisiones en el hogar sobre el comportamiento relativo a la búsqueda de la salud (Tolhurst et al. 2008, Richards et al. 2013) y cómo este puede cambiar a lo largo de la vida (Tolhurst et al. 2016). En su estudio, Tolhurst et al. (2008) hallaron que, en los casos en los que las mujeres obtenían más ingresos y se volvían más independientes, los miembros masculinos de la familia empezaban a eludir su responsabilidad de contribuir al costo del tratamiento de salud, alegando que, dado que tenían la sensación de que los hijos pertenecían a las mujeres, ellas eran por lo tanto las responsables de pagar el tratamiento. Comprender la asignación de recursos en el hogar es especialmente relevante en el contexto de la creciente privatización de la atención de salud y la continua carga económica de los GDB.

Un estudio reciente de Nigeria ha demostrado que, aunque las decisiones sobre la atención de salud se pueden tomar conjuntamente, los hombres tienden a encargarse de la economía doméstica, sobre todo en las zonas rurales. Eso hace que, en última instancia, los hombres controlen las formas en que se gastan los recursos en la atención de salud, y algunos hombres han informado de que las mujeres gastan dinero innecesariamente y que las necesidades de atención de salud de las mujeres se consideran a veces frívolas, por lo que las mujeres tienden a recurrir a la prestación de atención de salud informal (Onah y Horton 2018). Es más, muchas veces se considera que las mujeres son más vulnerables a la mala salud y, por lo tanto, es probable que incurran en un mayor gasto en relación con la atención de salud, aunque el estudio descubrió que los hombres eran más propensos a utilizar los servicios de atención de salud formal cuando estaban enfermos en comparación con las mujeres (Onah y Horton 2018). Aunque no se han encontrado investigaciones comparables en América Latina y el Caribe, estos resultados apuntan a la importancia de considerar cómo las dinámicas de poder de género dentro del hogar afectan a los GDB en salud y se ven influidas por los mismos, y lo que esto puede llegar a significar

para el uso diferenciado por géneros de los servicios de atención médica. En esa región se necesitan urgentemente más estudios que traten de comprender la dimensión de género que tiene la toma de decisiones económicas en el hogar, y que los responsables políticos aprovechen de manera eficaz estos conocimientos.

En Perú siguen estando muy extendidas fuertes normas de género que refuerzan el papel de la mujer en el hogar y tienden a limitar el acceso de las mujeres a los procesos decisorios, en particular los que se refieren a los recursos, tanto en el hogar como en la comunidad (McNulty 2015, Nagels 2016). Si bien en Perú se han logrado considerables avances en el desarrollo de políticas favorables a la perspectiva de género, siguen existiendo restricciones significativas que obstaculizan su aplicación efectiva (Boesten 2010). Mientras las mujeres sigan estando marginadas del acceso a los recursos en todos los niveles de la economía, habrá una seria preocupación por que la mayoría de las mujeres sean capaces de hacer frente a las consecuencias de los GDB en la salud.

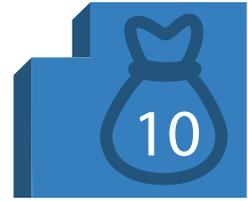
Aunque no se centran concretamente en la toma de decisiones relacionadas con la

salud dentro del hogar, las investigaciones realizadas en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Perú con hogares rurales indígenas ponen de manifiesto la firmeza y la relativa rigidez del papel y la responsabilidad en función del género que existen en los hogares. La información también indica que las mujeres a menudo solo tienen un acceso limitado a los procesos decisorios sobre la salud y los recursos (McNulty 2015, Nagels 2016, Wehr y Tum 2013). Además, las pruebas recabadas en Perú han demostrado que la exclusión de las mujeres de los procesos de decisiones económicas se extiende más allá del hogar y llega al nivel comunitario (McNulty 2015). Si bien los hombres tienden a ser los principales responsables de la toma de decisiones, en el contexto guatemalteco, por ejemplo, algunos familiares, especialmente las suegras, también pueden desempeñar un papel importante en el hogar (Wehr y Tum 2013). Aunque es necesario seguir investigando, este hecho hace pensar en las posibles implicaciones en relación con los GDB. Algunos estudios procedentes de la India han puesto de relieve la complejidad de los procesos decisorios relativos al gasto en atención para la salud materna, ya que puede ocurrir que los miembros de la familia ampliada no consideren justificados algunos costos y, en consecuencia, se niegue a las mujeres

recibir determinados servicios de atención materna (Gideon et al. 2017). Del mismo modo, investigaciones emprendidas en Ghana también arrojan algo de luz sobre las formas en que los hombres ponen en duda que las mujeres justifiquen el gasto en su propia salud, especialmente en relación con las necesidades de atención materna (Dalinjong et al. 2018). Es fundamental comprender mejor las relaciones de poder existentes entre los géneros dentro de los hogares y las diversas formas por las que estas influyen en los procesos de decisión sobre el gasto en salud.

El género, los hogares y la pobreza

Si, como se ha comentado en el capítulo anterior, los miembros de la familia no comparten el mismo acceso a los recursos en el hogar y se comportan de modo diferente en tiempos de dificultades económicas, entonces es preciso que los responsables políticos comprendan en cierta medida la naturaleza de la pobreza en función del género, ya que esto proporcionará información fundamental sobre la capacidad diferencial de las mujeres y los hombres para afrontar los GDB en salud. Como ha demostrado la bibliografía general, los hogares adoptan una amplia gama de estrategias para hacer frente al pago de la atención de salud. Sin embargo, la carga económica de los GDB puede afectar más negativamente a las mujeres que a los hombres si la pobreza está en sí misma condicionada por el género. Por lo tanto, para entender las dimensiones de género de los GDB, es necesario comprender mejor la naturaleza de género de la pobreza. En la siguiente sección se presentan estudios de caso de cuatro países, con el fin de ofrecer una mejor visión de las formas en que las normas, los papeles y las responsabilidades relacionadas con el género dan forma no



solo al efecto desigual que tienen los GDB en las mujeres y los hombres, sino también a su capacidad para pagar y enfrentarse a una mayor carga económica, así como a la probabilidad de que incurran en gastos en primer lugar debido a la mala salud.

La pobreza, el género y las desigualdades en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú

A pesar de la presencia de iniciativas a favor de la igualdad de género en los cuatro países analizados, las funciones de género se han mantenido relativamente fijas, y las mujeres asumen generalmente el papel de cuidadoras principales en el hogar. Tal y como demuestran algunos de los indicadores del cuadro 3, el trabajo de cuidados no remunerado ha incidido de forma significativa en configurar el acceso de las mujeres al mercado laboral y también en permitirles buscar empleos con los que ganarse un sueldo digno. En los cuatro países hay grandes disparidades por razones de género en cuanto a los niveles de ingresos de las mujeres y su participación en el mercado laboral.

Cuadro 3. Algunos indicadores seleccionados para Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú

	Bolivia (Estado Plurinacional de)		Guatemala		Nicaragua		Perú	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Coefficiente de Gini	48,4		48,7		47,1		44,1	
Estimación del ingreso del producto nacional bruto per cápita (en US\$ del 2011 con PPP)	4.695	7.610	5.132	9.081	3.150	6.389	8.939	13.655
Tasa de participación en la población activa (% de 15 años o más)	63,9	82,5	41,3	83,6	49,1	80,3	65,7	82,6
Tasa de desempleo urbano (%) en 2013-2014, no profesionales	4,7	3,0	3,3	3,1	7,3	9,2	4,6	3,9
Tasa de desempleo (total), relación entre mujeres y hombres	1,6		1,3		1,0		1,2	
Proporción de mujeres (%) en el empleo asalariado, sector no agrícola 2010-2014, no profesionales	37		40		38		37	

PPP: Paridad del poder adquisitivo
Fuente: OPS et al. 2016, PNUD 2018.

Habida cuenta de la importante presencia de comunidades indígenas en los cuatro países, también es esencial que cualquier análisis de la naturaleza de la pobreza desde el punto de vista del género emplee una perspectiva interseccional. Las investigaciones realizadas en Perú han mostrado que la brecha salarial étnica es mucho mayor en las mujeres trabajadoras que en los hombres, y que la brecha

salarial de género es más significativa en los trabajadores indígenas que en los no indígenas. Las mujeres indígenas se encuentran especialmente desfavorecidas: no solo tienen los salarios absolutos más bajos, sino que además su situación relativa con respecto a las diferencias salariales no ha mejorado con el tiempo, mientras que no ocurre lo mismo con los hombres (Kolev y Suárez Robles 2015).

En Guatemala, varios estudios documentan grandes desigualdades entre la población no indígena (ladina) y la indígena, y destacan los diferentes aspectos de la marginación de las comunidades indígenas. Asimismo, los investigadores y los responsables de formular políticas suelen ignorar los niveles de desigualdad existentes entre los diversos grupos étnicos, por lo que hay una necesidad urgente de establecer una imagen mejor sustentada de la manera en que se margina a los grupos indígenas en diferentes contextos (Canelas y Gisselquist 2018). Las poblaciones rurales e indígenas padecen a menudo una doble discriminación, tanto por su ubicación rural como por su condición de indígenas, lo que reduce su acceso a oportunidades de generar ingresos dignos (Poder y He 2015). Por ejemplo, los datos disponibles indican que en Guatemala las mujeres tienden a concentrarse en actividades de baja productividad, ya que representan el 65% de este tipo de trabajadores, frente al 53% de los hombres. Persisten las brechas entre los géneros en salarios y retribuciones, y las mujeres ganan, por término medio, el 66% de los salarios masculinos (Gammage 2010). Como consecuencia de esta discriminación, muchos niños y niñas indígenas de zonas rurales sufren efectos negativos en su salud, ya que a ellos y a sus familias se les niega una calidad de vida digna (Poder y He 2015).

Las mujeres de los hogares rurales e indígenas suelen estar muy marginadas. Varios estudios ponen de manifiesto la exclusión de estas mujeres de los servicios de salud materna y reproductiva (Castro et al. 2015, Chomat et al. 2014, Ishida et al. 2012, Taylor et al. 2015). Esta investigación coincide en que la exclusión de las mujeres de los servicios, sobre todo de los que ofrecen atención materna, no suele deberse al costo de la atención, sino al maltrato recibido en los servicios públicos de salud, así como a que al prestar la atención de salud formal no se atienden las necesidades sociales y culturales. Se han obtenido resultados similares en otras partes de la región, como Bolivia (Estado Plurinacional de) (Morales 2018) y Perú (Ewig 2010). Como se desprende de estos estudios, es urgente centrarse en las repercusiones de las formas de discriminación (por razones de género y etnia) que se entrecruzan, y un aspecto importante de ello es abordar las necesidades culturales, que también pueden considerarse como un componente destacado del empoderamiento de las mujeres indígenas.

La marginación que sufren las mujeres indígenas de los servicios de salud formales queda reflejada en los datos disponibles sobre los PDB. Por ejemplo, los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) muestran que las personas que hablan lenguas indígenas además

del aymara y el quechua, gastaron menos dinero en PDB⁸ que cualquier otro grupo lingüístico, lo que hace pensar que estos grupos pueden estar más marginados del sistema de salud. En esta categoría, las mujeres también gastaron el

doble de dinero en PDB que los hombres. Como indican los datos del cuadro 4, en otros grupos lingüísticos las diferencias entre el gasto de hombres y mujeres no son tan grandes (con la excepción de las lenguas extranjeras).

Cuadro 4. Pagos directos de bolsillo individuales por idioma y sexo, Bolivia (Estado Plurinacional de)

Idioma	Hombres	Mujeres	Total	Proporción mujeres/hombres
	(Bs)			
Español	338	485	412	1,4
Quechua	264	273	268	1,0
Aymara	242	238	240	1,0
Otros idiomas indígenas	64	182	126	2,9
Extranjeros	236	559	371	2,4
Sin respuesta	468	416	442	0,9
Sin especificar	377	864	611	2,3
Total	320	425	373	1,3

Fuente: Prieto y Montañez 2017, pág. 20.

Las investigaciones realizadas también han encontrado fuertes indicios de pobreza de tiempo y pobreza de poder por razones de género en los hogares rurales indígenas y de subsistencia de Guatemala. Las mujeres suelen considerar que su principal responsabilidad es cuidar de los hijos y del hogar, mientras que los hombres son el sustento de la familia (Wehr y Tum 2013). Se ha demostrado que, en estos hogares, las mujeres apenas disponen de tiempo

(Gammage 2010). Esta situación puede agravarse aún más cuando se dedican a actividades generadoras de ingresos adicionales como forma de hacer frente a la escasez de ingresos en el hogar (Wehr y Tum 2013). Estos resultados suscitan serias preocupaciones en relación con el debate sobre la naturaleza de género del efecto que tienen los GDB. Tal y como se ha expuesto, las mujeres tienen menos probabilidades de tener un trabajo remunerado en comparación

⁸ Al tratarse de datos extraídos de encuestas a nivel nacional, estos reflejan los pagos directos de bolsillo formales y, por lo tanto, se ha utilizado este término, en lugar de gastos directos de bolsillo.

con los hombres, e incluso cuando están empleadas, se enfrentan a una brecha salarial considerable frente a los hombres. Esto significa que es menos probable que puedan soportar el costo de los GDB en la salud. Al mismo tiempo, en vista de que las

mujeres tienen menos probabilidades de tener un trabajo pagado, también es más probable que no accedan a los planes de seguro médico que ofrecerían cobertura de salud. Esto significa que son más vulnerables a tener GDB desde el principio.

El género y la propiedad de activos

Una estrategia de afrontamiento fundamental empleada por los hogares cuando se ven expuestos a los GDB es la venta de activos. Sin embargo, utilizar una perspectiva de género puede poner de relieve importantes diferencias en la propiedad de activos. Como han argumentado algunos críticos, localizar datos sobre activos diferenciados por género no es una tarea fácil, ya que muchas encuestas de hogares, dado que se centran en el hogar de forma general, no recogen información sobre los activos a nivel individual (Deere y Doss 2006, Deere et al. 2012). No obstante, en América Latina, Nicaragua es uno de los pocos países en los que hay información desglosada por género sobre la propiedad de activos. Los datos muestran que, si bien existe casi una paridad en la propiedad de la vivienda entre mujeres y hombres en las zonas urbanas, se observan diferencias acusadas entre los géneros en otros ámbitos de la propiedad de activos. Por ejemplo, los datos derivados



de las encuestas de hogares nicaragüenses muestran que los hombres tienen más probabilidades de ser propietarios de la tierra con escritura, ser los principales responsables de la producción agrícola, y poseer animales de trabajo como burros y ganado, mientras que las mujeres tienden a poseer activos ganaderos “menos valiosos”, como aves de corral y cerdos (Deere et al. 2012). En vista de que la venta de activos es una respuesta crítica a la necesidad de pagar los GDB en salud, estos patrones de propiedad diferenciados por género plantean cuestiones importantes sobre la capacidad de las mujeres para hacer frente al impacto de los pagos adicionales relacionados con la salud. Si hay diferencias relevantes de género en la propiedad de activos, es de vital importancia que las mujeres participen en los procesos de toma de decisiones dentro del hogar, especialmente en lo que se refiere a los recursos económicos.

El género, la protección social y las políticas sociales en América Latina



La capacidad de las personas y de los hogares para hacer frente a los GDB también dependerá, en parte, del entorno más amplio de políticas sociales y la presencia de redes de seguridad social que ayuden a las personas a superar las crisis económicas. El marco de políticas sociales de cada país también es importante en relación con la manera en que se determina el acceso a los servicios y el tipo de supuestos implícitos que subyace a las ideas de los usuarios de los servicios. Cada vez son más las investigaciones que han considerado las políticas sociales latinoamericanas desde una perspectiva de género y, entre otras cosas, han tratado de desvelar muchos de los supuestos que se dan en el financiamiento, el diseño y la prestación de servicios de bienestar, así como sobre los propios usuarios de los servicios.

En un trabajo fundamental, Martínez Franzoni (2008) estableció una tipología que incorpora el papel del trabajo de cuidados no remunerado en los planes de bienestar y analiza las interacciones existentes entre los mercados laborales, las familias y las políticas públicas en la región. Su análisis

concluye que un gran número de países de la región —entre ellos Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú— tienen lo que se denomina esquemas de bienestar “familiaristas no estatales”. En estos países, la población depende en gran medida de los acuerdos familiares, ya que las políticas públicas sociales son inadecuadas o inexistentes (Martínez Franzoni 2008, pág. 88). De hecho, esto supone que el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres sigue desempeñando un papel integral en la provisión de bienestar y, como sostiene Martínez Franzoni, incluso cuando las mujeres realizan un trabajo retribuido, este viene acompañado de más horas de tareas domésticas no remuneradas (Martínez Franzoni 2008, pág. 89).

En las últimas décadas, los gobiernos de la región han invertido en ampliar la protección social y las TMC se han convertido en un elemento destacado del panorama de las políticas sociales latinoamericanas, también en los cuatro países estudiados. Los programas TMC están diseñados deliberadamente para tratar de cambiar el comportamiento de las personas

en materia de salud y recompensarlas con prestaciones económicas por ello. Como se ha documentado ampliamente, las TMC a menudo se dirigen a las mujeres de ingresos bajos con pagos en efectivo a cambio de que realicen una serie de tareas relacionadas con la salud (entre otras cosas) que tienen como objetivo obtener mejores resultados de salud para la población infantil (Hunter y Murray 2017).

Aun así, las TMC han sido muy criticadas desde una perspectiva de género, principalmente por reforzar el papel de las mujeres como madres (Molyneux 2006) y la feminización de las responsabilidades y obligaciones domésticas (Chant 2007). Sin embargo, como expone Johnston (2016), una deficiencia importante de los programas TMC es que “culpan” a la persona por la enfermedad, ignorando así la forma en que la enfermedad puede ser una causa de las estructuras socioeconómicas y obviando el papel que desempeñan los sistemas de salud en no prevenir o responder a la mala salud. Dado que los programas TMC suelen asignar esta responsabilidad a las mujeres, se las culpa en consecuencia no solo de su propia mala salud, sino también de la de sus familias y miembros del hogar. Como señalan Hunter y Murray (2017), muchos de los programas TMC presentes en América Latina incluyen

componentes importantes que se concentran específicamente en la atención prenatal y buscan incentivar a las mujeres para que den a luz en entornos formales de atención médica. Sin embargo, como se ha demostrado en este informe, a pesar de las políticas destinadas a garantizar la gratuidad de la atención materna, las mujeres se encuentran a menudo con una serie de GDB adicionales que pueden actuar como un poderoso elemento disuasorio del uso de los servicios y suelen producirse debido a las limitaciones de la oferta. En Guatemala, por ejemplo, la investigación ha evidenciado cómo la introducción del programa TMC debilitó la ya inadecuada oferta del servicio y su calidad, y muchos municipios fueron incapaces de satisfacer la mayor demanda de servicios generada por el programa (Sandberg y Tally 2015).

Cada vez son más numerosos los estudios realizados en Bolivia (Estado Plurinacional de), Nicaragua y Perú que han puesto de manifiesto las formas en que los programas TMC también aumentan la pobreza de tiempo de las mujeres, ya que se espera que realicen una amplia variedad de tareas para cumplir con los requisitos del programa (Molyneux y Thomson 2011, Nagels 2016, Neumann 2013). Además, la investigación etnográfica de Cookson (2016) en Perú

ha llamado la atención sobre lo que ella denomina “condicionalidades paralelas”. Se trata de tareas adicionales que suelen imponerse a las beneficiarias de las TMC, pero que no forman parte explícitamente del programa. Todo ello plantea inquietudes de peso acerca de la carga de tiempo de las mujeres y hace hincapié en los posibles retos que supone dar respuesta a los GDB en salud. Tal como afirma Elson (1995), el tiempo de las mujeres no es infinitamente elástico, y si estas tienen que asumir un trabajo remunerado adicional o pasar más tiempo comprando para encontrar productos más baratos que compensen un déficit de ingresos, es probable que lleguen a un límite, lo que a su vez puede conducir a problemas de salud adicionales. Sin embargo, como ha demostrado Neumann (2013) en Nicaragua, la pobreza de tiempo de las mujeres puede agravarse aún más cuando otros programas de política social distintos a las TMC también dependen de la participación “voluntaria” de las mujeres.

Asimismo, algunos programas TMC han tratado de abordar las diferencias entre los géneros en el acceso a los servicios financieros y bancarios. Estas diferencias pueden constituir un obstáculo de primer orden para el empoderamiento económico de las mujeres y es posible que repercutan en

la capacidad de las mujeres para responder a los GDB. En Perú se introdujo en el 2009 el Proyecto Capital como parte del programa TMC Juntos con el objetivo de promover el ahorro formal de las beneficiarias. Las cuentas de ahorro personal son un medio para ayudar a mitigar el impacto de las crisis económicas imprevistas, como el derivado de una enfermedad, y el Proyecto Capital también se consideró una forma de mejorar la inclusión económica (Meltzer 2013). No obstante, también han recibido críticas los elementos de ahorro de los programas TMC por sus narrativas intrínsecas de género que, de nuevo, se dirigen a las mujeres como principales responsables del bienestar del hogar y del ahorro suficiente que les permita cumplir con estas responsabilidades. De todos modos, como han argumentado algunos críticos, este tipo de discursos se asienta igualmente en narrativas morales y raciales específicas. Como sostiene Meltzer (2013, pág. 649), aunque los programas TMC o de ahorro personal no se dirigen de manera explícita a las poblaciones indígenas, estas siguen constituyendo la mayoría de las poblaciones extremadamente pobres de Perú y, por lo tanto, representan la mayor parte de los beneficiarios de estos programas; la exigencia no solo de ahorrar, sino también de mantener ciertas normas

de higiene, limpieza y educación como condiciones para las transferencias de efectivo, refleja una articulación de las narrativas morales-raciales más antiguas de los indígenas, los pobres o no ciudadanos como vagos, sucios e indigentes.

Los GDB en salud hacen recaer la responsabilidad del endeudamiento en las personas y no abordan las limitaciones estructurales más amplias del sistema de salud que generan la necesidad inicial de que los hogares realicen en primer lugar estos GDB. Como se ha demostrado en este informe, la capacidad de hacer frente a estos gastos está muy condicionada por el

género y puede agudizar la vulnerabilidad a la pobreza y la mala salud por razones de género. Esto, a su vez, puede reincorporar narrativas de género y raza con respecto a “los pobres”, hecho que contribuye a su continua marginación.



Conclusiones



Basándose en una serie de publicaciones, el presente informe ha puesto de relieve la necesidad de emplear una perspectiva de género a la hora de considerar las repercusiones diferenciadas de los GDB relacionados con la salud en mujeres y hombres. Algunos datos procedentes de América Latina y otros países muestran que, a pesar de los cambios progresivos hacia la prestación de la cobertura universal de salud, en una gran variedad de contextos los usuarios de la atención de salud siguen enfrentándose a una amplia gama de GDB que pueden contribuir al empobrecimiento de los hogares.

El análisis aquí presentado ha señalado la importancia de comprender la dimensión de género que tienen las vulnerabilidades a la mala salud, así como la naturaleza de género de los caminos que conducen a la pobreza, ya que esto arroja luz sobre las limitaciones y los desafíos a los que se enfrentan muchas mujeres de ingresos bajos, en particular cuando se trata de hacer frente al efecto de los GDB. En este informe también se ha subrayado la conveniencia de emplear un análisis interseccional que permita una comprensión más matizada de las formas en que otros aspectos de las identidades sociales, más allá del género, se entrecruzan y conforman la capacidad de las personas y los hogares para responder a los diferentes GDB que puedan encontrar.

Para que los gobiernos de América Latina y el Caribe se tomen en serio los compromisos que asumieron en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud del 2014, es urgente reconocer la importancia de participar en estos debates más amplios en torno a las desigualdades interseccionales y de género.

Referencias

- Acharya J, Kaehler N, Marahatta SB, Mishra SR, Subedi S, Adhikari B. Hidden costs of hospital based delivery from two tertiary hospitals in western Nepal. *PloS One* 2016;11(6):e0157746.
- Adjiwanou V, LeGrand T. Gender inequality and the use of maternal healthcare services in rural sub-Saharan Africa. *Health & Place* 2014;29:67-78.
- Agarwal B. “Bargaining” and gender relations: within and beyond the household. *Feminist Economics* 1997;3(1):1-51.
- Aguirre R, Ferrari F. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro. Santiago de Chile: CEPAL; 2013. (Publicación, Series de la CEPAL, Asuntos de Género, n. 122). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5851-encuestas-uso-tiempo-trabajo-remunerado-america-latina-caribe-caminos-recorridos>.
- Alvarado B, del Carmen Vilchez R. Single, divorced, or separated? factors that impact the lives of women who are heads of household in Lima, Peru. *SAGE Open* 2015;5 (4):1-9. DOI: 10.1177/2158244015611713.
- Amarante V, Rossel C. Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America. *Feminist Economics* 2017;24(1):1-34. DOI: 10.1080/13545701.2017.1344776.
- Atun R, de Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet* 2015;385(9974):1230-1247.
- Baji P, Rubashkin N, Szebik I, Stoll K, Vedam S. Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine* 2017;189:86-95.
- Bennett S, Ozawa S, Rao KD. Which path to universal health coverage? Perspectives on the World Health Report 2010. *PLoS Med* 2010;7(11):e1001001. DOI:10.1371/journal.pmed.1001001.
- Boesten J. *Intersecting inequalities: women and social policy in Peru, 1990-2000*. University Park, PA: Penn State University Press; 2010.
- Bradshaw S, Chant S, Linneker B. Gender and poverty: what we know, don't know, and need to know for Agenda 2030. *Gender, Place & Culture* 2017;24(12):1667-1688.
- Bradshaw S. Women's decision-making in rural and urban households in Nicaragua: The influence of income and ideology. *Environment and Urbanization* 2013;25(1):81-94.
- Brickell K, Chant S. ‘The unbearable heaviness of being’: Reflections on female altruism in Cambodia, Philippines, The Gambia and Costa Rica. *Progress in Development Studies* 2010;10(2):145-159.
- Cadena M de la. Las mujeres son más indias: Etnicidad y género en una comunidad del Cuzco. *Revista Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres* (Santiago de Chile), 1992;16.
- Campaña JC, Giménez-Nadal JI, Molina JA. Gender norms and the gendered distribution of total work in Latin American households. *Feminist Economics* 2018;24(1):35-62.

- Canelas C, Gisselquist RM. Human capital, labour market outcomes, and horizontal inequality in Guatemala. *Oxford Development Studies* 2018;46(3):378-397. DOI: 10.1080/13600818.2017.1388360.
- Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2015;38(2):96-109.
- Chant S. Female household headship as an asset? Interrogating the intersections of urbanisation, gender, and domestic transformations. In: Moser C, ed. *Gender, asset accumulation and just cities: Pathways to transformation*. Oxford y Nueva York: Routledge; 2015:33-51.
- Chant S. *Gender, generation and poverty: exploring the feminisation of poverty in Africa, Asia and Latin America*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2007.
- Chant S. The 'feminisation of poverty' in Costa Rica: To what extent a conundrum? *Bulletin of Latin American Research* 2009;28(1):19-43.
- Chant S. *Women-headed households*. Houndmills, Basingstoke: Macmillan; 1997.
- Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez OI. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2014;35(2):113-120.
- Cookson TP. Working for inclusion? conditional cash transfers, rural women, and the reproduction of inequality. *Antipode* 2016;48(5):1187-1205.
- Cornwall A, Harrison E, Whitehead A. Gender myths and feminist fables: The struggle for interpretive power in gender and development. *Development and Change* 2007;38(1):1-20.
- Dados N, Connell R. The global south. *Contexts* 2012;11(1):12-13.
- Dalinjong PA, Wang AY, Homer CSE. Has the free maternal health policy eliminated out of pocket payments for maternal health services? Views of women, health providers and insurance managers in Northern Ghana. *PLoS One* 2018;13(2):e0184830. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184830>.
- Deere CD, Alvarado GE, Twyman J. Gender inequality in asset ownership in Latin America: Female owners vs household heads. *Development and Change* 2012;43(2):505-530.
- Deere CD, Doss CR. The gender asset gap: What do we know and why does it matter? *Feminist Economics* 2006;12(1-2):1-50.
- Diaz JJ, Valdivia M. The vulnerability of the uninsured to health shocks in Peru. In: Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, eds. *Household spending and impoverishment. Volume 1 of Financing health in Latin America series*. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation, International Development Research Centre; 2012.
- Doyal L, Pennell I. *The political economy of health*. Londres: Pluto Press; 1979.
- Dyer SJ, Sherwood K, McIntyre D, Ataguba JE. Catastrophic payment for assisted reproduction techniques with conventional ovarian stimulation in the public health sector of South Africa: frequency and coping strategies. *Human Reproduction* 2013;28(10):2755-2764.
- Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OM. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy and Planning* 2013;29(2):137-150.

- Elson D. *Male bias in the development process*. Manchester y Nueva York: Manchester University Press; 1995 (segunda edición).
- Elson, D. Integrating gender issues into national budgetary policies and procedures: some policy options. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*; 1998;10(7): 929-941.
- Ewig C, Hernández Bello A. Gender equity and health sector reform in Colombia: Mixed state-market model yields mixed results. *Social Science & Medicine*, 2009;68(6):1145-1152.
- Ewig C. *Second-wave neoliberalism: Gender, race, and health sector reform in Peru*. University Park, PA: Penn State University Press; 2010.
- Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health-care costs: Implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Economics* 2008;17(12):1393-1412.
- Folbre N. *Who pays for the kids? Gender and the structures of constraint*. Nueva York: Routledge; 1994.
- Francke P. *Perú: Seguro integral de salud y los nuevos retos para la cobertura universal*. Serie de estudios ÚNICO, n.º 11. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2013. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13294>.
- Galárraga O, Sosa-Rubí S, Salinas-Rodríguez A, Sesma-Vázquez S. Health insurance for the poor: Impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *European Journal of Health Economics* 2010;11(5):437-447.
- Gammage S. Time pressed and time poor: Unpaid household work in Guatemala. *Feminist Economics* 2010;16(3):79-112.
- Gertler P, Gruber J. Insuring consumption against illness. *American Economic Review* 2002;1:51-76.
- Gideon J. *Gender, Globalization and health in a Latin American context*. Basingstoke y Nueva York: Palgrave Macmillan; 2014.
- Gideon J, Hunter BM, Murray SF. Public-private partnerships in sexual and reproductive healthcare provision: Establishing a gender analysis. *Journal of International and Comparative Social Policy* 2017;33(2):166-180.
- Gideon J, ed. *Handbook on gender and health*. Cheltenham: Edward Elgar; 2016.
- Gonçalves Martín J. Walking to the health post, flying to the hospital. Yanomami people's approaches to a gendered reproductive health system. In: Gideon J, ed. *Handbook on Gender and Health*. Cheltenham: Edward Elgar; 2016:351-374.
- González de la Rocha M. The construction of the myth of survival. *Development and Change* 2007;38(1):45-66.
- Govil D, Purohit N, Gupta SD, Mohanty SK. Out-of-pocket expenditure on prenatal and natal care post Janani Suraksha Yojana: A case from Rajasthan, India. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2016;35(1):15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41043-016-0051-3>. PMID: 27207164.
- Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A. Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: the case of Mexico. *Health Policy and Planning* 2014;30(5):593-599.
- Head B, Harris L, Kayser K, Martin A, Smith L. As if the disease was not enough: Coping with the financial consequences of cancer. *Supportive Care in Cancer* 2018;26(3):975-987.

- Herrera C, Dijkstra G, Ruben R. Gender segregation and income differences in Nicaragua. *Feminist Economics* 2019;25(3):144-170.
- Himmelweit S. The discovery of “unpaid work”: The social consequences of the expansion of “work”. *Feminist Economics* 1995;1(2):1-19.
- Hunter BM, Murray SF. Demand-side financing for maternal and newborn health: what do we know about factors that affect implementation of cash transfers and voucher programmes? *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017;17(1):262.
- Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic inequality in Guatemalan women’s use of modern reproductive health care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012;38(2):99-108.
- Jackson C. Rescuing gender from the poverty trap. *World Development* 1996;24(3):489-504.
- Johnston D. Cost-cutting, coproduction and cash transfers: Neoliberal policy, health and gender. In: Gideon J, ed. *Handbook on gender and health*, Cheltenham: Edward Elgar; 2016:98-116.
- Kabeer N. Tactics and trade-offs: Revisiting the links between gender and poverty. *IDS Bulletin* 1997;28(3):1-13.
- Kalu-Umeh NN, Sambo MN, Idris SH, Kurfi AM. Costs and patterns of financing maternal health care services in rural communities in Northern Nigeria: Evidence for designing national fee exemption policy. *International Journal of MCH and AIDS* 2013;2(1):163-172. Epub 2013/01/01. PMID: 27621969; PubMed Central PMCID: PMC4948141.
- Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006;368(9549):1828-1841.
- Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino ACC, et al. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. In: *Household spending and impoverishment. Volume 1 of Financing health in Latin America series*. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation, International Development Research Centre; 2012.
- Koch KJ, Cid Pedraza C, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—a systematic review. *Health Policy* 2017;121(5):481-494.
- Kolev A, Suárez Robles P. Brecha salarial étnica en el Perú: ¿a qué obedece la desventaja de las mujeres indígenas? *Revista internacional del trabajo* 2015;134(4):451-484. Oxford: Wiley-Blackwell. Disponible en: https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?vid=41ILO_INST:41ILO_V1&tab=Everything&docid=alma994903873402676&lang=en&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&query=any,exact,994878083402676,AND&mode=advanced.
- Leatherman T, Jerrigan K. The reproduction of poverty and poor health in the production of health disparities in southern Peru. *Annals of Anthropological Practice* 2014;38(2):284-299.
- Liu C, Esteve A, Treviño R. Female-headed households and living conditions in Latin America. *World Development* 2017;(90):311-328.
- Mackintosh M, Tibandebage P. Gender and health sector reform: Analytical perspectives on African experience. In: *Gender and social policy in a global context*. Londres: Palgrave Macmillan; 2006:237-257.

- Martínez Franzoni J. Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies. *Latin American Politics and Society* 2008;50(2):67-100.
- Matamala M, Eguiguren P, Díaz X. Tensiones y silencios en la reforma de la salud. Género y derechos ausentes. Santiago: Observatorio de Equidad de Género en Salud; 2011.
- McDowell L. Doing gender: feminism, feminists and research methods in human geography. *Transactions of the Institute of British Geographers* 1992;17(4):399-416.
- McGrath P. The use of credit cards in response to the crisis of serious illness. *Illness, Crisis & Loss* 2016;24(1):46-56.
- McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine* 2006;62(4):858-865.
- McNulty SL. Barriers to participation: Exploring gender in Peru's participatory budget process. *Journal of Development Studies* 2015;51(11):1429-1443. DOI: 10.1080/00220388.2015.1010155.
- Meltzer J. 'Good citizenship' and the promotion of personal savings accounts in Peru. *Citizenship Studies* 2013;17(5):641-652.
- Molyneux M, Thomson M. Cash transfers, gender equity and women's empowerment in Peru, Ecuador and Bolivia. *Gender & Development* 2011;19(2):195-212.
- Molyneux M. Mothers at the service of the new poverty agenda: Progresa/Oportunidades, Mexico's conditional transfer programme. *Social Policy & Administration* 2006;40(4):425-449.
- Morales GE. There is no place like home: Imitation and the politics of recognition in Bolivian obstetric care. *Medical Anthropology Quarterly* 2018;32(3):404-424.
- Moreno-Serra R, Millett C, Smith PC. Towards improved measurement of financial protection in health. *PLoS Med* 2011;8(9):e1001087. DOI:10.1371/journal.pmed.1001087.
- Nagels N. The social investment perspective, conditional cash transfer programmes and the welfare mix: Peru and Bolivia. *Social Policy and Society* 2016;15(3):479-493.
- Neilson C, Contreras D, Cooper R, Hermann J. The dynamics of poverty in Chile. *Journal of Latin American Studies* 2008;40:251-273.
- Neumann PJ. The gendered burden of development in Nicaragua. *Gender & Society* 2013;27(6):799-820.
- Nigenda G, Wirtz VJ, González-Robledo LM, Reich MR. Evaluating the implementation of Mexico's health reform: The case of Seguro Popular. *Health Systems & Reform* 2015;1(3):217-228.
- Onah MN, Govender V. Out-of-pocket payments, health care access and utilisation in south-eastern Nigeria: A gender perspective. *PLoS One* 2014;9(4):e93887. DOI:10.1371/journal.pone.0093887.
- Onah MN, Horton S. Male-female differences in households' resource allocation and decision to seek healthcare in south-eastern Nigeria: Results from a mixed methods study. *Social Science & Medicine* 2018;204:84-91.
- OPS/OMS, CEPAL, ONU-Mujeres, UNFPA, UNICEF. Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2016. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=47096-genero-salud-y-desarrollo-indicadores-basicos-2016&category_slug=datos-8723&Itemid=270&lang=es.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Gender, women and primary health care renewal: A discussion

paper. Ginebra: OMS, Departamento de Género, Mujeres y Salud; 2010b. Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241564038/en/>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Health financing: financial protection. 2021b. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010a. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. 2021a. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). The global push for universal health care coverage. 2014. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf.
- Ortiz-Rodríguez J, Small E. The financial burden of healthcare cost: Coping strategies for medical expenses in Mexico. *Social Indicators Research* 2017;133(1):275-284.
- Pennington A, Orton L, Nayak S, Ring A, Petticrew M, Sowden A, et al. The health impacts of women's low control in their living environment: A theory-based systematic review of observational studies in societies with profound gender discrimination. *Health & Place* 2018;51:1-10.
- Pisu M, Martin MY, Shewchuk R, Meneses K. Dealing with the financial burden of cancer: Perspectives of older breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 2014;22(11):3045-3052.
- PNUD. Human Development Reports 2018. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/indicators/140606>.
- Poder TG, He J. The role of ethnic and rural discrimination in the relationship between income inequality and health in Guatemala. *International Journal of Health Services* 2015;45(2):285-305.
- Power M. Social provisioning as a starting point for feminist economics. *Feminist Economics* 2004;10(3):3-19.
- Prieto AL, Montañez VA. (2017) Estudio de gasto de bolsillo desde una perspectiva de igualdad de género, informe final. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. (documento pendiente de publicación).
- Ravindran TS. Universal access: making health systems work for women. *BMC Public Health* 2012;12(1):S4.
- Razavi S. Gendered poverty and well-being: Introduction. *Development and Change* 1999;30(3):409-433.
- Rees G. Children's activities and time use: Variations between and within 16 countries. *Children and Youth Services Review* 2017;80:78-87.
- Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LA, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: An unfinished agenda. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2015;38(1):9-16.
- Richards E, Theobald S, George A, Kim JC, Rudert C, Jehan K, et al. Going beyond the surface: Gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low and middle income countries. *Social Science & Medicine* 2013;95:24-33.
- Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy* 2017;121(5):495-503.

- Ruger JP. An alternative framework for analyzing financial protection in health. *PLoS Medicine* 2012;9(8):e1001294.
- Samuel J. Citizen monitoring: Promoting health rights among socially excluded women in Andean Peru. In: Gideon J, ed. *Handbook on gender and health*. Cheltenham: Edward Elgar; 2016:419-435.
- Sandberg J, Tally E. Politicisation of conditional cash transfers: The case of Guatemala. *Development Policy Review* 2015;33(4):503-522.
- Sauerborn R, Adams A, Hien M. Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social Science and Medicine* 1996;43(3):291-301.
- Sen G, Govender V, El-Gamal S. Universal health coverage, gender equality and social protection: A health systems approach. UN Women background paper for the Sixty-third session of the Commission on the Status of Women (CSW 63). Nueva York: UN Women; December 2018 (EGM/SPS/BP.2). Disponible en: <http://dawnnet.org/wp-content/uploads/2019/01/Sen-Gbackground-paperdraftEGMSPSPBP2.pdf>.
- Sen G, Govender V. Sexual and reproductive health and rights in changing health systems. *Global Public Health* 2015;10(2):228-242.
- Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health* 2008;3(Suppl 1):1-12.
- Sicuri E, Bardají A, Sanz S, Alonso S, Fernandes S, Hanson K, et al. Patients' costs, socio-economic and health system aspects associated with malaria in pregnancy in an endemic area of Colombia. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2018;12(5):e0006431. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006431>.
- Singh K, Bloom S, Brodish P. Gender equality as a means to improve maternal and child health in Africa. *Health Care for Women International* 2015;36(1):57-69.
- Smith-Oka V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Social Science & Medicine* 2015;143:9-16.
- Smith-Spangler CM, Bhattacharya J, Goldhaber-Fiebert JD. Diabetes, its treatment, and catastrophic medical spending in 35 developing countries. *Diabetes Care* 2012;35(2):319-326.
- Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches. *Social Science & Medicine* 2012;74(11):1661-1666.
- Superintendencia de Salud de Chile. Ley Ricarte Soto. 2021. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6088.html>.
- Taylor TM, Hembling J, Bertrand JT. Ethnicity and HIV risk behaviour, testing and knowledge in Guatemala. *Ethnicity & Health* 2015;20(2):163-177.
- Thorp R, Paredes M. Ethnicity and the persistence of inequality: The case of Peru. Londres: Palgrave MacMillan; 2010.
- Tolhurst R, Amekudzi YP, Nyonator FK, Bertel Squire S, Theobald S. "He will ask why the child gets sick so often": The gendered dynamics of intra-household bargaining over healthcare for children with fever in the Volta Region of Ghana. *Social Science & Medicine* 2008;66(5):1106-1117.

- Tolhurst R, Richards E, MacPherson E, Kamuya D, Zalwango F, Theobald S. “Capacities to exercise strategic decision-making agency: Exploring the gendered production of health within intimate partnerships and households”. In: Gideon J, ed. Handbook on gender and health. Cheltenham: Edward Elgar; 2016:394-418.
- Van Damme W, Meessen B, Por I, Kober K. Catastrophic health expenditure. (Correspondence) *The Lancet* 2003;362(9388): 996.
- Wehr H, Tum SE. When a girl’s decision involves the community: The realities of adolescent Maya girls’ lives in rural indigenous Guatemala. *Reproductive Health Matters* 2013;21(41):136-142.
- Whitehead A, Lockwood M. Gendering poverty: A review of six World Bank African poverty assessments. *Development and Change* 1999;30(3):525-555.
- Witter S, Govender V, Ravindran TS, Yates R. Minding the gaps: Health financing, universal health coverage and gender. *Health Policy and Planning* 2017;32(Suppl 5):v4-v12.
- Xu K, Organización Mundial de la Salud. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology (EIP/FER/DP. 05.2). Ginebra: OMS; 2005.

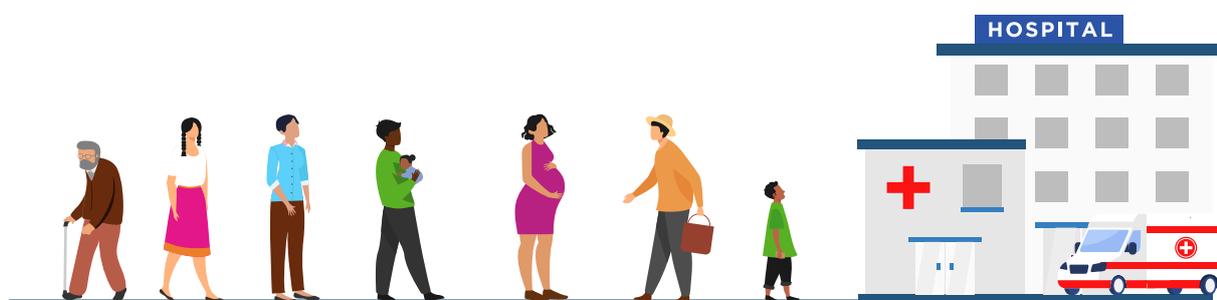
El objetivo principal de esta publicación es defender la necesidad de comprender la naturaleza de género de las vulnerabilidades a la mala salud. La igualdad de género en la salud es una dimensión integral del desarrollo sostenible, por lo que es fundamental aplicar una perspectiva de género a todos los aspectos del sistema de salud, incluidos los mecanismos de financiamiento de la salud.

El impacto de los gastos directos de bolsillo relacionados con la salud en la pobreza de los hogares ha sido un factor importante que ha impulsado el avance hacia la cobertura universal de salud en gran parte de América Latina y en otros países. Sin embargo, no solo los usuarios de la atención de salud siguen enfrentándose a una amplia gama de gastos directos de bolsillo relacionados con la salud que pueden contribuir al empobrecimiento de los hogares, sino que las dimensiones de género de estos gastos han recibido muy poca atención.

Basándose principalmente en datos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Nicaragua y Perú, en este informe se ofrece un análisis en profundidad de las dimensiones de género que tienen los gastos directos de bolsillo relacionados con la salud en América Latina. Se destacan las limitaciones de los datos de las encuestas a la hora de determinar los niveles de gasto de los hogares en salud, así como la posible imposibilidad de que los indicadores capten los efectos de las estrategias de afrontamiento que adoptan los hogares para pagar por los gastos directos de bolsillo.

En esta publicación se hace un llamamiento a aplicar un análisis interseccional para comprender con más matices las formas en que otros marcadores de identidad social, como la raza y la etnia, junto con el género, determinan la capacidad de las personas y los hogares para responder a los diferentes gastos directos de bolsillo que puedan encontrar.

Hasta que los responsables de las políticas no consideren la cuestión desde una perspectiva de género, los gastos directos de bolsillo seguirán limitando el potencial de la cobertura universal de salud para abordar eficazmente las desigualdades de salud.



www.paho.org

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

