

**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
JOSÉ SIMEÓN CAÑAS**



**ANÁLISIS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA DE EL
SALVADOR EN SU CAPACIDAD PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA SALUD
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL CUIDADO NO REMUNERADO PARA
EL PERÍODO 2009 - 2019**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREPARADO PARA LA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO(A) EN ECONOMÍA**

PRESENTADO POR:

ROBERTO EDUARDO ARÉVALO CASTRO

CRISTINA VIOLETA DE LA O POLANCO

LORENA LUCÍA MANZANO CARCACHE

ANTIGUO CUSCATLÁN, OCTUBRE DE 2020

RECTOR
ANDREU OLIVA DE LA ESPERANZA, S. J.

SECRETARIA GENERAL
SILVIA ELINOR AZUCENA DE FERNÁNDEZ

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES**
JOSÉ RICARDO FLORES PÉREZ

DIRECTOR DE LA CARRERA LICENCIATURA EN ECONOMÍA
JOSÉ ALEJANDRO ÁLVAREZ RAMÍREZ

DIRECTORA DEL TRABAJO
JULIA MARÍA AGUILAR PEREIRA

LECTORA DEL TRABAJO
MARCELA ANTONIETA ESCOBAR DE MELGAR

AGRADECIMIENTOS

*“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas,
puede cambiar el mundo”.*

Eduardo Galeano

Queremos dar las gracias a los docentes e instructores/as del Departamento de Economía de la UCA, por compartir con nosotrxs su dedicación y por motivarnos a ser profesionales integrales y competentes, comprometidos con la realidad de El Salvador, y a mantener una posición crítica ante los fenómenos socioeconómicos, sin perder de vista que sí es posible cambiar el mundo.

Agradecimientos especiales a nuestra asesora, Julia Aguilar, y a nuestra lectora, Marcela Escobar. Sin duda estos meses de trabajo conjunto fueron de gran aprendizaje para nosotros. Su apoyo jornada tras jornada ha sido fundamental para la culminación de este proceso. Gracias por compartir sus consejos, sus aportes, y por guiarnos en nuestra investigación.

Gracias Totales.

Lorena, Roberto y Violeta.

“Ten el coraje de seguir tu corazón y tu intuición. De alguna manera saben lo que realmente quieres llegar a ser”. **Steve Jobs.**

En mis 7 años de universidad aprendí que un número no define tu inteligencia, pero sí puede definir tu compromiso. Que no somos un 7 o un 6, sino que seremos humanos con sentimientos, éxitos y fracasos, y que de ti depende esforzarte por seguir aprendiendo en tus estudios y en tu vida. Es precisamente con pasión, coraje, convicción y fuerte sentido de la identidad que damos nuestros próximos pasos en el mundo.

Agradezco a Dios y a mi Virgencita María por este camino terminado, ha sido de la mano de Ustedes que he sido capaz de alcanzar este éxito tan anhelado y querido en mi vida. Gracias por darme el 90% cuando yo solo podía con el 10%. Gracias por levantarme y jamás abandonarme cuando me caí.

Agradezco y dedico este logro a mi Padrecito y Madrecita, ¡GRACIAS! Gracias por creer en Mí y decirme que puedo alcanzar cualquier cosa si me esfuerzo, soy valiente, y tengo mi Fe puesta en Dios. Gracias por amarme incondicionalmente y darme Todo en esta vida, no me alcanzaré una eternidad para pagarles todo lo que hicieron por Mí. No sería la Mujer en la que me he convertido hoy sin ustedes.

Gracias a Lou, mi hermosa y fuerte hermana mayor, por tu apoyo, amor, paciencia y consejos. Gracias por guiarme de la mano siempre que lo he necesitado. Gracias por enseñarme a vivir la vida una canción de salsa a la vez.

Gracias a Milton, mi sabio hermano menor, por tu amor, tu compañía, por iluminarme con tus hermosos consejos, y siempre escucharme cuando lo necesité. Gracias por tu bondad inmensa.

¡Gracias Familia por tanto amor, por ser mis mejores amigos, y siempre creer en mí!
¡Los Amo!

Gracias a mi increíble equipo: Viole y Roberto, por su paciencia, comprensión, apoyo, ingenio en cada capítulo, y dedicación en esta aventura llamada Tesis, estoy inmensamente agradecida por terminar esta etapa a su lado.

Gracias a la UCA por convertirse en mi hogar, y brindarme la oportunidad de formarme como un profesional integral. Gracias por “no formar a los mejores del mundo, sino que a los mejores para el mundo”.

Gracias a la vida, por poner a personas inesperadas en mi camino que me brindaron una mano amiga cuando más lo necesité. Siempre debemos tener fe en las personas, pero lo más importante, siempre debemos tener fe en nosotros mismos.

Finalmente quiero decir que “toda experiencia es un éxito”, que no hay que rendirse; hay que seguir luchando, empujando y quitando esas rocas del camino, construyendo así nuestras propias cajas. Me siento orgullosa de al fin poder decir: **¡Lo Logré!**

Lorena Manzano

A mi mamá, Elena, por su apoyo incondicional, su invaluable esfuerzo y todos los sacrificios a lo largo de mi vida para que pudiera llegar a este momento.

A mi tía Leonor y mi tío Marcos, por toda su ayuda a lo largo de mi vida estudiantil, que me ha permitido llegar hasta acá.

A Jessica, por creer en mí, por darme todo tu amor, por estar siempre para apoyarme en todo momento y motivarme a seguir adelante, a pesar de las dificultades en el camino.

A mis compañeras de tesis, Lorena y Violeta, por su amistad y su arduo trabajo durante todo este proceso. A pesar del cansancio y las dificultades, lo logramos.

Roberto Arévalo

“Sabemos que a los que aman a Dios, todas las cosas les ayudan a bien” Romanos 8:28.

Agradezco a Dios pilar fundamental de mi existencia, por brindarme cada día las fuerzas y la valentía para recorrer este camino llamado vida, por enseñarme el valor de las experiencias y llenar mi camino de Ángeles que me han ayudado a crecer personal y profesionalmente.

A mi madre, Violeta; por su lucha constante para brindarme siempre todo lo mejor, por siempre esforzarse por mí y amarme incondicionalmente.

A mis tíos, Mario Alonso y Georgina; porque sin ellos este sueño no hubiese sido posible, por sus consejos y por ser un apoyo desde el comienzo para mí.

A mi abuela Julia; por siempre escucharme, por ayudar a mi crianza y llenar mi camino de amor. A mi querido abuelo Mario; por llenarme de amor desde muy pequeña y dejar un legado en mí para buscar siempre ayudar a mi prójimo, aunque no pudiste ver este logro, te he dedicado cada uno a ti.

A mi prometido René, por la paciencia y amor que me ha tenido, por siempre creer en mí, por su ayuda incondicional y apoyarme en cada proyecto, ahora nos toca seguir creciendo juntos con amor.

A mis queridos compañeros Lorena y Roberto, por su esfuerzo y dedicación en la realización de esta investigación que hemos podido culminar con éxito.

Este logro es gracias a todas aquellas personas que me han brindado su apoyo y cariño.

Violeta Polanco

ÍNDICE GENERAL

SIGLAS Y ABREVIATURAS	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.-Planteamiento del problema	4
1.2.-Objetivos	8
1.3.-Justificación	9
1.4.-Alcances y limitaciones.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL SOBRE EL TRABAJO DEL CUIDADO NO REMUNERADO Y LA PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA EN SALUD ESENCIAL	11
2.1.-Economía del Cuidado: conceptos básicos.....	11
2.1.1.-La Economía Feminista.....	11
2.1.1.1.- Economía del iceberg	13
2.1.2.-La economía del cuidado	15
2.1.2.1.-Los cuidados en la economía	16
2.1.3.-Trabajo del cuidado.....	17
2.1.3.1.-Trabajo del cuidado no remunerado	18
2.1.4.- Organización social de los cuidados	18
2.1.4.1.- Impactos de la organización social de los cuidados en las mujeres.	20
2.2.- Protección social.....	21
2.2.1.- Definición	22
2.2.2.- Medidas de protección social	23
2.2.3.- Evolución de la concepción de protección social	25
2.2.4.- Regímenes de protección social.....	27
2.2.5.- Atención de salud esencial.....	28
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	30
3.1.- Tipo de investigación	30
3.2.- Grupo poblacional.....	30
3.3.- Matriz de congruencia.....	31
3.4.- Metodología de la investigación.....	32
3.5.- Método e instrumento de la investigación	32

3.6.- Procedimiento.....	33
CAPÍTULO IV MARCO JURÍDICO.....	34
4.1.- Consolidación de la protección social en base al surgimiento del marco jurídico	34
4.2.- Marco Jurídico internacional	38
4.2.1.- Normativa Internacional sobre Derechos Humanos.....	39
4.2.2.- Normativa Internacional relacionada a la seguridad social	42
4.3.- Marco Jurídico Nacional	48
4.4.- Limitaciones del marco jurídico Nacional	59
CAPÍTULO V CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL CUIDADO NO REMUNERADO Y EL ACCESO A SALUD EN EL SALVADOR.....	61
5.1.- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017	61
5.2.- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	68
5.3.- Esfuerzos para cuantificar el valor económico del trabajo del cuidado no remunerado en el marco de las cuentas nacionales	71
CAPÍTULO VI: REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS DE PROTECCION SOCIAL VINCULADAS AL ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES, DE JUNIO 2009 A DICIEMBRE 2019	73
6.1.-Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, de junio 2009 a mayo 2019	73
6.2.- Primeras acciones en materia de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, tomadas por el gobierno del presidente Nayib Bukele, período junio-diciembre 2019	75
6.3.- Presupuesto público.	80
6.3.1.- Reducción del gasto público en programas sociales	85
CAPÍTULO VII: MEJORES PRÁCTICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL DERECHO DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD ESENCIAL.....	87
7.1.- Revisión de casos.....	87
7.1.1.- Caso Chile	88
7.1.1.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Chile	88
7.1.1.2.- Sistema de Salud de Chile.....	92
7.1.1.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud pública en Chile a 2019	97
7.1.2.- Caso Uruguay	101
7.1.2.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Uruguay.....	101
7.1.2.2.- Sistema de Salud de Uruguay	105

7.1.2.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres en Uruguay, con el SNIS, de 2007 a 2019.....	116
7.1.3.- Caso Costa Rica	121
7.1.3.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Costa Rica.....	121
7.1.3.2.-Sistema de Salud de Costa Rica.....	125
7.1.3.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud pública en Costa Rica	135
7.2.- Financiamiento y Esperanza de vida como indicadores de eficiencia para los sistemas de salud, de Chile, Uruguay y Costa Rica.....	141
7.3.-Recomendaciones de buenas prácticas	144
7.3.1.-Chile.....	144
7.3.2.- Uruguay	145
7.3.3.- Costa Rica	146
CONCLUSIONES	148
RECOMENDACIONES.....	158
BIBLIOGRAFÍA.....	161
ANEXOS.....	172

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Subdivisión de la economía feminista</i>	12
Tabla 2. <i>Diferencia entre la Economía Productiva y la Economía Reproductiva</i>	14
Tabla 3. <i>Matriz de congruencia</i>	31
Tabla 4. <i>Documentos legales que conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos</i>	39
Tabla 5. <i>Artículos importantes del marco jurídico que promueven el enfoque de Derechos Humanos</i>	40
Tabla 6. <i>Normas de alcance general pertinentes a seguridad social</i>	43
Tabla 7. <i>Normas de protección garantizada en las diferentes ramas de la seguridad social</i>	44
Tabla 8. <i>Normas relacionadas a la protección social</i>	46
Tabla 9. <i>Población de 12 años y más, por sexo, según área y participación en actividades de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, 2017</i>	62
Tabla 10. <i>Programas impulsados de junio 2009 a mayo 2019</i>	73
Tabla 11. <i>Programas y acciones vinculados a la salud de las mujeres, una perspectiva desde El Plan Cuscatlán y la realidad de junio a diciembre de 2019</i>	75
Tabla 12. <i>Programas públicos que se consolidaron en el Plan AUGE</i>	93
Tabla 13. <i>Servicios de Salud con cobertura universal en Chile</i>	96
Tabla 14. <i>Programas públicos vigentes según los indicadores de protección social de Chile</i>	97
Tabla 15. <i>Organización de las políticas universales y focalizadas en salud, en materia de Protección Social en Uruguay</i>	114
Tabla 16. <i>Derechos en la Interrupción voluntaria del embarazo a todas las mujeres uruguayas, o con al menos 1 año de residencia en el país</i>	118
Tabla 17. <i>Esquema contributivo de la CCSS</i>	129
Tabla 18. <i>Porcentaje del gasto total en salud, según actor, 2011-2016</i>	130
Tabla 19. <i>Servicios del Programa de Atención Integral en el primer nivel de atención de la CCSS</i>	133

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. <i>Tiempo Promedio en actividades domésticas no remuneradas de la población de 12 años y más, por sexo no, según condición de pobreza, 2017</i>	63
Gráfico 2. <i>Distribución del tiempo en actividades productivas no remuneradas, por sexo, 2017</i>	64
Gráfico 3. <i>Tiempo promedio en actividades productivas no remuneradas de la población de 16 a 29 años que no asiste a un centro educativo y que no se encuentra ocupada, por sexo, según tipo de actividades semanales, 2017</i>	65
Gráfico 4. <i>Tiempo en actividades productivas no remuneradas de la población de 12 años y más por sexo, según tramos de edad, 2017</i>	66
Gráfico 5. <i>Población de 12 años y más, por sexo, según tiempo promedio en actividades productivas domésticas no remuneradas para el propio hogar, 2017</i>	67
Gráfico 6. <i>Distribución del tiempo semanal, por sexo, según actividades productivas domésticas no remuneradas para el propio hogar, 2017</i>	67
Gráfico 7. <i>Tasa de participación por sexo, para el periodo 2009 – 2019</i>	69
Gráfico 8. <i>Tasa de participación promedio según sexo, para el periodo 2009 – 2019</i>	69
Gráfico 9. <i>Participación por sexo de la PEI en la realización de labores domésticas no remuneradas, promedio 2009 – 2019</i>	70
Gráfico 10. <i>Población del cuidado no remunerado según sexo, promedio 2009 – 2019</i>	71
Gráfico 11. <i>Tasas de crecimiento del PIB, Presupuesto General y Presupuesto en salud, en El Salvador de 2011 a 2019</i>	80
Gráfico 12. <i>Tasas de crecimiento del presupuesto en salud y del presupuesto del MINSAL, en El Salvador de 2011 a 2019</i>	81
Gráfico 13. <i>Proporción del presupuesto de salud que se otorgó al MINSAL, de 2010 a 2019</i>	82
Gráfico 14. <i>Composición del gasto nacional en salud en El Salvador, 2008-2018 (en porcentaje)</i>	82
Gráfico 15. <i>Gasto promedio per cápita por institución de salud, 2007-2017 (en US Dólares)</i>	83
Gráfico 16. <i>Gasto Nacional en salud MINSAL en El Salvador, 2008-2018 (en millones de US \$)</i>	84
Gráfico 17. <i>Proyectos de inversión pública MINSAL 2009 – 2019 (en millones de US \$)</i>	84

Gráfico 18. Trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar según sexo y tramo de edad	88
Gráfico 19. Trabajo de cuidados no remunerado a integrantes del hogar según sexo y tramo de edad.....	89
Gráfico 20. Población desocupada a causa de labores de cuidado, desagregadas por género para el periodo 2010 - 2019.....	90
Gráfico 21. Población Económicamente Activa de Chile desagregada por género, desde 2010 a 2019	91
Gráfico 22. Gasto per cápita en asistencia de salud pública y privada.....	95
Gráfico 23. Distribución porcentual de la carga total de trabajo según trabajo remunerado y no remunerado, en Uruguay para 2007 y 2013.....	102
Gráfico 24. Distribución porcentual de la carga total de Trabajo Remunerado y No Remunerado por sexo, en Uruguay para 2007 y 2013.....	102
Gráfico 25. Distribución porcentual de la PEA por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019	104
Gráfico 26. Distribución porcentual de la participación en la realización de labores domésticas no remuneradas por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019	105
Gráfico 27. Gasto en salud como porcentaje (%) del PIB, en Uruguay, 2005 – 2016.....	111
Gráfico 28. Financiamiento público y privado del gasto en salud como porcentaje (%) del gasto total en salud, en Uruguay, en 2005, 2011 y 2015.....	112
Gráfico 29. Distribución porcentual del tiempo social promedio de la población de 12 años y más por sexo, según actividades de trabajo y no trabajo, octubre y noviembre 2017.....	122
Gráfico 30. Tiempo social promedio de la población de 12 años y más en trabajo doméstico no remunerado, por grupo de edad y sexo, octubre y noviembre 2017.....	123
Gráfico 31. Porcentaje de la población ocupada con subempleo por sexo, IV Trimestre 2018 – IV Trimestre 2019	124
Gráfico 32. Gasto per cápita en salud por sector, 2011-2016, expresado en USD.....	131
Gráfico 33. Gasto en salud como porcentaje del PIB y gasto total en salud por sector, 2011-2016, expresado en miles de millones de CRC.....	132
Gráfico 34. Gasto público per cápita en salud del gobierno general (US \$ a precios actuales), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos,	143
Gráfico 35. Esperanza de vida al nacer, total (años), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018	143
Gráfico 36. Esperanza de vida al nacer de mujeres en años, para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018	144

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. <i>Relación existente entre las diferentes medidas de protección social</i>	25
Diagrama 2. <i>Evolución de la atención de Salud en El Salvador</i>	38
Diagrama 3. <i>Aspectos esenciales a integrarse para el progreso de resultados</i>	43
Diagrama 4. <i>Esquema de la población en sus tres niveles, en Uruguay</i>	113
Diagrama 5. <i>Calidad de atención</i>	116
Diagrama 6. <i>Métodos de protección y anticonceptivos</i>	117
Diagrama 7. <i>Prevención del cáncer genito-mamario</i>	117
Diagrama 8. <i>Embarazo, parto y puerperio</i>	118
Diagrama 9. <i>Violencia sexual</i>	120
Diagrama 10. <i>Estructura del Sistema de Salud de Costa Rica</i>	129

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. <i>Economía del Iceberg</i>	13
---	----

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACNUDH:	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
AFAM:	Asignaciones familiares del Uruguay
AFAM PE:	Asignaciones familiares por Plan de Equidad del Uruguay
ANEP:	Administración Nacional de Educación Pública del Uruguay
APNR:	Actividades Productivas No Remuneradas
APS:	Atención Primaria de Salud de Chile
ASSE:	Administración de Servicios de Salud del Estado del Uruguay
BCR:	Banco Central de Reserva
BPS:	Banco de Previsión Social del Uruguay
CCSS:	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social
CEDAW:	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEFAFA:	Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada
CEL:	Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa
CEN-CINAI:	Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral de Costa Rica
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COSAM:	Comando de Sanidad Militar
CSTDNR:	Cuenta Satélite de Trabajo doméstico no remunerado de Costa Rica
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública
DFL:	Decreto con Fuerza de Ley de Chile
DIGESTYC:	Dirección General de Estadística y Censos
DISSE:	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad de Uruguay
DIU:	Dispositivo Intrauterino
EBAIS:	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud de Costa Rica
ECH:	Encuesta Continua de Hogares del Uruguay
EHPM:	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
ENUT:	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo
FEMI:	Federación Médica del Interior del Uruguay
FIS:	Fondo de Inversión Social
FISDL:	Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local

FODESAF: Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares de Costa Rica
 FONASA: Fondo Nacional de Salud de Uruguay
 FONASA: Fondo Nacional de Salud de Chile
 FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud
 GES: Garantías Explícitas en Salud de Chile
 IDHUCA: Instituto de Derechos Humanos de la UCA
 IAFA: Instituto sobre el Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica
 IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del Uruguay
 IMAE: Institutos de Medicina Altamente Especializada del Uruguay
 INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres del Uruguay
 INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres de Costa Rica
 INE: Instituto Nacional de Estadística del Uruguay
 INFAMILIA: Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia del Uruguay
 INMUJERES: Instituto Nacional de la Mujer del Uruguay
 INS: Instituto Nacional de la Salud de El Salvador
 INS: Instituto Nacional de Seguros de Costa Rica
 Isapres: Instituciones de salud previsional Chile
 ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
 ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
 ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
 ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
 LDPS: Ley de Desarrollo y Protección Social
 LEIV: Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres
 MIDES: Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay
 MINSAL: Ministerio de Salud
 MS: Ministerio de Salud de Costa Rica
 MSP: Ministerio de Salud Pública del Uruguay
 MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 NIT: Normas Internacionales del Trabajo
 NORMLEX: Sistema de Información sobre Normas Internacionales del Trabajo
 OIG: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL
 OIT: Organización Internacional del Trabajo
 OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PANES:	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social del Uruguay
PARLATINO:	Parlamento Latinoamericano y Caribeño
PASIS:	Pensiones Asistenciales de Invalidez y Ancianidad de Chile
PE:	Plan de Equidad del Uruguay
PEA:	Población Económicamente Activa
PEI:	Población Económicamente Inactiva
PENM:	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de ITS y VIH 2016-2020
PET:	Población en Edad de Trabajar
PIAS:	Plan Integral de Atención a la Salud del Uruguay
PIB:	Producto Interno Bruto
PIODNA:	Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos del Uruguay
PRAIS:	Víctimas de la represión política de Chile
RAIS:	Red de Asistencia e Integración Social del Uruguay
RAP:	Red de Atención del Primer Nivel del Uruguay
RIISS:	Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del MINSAL
SAPU:	servicios de atención primaria de urgencia de Chile
SC:	Seguro Catastrófico de Chile
SEM:	Seguro de Enfermedad y Maternidad de Costa Rica
SHA:	Metodología Systems Health Account de Costa Rica
SIVM:	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de Costa Rica
SM:	Sanidad Militar
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud de Chile
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud de Costa Rica
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SPSU:	Sistema de Protección Social Universal
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
STP:	Secretaría Técnica de la Presidencia
SUF:	Subsidio Único Familiar de Chile
TAR:	Terapia Anti Retroviral
UCA:	Universidad Centroamericana José Simeón Cañas

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar
UIAEM Hospitales con Unidad de Atención Especializada para mujeres
UMU: Unión de la Mutualidad del Uruguay
VICITS: Clínicas de Vigilancia Centinela para la Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

“La falacia androcéntrica, elaborada en todas las construcciones mentales de la civilización patriarcal no puede ser rectificadas 'añadiendo' simplemente a las mujeres”.

- Gerda Lerner

El trabajo del cuidado no remunerado (llamado también trabajo doméstico no remunerado o trabajo del hogar no remunerado) es aquel trabajo que se realiza para satisfacer las necesidades de otras personas que son incapaces de realizarlas por sí mismas, y que no es origen ni destino de pagos o remuneraciones en el mercado formal. Estos cuidados se materializan en el espacio familiar, permitiendo el bienestar de las personas y la condición de vivir una vida significativa. Según el marco conceptual de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo de El Salvador, elaborado por La Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), el trabajo doméstico no remunerado satisface necesidades que permiten la reproducción social. Esto aumenta la disponibilidad de bienes y servicios de la economía nacional en beneficio de los individuos, los hogares y la sociedad. Asimismo, reconoce que la actividad del trabajo doméstico no remunerado realizado dentro del hogar sigue siendo invisible y no valorada socialmente.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las mujeres representan la mayor fuerza de trabajo de cuidados en el mundo, la cual es catalogada como inactiva, siendo esta la principal razón por la que no entran en el mercado laboral asalariado. En 2018, 606¹ millones de mujeres en edad de trabajar se dedicaban al trabajo de cuidados no remunerado. Las cuidadoras no remuneradas a tiempo completo constituyeron el 41.6% de los 1,400 millones de mujeres inactivas en todo el mundo.

El trabajo del cuidado no remunerado presenta un costo en términos de tiempo, calidad de vida y salud, para la población que se dedica a este, por lo que no debe entenderse como gratuito. Es primordial incorporar a las personas que cuidan a los beneficios de la formalidad, en especial en términos de protección social.

En la mayoría de esquemas de organización económica, las remuneraciones, las obligaciones tributarias, seguros de salud y de vida, licencias parentales, subsidios, pensiones y otros beneficios de la protección social, están asociados al sector formal y monetario. La población

¹ Datos e información obtenida de Álvarez (2018), Departamento de Economía UCA (2019).

trabajadora del cuidado no remunerado, en los casos en que participa en actividades por las cuales obtienen algún nivel de ingresos, normalmente se ubica en el denominado “sector informal” de la economía. Y a pesar de ser un segmento de actividades visibles para la economía, queda fuera de la regulación de los mercados y de los beneficios de la protección social.

La protección social constituye una forma de cuidado indirecto para quienes realizan el trabajo del cuidado no remunerado. En términos del acceso a la atención de salud, se presentan déficits en la accesibilidad de los servicios, no solo en términos geográficos, sino también económicos, especialmente.

La pregunta de investigación que se formuló al respecto fue: ¿Qué relación tiene la institucionalidad y normativa existente de la protección social no contributiva en El Salvador con el acceso a la atención de salud esencial de la población trabajadora del cuidado no remunerado?

El objetivo general que se persigue con esta investigación es realizar un análisis del Sistema de Protección social no contributiva, en su capacidad para garantizar el acceso a la atención de salud en El Salvador, de la población trabajadora del cuidado no remunerado para el período 2009 - 2019.

Para encontrar respuesta a la pregunta de investigación planteada, este estudio se compone de 7 capítulos:

El primer capítulo está dedicado al planteamiento del problema, en el cual se describen los objetivos y la justificación de este estudio, así como sus alcances y limitaciones.

En el segundo capítulo, se hace una definición conceptual del trabajo del cuidado no remunerado, que expone la realización de las labores de cuidado del hogar. Este tiene un impacto en la reproducción de la vida dentro de la sociedad al influir sobre la generación de bienes y servicios de la economía, a lo largo de la historia este trabajo de cuidado ha sido invisible y carente de reconocimiento social, además de ser realizado en su mayoría por las mujeres. Además, se aborda la idea de los pisos de protección social como una recomendación que marca la pauta para la integración de la protección social como derecho humano.

En el tercer capítulo se presenta un marco metodológico en el que se describen los métodos e instrumentos con los que se lleva a cabo el tratamiento de la información.

En el cuarto capítulo, se aborda el marco jurídico nacional e internacional que sostiene las bases de la cobertura y el acceso a salud, en el marco de derechos humanos. En este apartado se examina la Legislación nacional, así como la normativa de entes internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el quinto capítulo, se muestra la situación de la población trabajadora del cuidado no remunerada en El Salvador, en el período de estudio, a través de una caracterización de esta población, tomando la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017 (ENUT) y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM).

En el sexto capítulo, se analiza la situación en cuanto al acceso a salud de la población trabajadora del cuidado no remunerado, a través de una revisión de las políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres en el período de estudio, y del presupuesto nacional destinado al Ministerio de salud en el período analizado.

En el último capítulo, se realiza un estudio de la situación de Chile, Costa Rica y Uruguay, países latinoamericanos que se consideran casos de éxito en lo que se refiere a la implementación de acciones encaminadas a alcanzar la cobertura universal de sus poblaciones, en cuanto a acceso en salud. Este estudio comprende una revisión de la distribución de las labores de cuidado en la sociedad entre hombres y mujeres, así como el funcionamiento de los sistemas de salud y programas relacionados a las mujeres. Con esta revisión, se prosiguió a la elaboración de un conjunto de buenas prácticas en materia de políticas públicas para El Salvador, utilizando como referencia tanto las acciones realizadas por estos tres países como los logros obtenidos.

Finalmente, se exponen las conclusiones generales y la presentación de las recomendaciones en materia de la investigación realizada.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Planteamiento del problema

A lo largo del siglo XXI se han hecho esfuerzos para medir la contribución económica y social del trabajo del cuidado no remunerado (llamado también trabajo doméstico no remunerado o trabajo del hogar no remunerado). Las relaciones de trabajo que engloban estas labores muestran una marcada brecha de género, siendo realizadas mayoritariamente por mujeres.

Es importante visibilizar el trabajo del cuidado no remunerado, ya que este ayuda a reproducir la fuerza de trabajo que labora en el sector de empresas capitalistas y no capitalistas, por medio de actividades que garantizan cotidianamente la calidad de vida y el bienestar de las personas a las que cuidan, aún a costa de su propia salud y bienestar. Además, representa una limitante para las mujeres cuidadoras en su acceso al mercado formal remunerado.

CEPAL (2011, citado en Escobar, 2018b) informa que la mayoría de las mujeres que carecen de ingresos propios, que conforman estadísticamente la población “inactiva”, tiene como actividad principal los quehaceres domésticos y las labores de cuidado en sus hogares. Este hecho revela que la pobreza de las mujeres se origina en un factor estructural: *la división sexual del trabajo*. Ellas dedican parte importante de su tiempo a la realización de tareas por las cuales no perciben remuneración y que condicionan su participación en el mercado de trabajo.

En términos absolutos, la PEI en El Salvador, asciende a 1,819,742 personas y se caracteriza por ser mayoritariamente mujeres (76.7%). De las mujeres que están fuera de la fuerza laboral, el 69.5% no buscó empleo debido a los quehaceres domésticos; el 13.7% debido a que estudia; el 9.3% debido a que no puede trabajar, ya sea porque es una persona con discapacidad o por la avanzada edad. En cuanto a los hombres fuera de la fuerza laboral, los principales motivos son debido a que estudia (40.6%); no puede trabajar, ya sea porque es una persona con discapacidad o por la avanzada edad (23.8%); jubilado o pensionado (13.2%); y por enfermedad o accidente (9.7%) (Escobar, 2018b).

La exclusión del mercado laboral de las mujeres provoca que se inserten en el sector informal de la economía. Los niveles de participación de mujeres en el sector informal representan más

de la mitad del total en los últimos años. La concentración de las mujeres en esta categoría del mercado laboral es muy significativa. Para el año 2016, 48.8% de las mujeres se encontraban en dicha situación laboral frente a un 37.5% de los hombres. Generalmente, una proporción importante de mujeres que se contabilizan como desocupadas en las estadísticas, son mujeres de zonas rurales que se desempeñan en unidades productivas familiares, sin ingresos propios, ni derechos, ni protección social (Escobar, 2018b).

Las labores de cuidado que recaen fundamentalmente en las mujeres están asociadas a interrupciones en la trayectoria laboral, tanto por la crianza de los hijos e hijas, como por la atención de familiares dependientes y por las tareas domésticas para el cuidado del hogar. Esto pone a las mujeres en una situación de vulnerabilidad en múltiples dimensiones: pérdida de salario, ausencia de protecciones ante el desempleo y la falta de licencias para cuidar a personas cercanas, entre otras. Esta discontinuidad, a su vez, se refleja en una densidad de aportes menor que la masculina, que con frecuencia disminuye e incluso imposibilita del todo el acceso a las prestaciones de maternidad, enfermedad y otras, así como el acceso a la futura pensión de jubilación o invalidez (OIT, 2015, citado en Escobar, 2018b).

Con la intención de lograr la igualdad ante las dificultades de unificar el trabajo remunerado y el no remunerado, la OIT dio lugar a varias normas internacionales entre las que destaca el *Convenio 156 sobre responsabilidades familiares*, el cual El Salvador ratificó en octubre de 2000, y el *Convenio 183 de protección de la maternidad*, que integra medidas de protección a la salud, al empleo y para la corresponsabilidad en el momento del parto y primeros meses de vida. Es importante destacar que este último no ha sido ratificado por El Salvador.

Los instrumentos legales e institucionales concretos que El Salvador ha promovido hasta ahora se reducen a algunas medidas que, en su mayoría, se encuentran ligadas a labores de cuidado para la población que se encuentra en el sector formal, como la extensión de los días de licencia por maternidad y paternidad, un mandato de la Sala de lo Constitucional sobre salas cunas, entre otros. Sin embargo, no se han legislado medidas relativas a la adaptación de la organización del trabajo que permitan que, en la práctica, exista una implicación social equitativa entre hombres y mujeres en los cuidados y la atención a personas cuidado-dependientes.

Cabe recalcar, desde el punto de vista de los cuidados, que, del colectivo de las trabajadoras domésticas remuneradas, que representan aproximadamente el 10% de la población femenina

económicamente activa salvadoreña, el 91% de ellas no recibe prestaciones; su salario es un 45% más bajo que el del resto de la PEA y solamente un 4% es cotizante del seguro social. Es decir, sus condiciones son en su mayoría de inestabilidad y precariedad (IDHUCA, 2015, citado en Escobar, 2018b).

En resumen, la no consideración de los cuidados en los regímenes de bienestar universal y la falta de políticas de Estado al respecto, muestran la persistencia de las brechas y la discriminación contra las mujeres. Esto no sólo se manifiesta en la ausencia de servicios de cuidado universales, sino que está presente en la lógica en la que se construyen los servicios estatales, ya que parten de la premisa de que en todos los hogares hay un hombre proveedor y una mujer que está permanentemente disponible para asumir las gestiones relacionadas con labores domésticas, reforzando el rol de las mujeres como proveedoras de trabajo no remunerado (OIT, 2015, citado en Escobar, 2018b).

Los cuidados definitivamente representan trabajo que, remunerado o no, determina el acceso a la seguridad social de las mujeres. Por un lado, generalmente son las mujeres de menores ingresos quienes más sufren los impactos de la sobrecarga de trabajo remunerado y no remunerado, en tanto tienen menos condiciones económicas para derivar tareas de cuidado al ámbito mercantil. Por otra parte, las mujeres que se dedican por entero a los cuidados solo tienen acceso directo a la protección social por la vía de los servicios públicos y de los programas de política social que se implementen en la zona geográfica que habitan (CEPAL, 2018).

Escobar (2018b), realiza un análisis en cuanto a lo que conlleva *implementar el enfoque de género en la protección social en El Salvador*. Emplear este análisis de género en las políticas de protección social implica analizar cómo tales sistemas se han sustentado tradicionalmente sobre la base de concepciones patriarcales: que los hombres eran sostén de la familia; que la participación de las mujeres se consideraba secundaria; la actividad económica y laboral femenina era considerada como complementaria a la del hombre, circunstancial o eventual; que el cuidado de las personas dependientes era una responsabilidad de las familias, y dentro de éstas de las mujeres. Estas concepciones han invisibilizado los requerimientos y necesidades, tanto de las personas que requieren de cuidado como de aquellas que los proporcionan. Por esto es necesario impulsar la corresponsabilidad social en la provisión de cuidados e inserción de las mujeres en el trabajo remunerado para contribuir en su autonomía y en su desarrollo (Escobar, 2018b).

El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (OIG) define la *autonomía económica de las mujeres*, como “*la capacidad de las mujeres de generar y disponer de ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres*”. La implicación que la falta de autonomía económica tiene en términos de protección social es clave: sin autonomía, hay mayores niveles de pobreza individual, ya que quienes no perciben ingresos propios, con frecuencia tienen menor poder de decisión sobre el destino de los recursos del hogar, menos posibilidades de reservar parte del dinero para gastos individuales y escasas posibilidades de enfrentar su manutención, especialmente si hay cambios en la conformación familiar de origen, como el caso de hogares monoparentales con jefas de hogar derivados de la violencia, migración o abandono (CEPAL - ONUMUJERES, 2018, citado Escobar, 2018b).

En 2013 se aprobó por parte del Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO) la “*Ley Marco de Economía del Cuidado*”, en la cual se recomienda que los Estados adopten medidas para incorporar al sistema de seguridad social a las personas trabajadoras del cuidado no remuneradas. En América Latina existen algunos mecanismos de acción positiva que reconocen el trabajo de cuidado en los sistemas de previsión social, tales como cotizaciones ficticias para todas las mujeres (sin condicionar la prestación a la presencia de hijos e hijas), los bonos de reconocimiento del cuidado condicionados a la tenencia de hijos, los regímenes especiales para el trabajo no remunerado, y las edades diferenciadas de jubilación entre hombres y mujeres (CEPAL, 2019, citado en Departamento de Economía UCA, 2019).

Otro aspecto por resaltar es que la dedicación al trabajo del cuidado no remunerado promueve la inequidad en el acceso a la protección social en salud de las mujeres. De acuerdo al análisis del Departamento de Economía UCA (2019), es importante que el trabajo del cuidado no remunerado no se entienda como gratuito, ya que presenta un costo para las mujeres en términos de tiempo, calidad de vida y salud. Sin embargo, en casi todo el mundo, se les excluye de la seguridad social, no cuentan con pensiones de vejez, previsión sanitaria, etc. Por consiguiente, es necesario hacer modificaciones en las legislaciones tanto laboral como fiscal, que permitan, que las prestaciones y la seguridad social reconozcan y compensen el trabajo de cuidados.

De manera general, se puede confirmar que la mayor carga de labores de cuidado recae sobre las mujeres de mediana edad de los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad; es

decir, con niveles bajos de educación, sin ingresos propios, en familias de bajos ingresos, y cuyos hogares y dependientes tienen pocas fuentes de apoyo (OPS/OMS, 2018).

El acceso de las mujeres a la protección social en salud está limitado por los bajos niveles de ocupación en el mercado laboral formal, en gran parte como resultado de sus responsabilidades de trabajo no remunerado en el hogar, incluyendo en el cuidado de salud.

El cuidado no remunerado no sólo tiene repercusiones sobre la vida laboral, social, y la economía de las mujeres, sino también sobre su estado de salud. Numerosos trabajos han analizado el impacto de la dedicación a los cuidados de la salud en la calidad de vida de las cuidadoras. Se han documentado efectos negativos en la salud física y psicológica que se expresan en síntomas como depresión, ansiedad, irritabilidad, mialgias y problemas crónicos circulatorios y articulares potencialmente incapacitantes. También se han demostrado otros efectos sobre la vida familiar, social y afectiva y el tiempo libre destinado a actividades personales y al ocio, incluida la de cuidar de su propia salud. Los efectos negativos en la salud no solo afectan al bienestar de cada mujer, sino que también representan un costo para el sistema de salud.

Aunado a la desigualdad en el acceso a la protección social en salud de las mujeres, el trabajo no remunerado de cuidado de la salud que se realiza en los hogares, mayoritariamente por las mujeres, frena los esfuerzos en pro del acceso a la salud universal en la Región (OPS/OMS, 2018).

1.2.-Objetivos

Objetivo General:

Realizar un análisis del Sistema de Protección social no contributiva, en su capacidad para garantizar el acceso a la atención de salud en El Salvador, de la población trabajadora del cuidado no remunerado para el período 2009 - 2019.

Objetivos específicos:

1. Examinar el marco jurídico nacional e internacional que sostiene las bases de la cobertura y el acceso a salud, en el marco de derechos humanos.

2. Caracterizar a la población trabajadora del cuidado no remunerado, a través de la recolección y análisis de datos obtenidos de instrumentos estadísticos existentes, en El Salvador, durante el periodo 2009 a 2019.
3. Analizar las intervenciones públicas de protección social con énfasis a garantizar el acceso no contributivo a la salud, realizado de junio 2009 a diciembre 2019.
4. Analizar buenas prácticas tomadas por Chile, Uruguay y Costa Rica, con el fin de extraer lecciones para el fortalecimiento del derecho de acceso a la atención de salud esencial de la población trabajadora del cuidado no remunerado en El Salvador.

1.3.-Justificación

La investigación propone evidenciar si el Sistema de Protección social no contributivo, de El Salvador, tiene la capacidad de atender a la población trabajadora del cuidado no remunerado en su acceso a la salud. El motivo para abordar a esta población que en su mayoría son mujeres, recae en la invisibilidad que se les da a las labores de cuidado no remuneradas, ya que no producen para el sistema económico capitalista ningún tipo de bien o servicio monetario.

El estudio del acceso a la salud de estas trabajadoras en El Salvador permite brindar un acercamiento a la existencia de una marcada brecha de género en las oportunidades de acceso al empleo formal, debido a que el trabajo del cuidado limita la autonomía de las mujeres. Esto viene marcado por el patriarcado, que perpetúa la concepción de la organización social de los cuidados, atribuyendo este rol sobre las mujeres.

Esta investigación también permite reconocer los siguientes puntos:

1. Las oportunidades que existe para mejorar la institucionalidad y el marco jurídico, dando un acompañamiento que permita garantizar el cumplimiento del derecho a la salud.
2. La necesidad de un sistema que recopile la información estadística de manera integral.
3. Que la falta de reconocimiento del trabajo del cuidado no remunerado conlleva a que los esfuerzos para atender las necesidades de esta población vulnerable sean insuficientes para garantizar el cumplimiento de sus derechos.
4. Identificar buenas prácticas que contribuirían a mejorar el acceso a la salud.

1.4.-Alcances y limitaciones

Alcances

En la presente investigación se explorará la capacidad que tiene el sistema de salud salvadoreño para garantizar la protección social no contributiva de la población trabajadora del cuidado no remunerado.

La investigación abarca un marco jurídico nacional e internacional; la caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerado; las intervenciones públicas de protección social, con énfasis en garantizar el acceso no contributivo a la salud, y una serie de buenas prácticas retomadas de los casos de Chile, Uruguay y Costa Rica.

Limitaciones

1. Banco de datos que no incluye la información socioeconómica y de salud de la población trabajadora del cuidado no remunerado.
2. Falta de actualización en los registros presupuestales de los programas sociales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL SOBRE EL TRABAJO DEL CUIDADO NO REMUNERADO Y LA PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA EN SALUD ESENCIAL

2.1.-Economía del Cuidado: conceptos básicos

Para poder referirse al espacio de actividades que consisten en bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas, se ha creado el término “Economía del Cuidado”.

La Economía del Cuidado acuña el término “cuidados”, los cuales son definidos por Martínez E. (2019) como todas las actividades que permiten el bien - estar (“estar bien”) de las personas, y que ponen a la población en condición de vivir una vida significativa (“una vida que merece ser vivida”).

Las relaciones de cuidado pueden estudiarse a través de la Economía Feminista. Esta corriente de pensamiento heterodoxo se compone de construcciones teóricas que plantean la existencia en la economía de una esfera de la producción y una esfera de la reproducción, siendo en esta última en la que se dan las relaciones de cuidado. La Economía Feminista propone que los cuidados que sostienen la vida (autocuidado, cuidado de personas dependientes, cuidado de ecosistemas, etc.) sean puestos en el centro del análisis económico (los circuitos económicos deben darle centralidad a la sostenibilidad de la vida) y de la práctica económica.

2.1.1.-La Economía Feminista

El concepto de una “Economía del Cuidado” surgió desde los planteamientos de la Economía Feminista, que se opone categóricamente al imperialismo, la colonización y todo sistema que produzca desigualdad; y que lucha en pro de la equidad de género, del cuidado y de la reproducción de la vida.

La Economía Feminista critica a los enfoques androcéntricos (el término androcéntrico hace referencia a la visión del mundo que sitúa al hombre como centro de todas las cosas) desde los cuales tradicionalmente se analiza la economía y se elaboran las propuestas para resolver

los problemas económicos. Es por ello que busca generar una teoría económica alternativa, enfocada en la inclusión y en la aceptación de la diversidad de las personas para quienes la economía debe funcionar. Esta se subdivide en Economía Feminista de la Conciliación y Economía Feminista de la Ruptura.

Tabla 1. *Subdivisión de la economía feminista*

Economía Feminista de la Conciliación	Economía Feminista de la Ruptura
Trata de construir esta nueva teoría integrando algunos aspectos “rescatables” de los paradigmas androcéntricos.	Trata de construir esta nueva teoría económica rompiendo completamente con paradigmas económicos existentes y propone un nuevo “centro” para el análisis económico: la sostenibilidad de la vida.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Martínez E. (2019); Pérez A. (2005).

La Economía Feminista es una corriente de pensamiento. Es un enfoque analítico que describe, reflexiona y hace propuestas partiendo de la observación y el análisis. Esta “mirada alternativa” expone dimensiones de la realidad tradicionalmente invisibilizadas; además, reclama y propone estrategias concretas para la transformación de la dinámica económica en un sentido igualitario.

La Economía Feminista realiza una crítica particular a la teoría neoclásica de la racionalidad de los agentes económicos. Este es un paradigma dominante en la disciplina económica, el cual atribuye al hombre económico (*homo economicus*) características y conductas que considera universales para la especie humana. Sin embargo, son propias de un ser humano varón, blanco, adulto, heterosexual, sano, de ingresos medios, por lo que las decisiones económicas que se toman desde este paradigma no reconocen ni se enfrentan con los condicionantes que impone vivir en un mundo racista, xenófobo, homofóbico y sexista (Rodríguez, 2015).

Sus propuestas pretenden dar una definición más amplia de lo económico que, de forma primordial, atiende a las actividades invisibilizadas que históricamente han sido realizadas por las mujeres. Se trata, por tanto, de descentrar a los mercados hacia los que se había dirigido la mirada de forma exclusiva.

Este descentramiento tiene que permitir, en segundo lugar, una recuperación de los elementos femeninos invisibilizados, recuperando a las mujeres como agentes económicos.

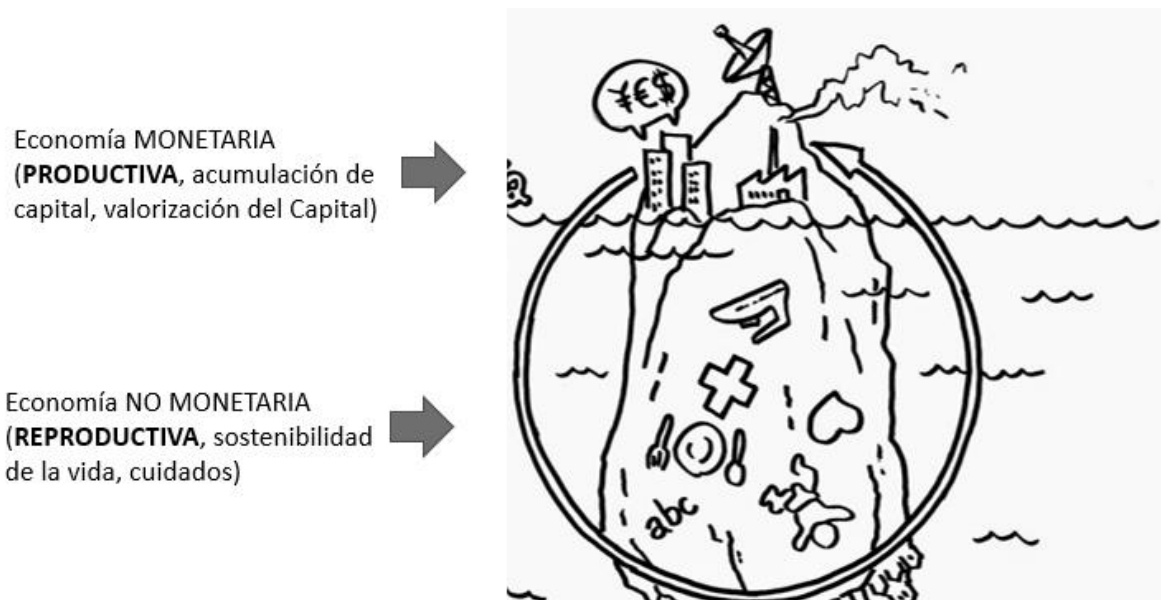
Para la Economía Feminista, el análisis económico y el análisis de los derechos económicos de las mujeres (autonomía económica, empoderamiento económico) que realiza la economía convencional, es incompleto y superficial. La economía convencional (economía política, economía neoclásica, etc.) analiza la economía “AL ESTILO ICEBERG” (Martínez J., 2019).

2.1.1.1.- Economía del iceberg

La economía convencional sólo analiza, cuantifica y valora lo que está en la superficie, pero esta visión es incompleta. Por lo tanto, la economía feminista propone que la economía sea analizada desde una perspectiva que permita observar el panorama completo. (Martínez J., 2019).

Es entonces que la Economía Feminista presenta la idea de la Economía del Iceberg, la cual se encuentra compuesta por la Economía Productiva y la Economía Reproductiva (Ver Ilustración 1).

Ilustración 1. *Economía del Iceberg*



Fuente: Martínez J., (2019).

Diferencia entre la Economía Productiva y la Economía Reproductiva:

La Economía Reproductiva es importante porque *ALLÍ SE PRODUCEN LOS CUIDADOS*, actividades que sostienen cotidianamente la red de la vida humana. Se puede decir que todas las teorías tradicionales sobre economía solo tienen en cuenta la cumbre, limitándose a la fuerza de trabajo del adulto, generalmente masculino, por un salario. Por tanto, la invisibilidad de estos trabajos realizados por las mujeres es requisito para que continúe, sin ser cuestionado, un sistema que relega las necesidades humanas a un segundo plano.

La Economía Feminista propone, además, que los mercados y los procesos de reproducción del capital deben estar supeditados a los procesos de sostenibilidad de la vida. Debe sostenerse una vida que sea posible para el 100% sociedad, no sólo para una parte de ella. Todo esto debe enmarcarse en una perspectiva de estrategia de cambio social: lucha contra el capitalismo, lucha contra el racismo, lucha contra el colonialismo, lucha contra el extractivismo, y lucha contra la heteronormatividad.

Tabla 2. *Diferencia entre la Economía Productiva y la Economía Reproductiva*

Economía Productiva	Economía Reproductiva
Esta aparece sobre el agua, que representa únicamente el capital y el trabajo asalariado. Se producen bienes o servicios que se venden y se compran. La producción entra en cuentas nacionales del Producto Interno Bruto (PIB). Se adquieren factores de producción (capital, fuerza de trabajo, tierra, tecnología, etc.) de las familias en el mercado de factores.	Esta parte aparece bajo el nivel del agua, invisible: el trabajo del cuidado gratuito de las mujeres. Se producen bienes o servicios que no se venden ni se compran. La producción no entra en las cuentas nacionales (PIB). Esta se forma por unidades domésticas que producen bienes y servicios para: -El autoconsumo de las familias que contribuyen a la reproducción de la fuerza de trabajo que labora en el sector de empresas capitalistas y no capitalistas. -Satisfacer necesidades del cuidado de las familias y comunidades que no son atendidas por el Estado y/o las empresas.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Martínez E. (2019); Martínez J. (2019).

2.1.2.-La economía del cuidado

El concepto de la Economía del Cuidado, desde el enfoque de la Economía Feminista, se refiere al espacio donde la fuerza de trabajo es reproducida y mantenida, incluyendo todas aquellas actividades que involucran al mantenimiento general y del cuidado de las personas (Salvador y Dos Santos, 2016).

Hace referencia al espacio de actividades para la producción de bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas. La economía del cuidado se refiere únicamente a la reproducción social, lo que significa que una tercera persona puede desempeñar funciones de cuidado como alimentar, lavar, planchar, asear, entre otros. Y excluye a todas las funciones que no son delegables.

Entre una de las funciones que proporciona la Economía del Cuidado está el brindar elementos simbólicos que son indispensables para sobrevivir en una sociedad, así como también los bienes que permiten que las personas puedan estar sanas, educarse, fomentar un ambiente propicio para el ser humano. Por tanto, la Economía del Cuidado aporta en tres aspectos importantes:

1. El cuidado material, ya que implica un trabajo.
2. El cuidado económico, debido a que implica un costo.
3. El cuidado psicológico, porque crea un vínculo afectivo en el cual se inculcan valores, elementos indispensables para un buen desarrollo de las personas (Handal y Portillo, 2011).

Es posible subdividir a los cuidados en tres categorías:

1. **Trabajo del autocuidado:** está formado por las actividades que tienen como objetivo mantener la propia vida en condiciones físicas y mentales adecuadas.
2. **Cuidado del hábitat (entorno natural):** actividades para mantener el entorno natural que hace posible la vida, como: el cuidado de fuentes de agua, de plantas que producen el oxígeno para respirar y variedades de semillas; realización de obras de mitigación de riesgos ambientales en comunidades, etc.

3. **Cuidado de otras personas:** actividades para asegurar las condiciones cotidianas de la vida de otras personas que no pueden cuidarse por sí mismas, como niños y niñas, personas de edad avanzada, personas enfermas, entre otras. (Martínez E., 2019).

2.1.2.1.-Los cuidados en la economía

De acuerdo con Álvarez (2018), para analizar el papel de los cuidados dentro de la economía, es necesario diferenciar entre los ámbitos de la economía monetaria y la economía no monetaria, entendiendo al primero como la parte *visible* de la economía y, al segundo, como el segmento *invisible*.

La *economía visible* está conformada por todas las actividades de mercado que contribuyen a generar y sostener la actividad productiva: el consumo de bienes y servicios, las inversiones públicas y privadas, el gasto social, las operaciones de mercado internas y externas, etc.

Estas transacciones de carácter monetario (al ser origen o destino de pagos o remuneraciones), contribuyen, a su vez, a la acumulación de capital y a la recaudación de carácter fiscal; por tanto, están asociadas a la producción del sector privado (a través del trabajo formal o informal), el sector gobierno e incluso el sector de organizaciones no gubernamentales.

Por su parte, *la economía invisible* está conformada por todas las actividades asociadas al cuidado, de carácter no monetario (al no ser origen ni destino de pagos o remuneraciones en el mercado formal).

Sin embargo, las labores del cuidado también se encuentran aportando al mantenimiento de la actividad productiva desde la esfera del sector doméstico, a través de la sostenibilidad de la vida de las personas y la fuerza de trabajo que nutre al esquema económico (Álvarez, 2018).

2.1.3.-Trabajo del cuidado

El cuidado de la vida humana (satisfacción de necesidades vitales) no se logra de manera espontánea ni instintiva (como en el caso de los animales o las plantas), sino que depende de los trabajos del cuidado.

El trabajo del cuidado (llamado también trabajo doméstico o trabajo del hogar) hace referencia a aquél que se realiza para satisfacer las necesidades de otras personas que son incapaces de realizarlas por sí mismas (Gómez, 2008).

El trabajo del cuidado se puede dar en dos direcciones:

1. **Trabajo de cuidado enfocado a la familia:** en esta se incluye el cuidado y atención de los niños y las niñas, cuidado de personas ancianas, cuidado de personas enfermas, preparación de alimentos y realización de otros quehaceres domésticos.
2. **Trabajo de cuidado enfocado a la comunidad:** este tipo de trabajo se encuentra orientado a la prestación de atención a guarderías, clínicas comunales, comedores, asociaciones comunales, entre otros (Handal y Portillo, 2011).

Por lo general, el trabajo del cuidado tiende a confundirse con el trabajo reproductivo, pero a pesar de esta confusión, es muy clara su diferencia: el trabajo del cuidado se refiere únicamente al trabajo reproductivo social, los cuales son planchar, lavar, aseo, entre otros. Por su parte, el trabajo reproductivo en sí incluye las funciones biológicas: gestación, parto y lactancia (Handal y Portillo, 2011).

Asimismo, existen dos ámbitos de realización de los cuidados:

1. Los cuidados que se materializan en el espacio familiar por medio del *trabajo del cuidado no remunerado*.
2. Los cuidados que forman parte de la gama de servicios y comercios, tanto en el sector formal de la economía (tal es el caso de las guarderías y casas de retiro para personas adultas mayores), como en el denominado sector informal de la economía, como es el

caso de la *población trabajadora del cuidado remunerada* en muchos países (Álvarez, 2018).

2.1.3.1.-Trabajo del cuidado no remunerado

El trabajo del cuidado no remunerado es la prestación de cuidados sin recibir una retribución económica; es decir, que no es origen ni destino de pagos o remuneraciones en el mercado formal. Este trabajo incluye cuidados directos a otros, como niñas, niños, jóvenes, personas mayores y personas enfermas o con alguna discapacidad. También contempla otras labores como la compra y preparación de los alimentos, la limpieza o el cuidado de la casa (Gómez 2008).

Álvarez (2018) señala que, según el marco conceptual de la Encuesta Nacional del Uso de Tiempo de El Salvador, elaborado por La Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), el trabajo doméstico no remunerado satisface necesidades que permiten la reproducción social. Esto aumenta la disponibilidad de bienes y servicios de la economía nacional en beneficio de los individuos, los hogares y la sociedad. Asimismo, reconoce que la actividad del trabajo doméstico no remunerado realizado dentro del hogar sigue siendo invisible y no valorada socialmente (Álvarez, 2018).

2.1.4.- Organización social de los cuidados

Abordar de forma tradicional la economía obliga a pensar que asociar el término “cuidado” al concepto de economía se reduce a concentrarse en aquellos aspectos de este espacio que generan o contribuyen a generar valor monetario. Es decir que, un abordaje de este tipo se limitaría a analizar cómo las sociedades organizan el cuidado de sus integrantes y las formas de retribución de las acciones del cuidado, con un énfasis técnico de contabilizar y reconocer el trabajo no remunerado que está siendo desarrollado principalmente por mujeres. (Álvarez, 2018).

La falta de reconocimiento del trabajo del cuidado es una forma de invisibilizar a esta población, tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en países que presentan un alto índice de pobreza (Handal y Portillo, 2011).

A pesar de que se vuelve primordial visibilizar las actividades del cuidado en el ámbito de la economía real e incorporar a la población que cuida a los beneficios de la formalidad, desde la Economía Feminista predomina la idea de enlazar la importancia de los cuidados en el mantenimiento del sistema económico, así como la fuerza transformadora de un abordaje integral de los mismos, a partir de dos objetivos:

- a) Visibilizar el rol sistémico del trabajo del cuidado en el marco de sociedades capitalistas.

- b) Describir las implicaciones que la organización social de los cuidados tiene sobre las mujeres (Álvarez, 2018).

Desde la Economía Feminista es posible identificar propuestas para una nueva organización social de los cuidados que reconozca, reduzca y redistribuya el trabajo de cuidados, entre la totalidad de sus miembros e instituciones. Álvarez (2018) presenta un esquema basado en las denominadas “3R” del trabajo del cuidado:

1. **Reconocimiento del cuidado:** el reconocimiento del cuidado pasa por su medición y vinculación con la generación del ingreso en la economía, pero trasciende al ámbito del diseño e implementación de políticas sociales para reducir la desigualdad en las labores del cuidado y, sobre todo, transformar las relaciones de poder existentes.

2. **Reducción del cuidado:** la reducción del cuidado se refiere a la eliminación de aquellas tareas del autocuidado, cuidado de otras personas y cuidado del entorno que se derivan de la falta de hospitales especializados, sistemas integrales de guarderías o falta de acceso a servicios básicos de calidad. Es decir, la reducción del cuidado a partir del levantamiento de una infraestructura integral de cuidados de carácter pública o de carácter regulado, garantizada desde el sector empleador.

3. **Redistribución del cuidado:** la tercera “R” se refiere a interpretar el cuidado como una tarea social y colectiva. Es decir, abordar el tema con un enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados que incluya en el diseño de estrategias sociales de los cuidados, con un papel equitativo para hombres y mujeres, grupos familiares, el Estado y empleadores.

El análisis de las relaciones del cuidado desde la Economía Feminista permite tener una visión transformadora de la organización social de los cuidados, fundamentada en la importancia de las labores del hogar y el trabajo de los cuidados para sostener la red de la vida de las personas y, por tanto, de la sociedad.

2.1.4.1.- Impactos de la organización social de los cuidados en las mujeres.

En la mayoría de los esquemas de organización económica, las remuneraciones, las obligaciones tributarias, seguros de salud y de vida, licencias parentales, subsidios, pensiones y otros beneficios de la protección social, están asociados al sector formal y monetario. Aunque la población trabajadora del cuidado remunerada participa en actividades por las cuales obtienen algún nivel de ingresos, normalmente se ubica en el denominado “sector informal” de la economía. Y a pesar de ser un segmento de actividades visibles para la economía, queda fuera de la regulación de los mercados y de los beneficios de la protección social (Álvarez, 2018).

Por otra parte, el hecho de que las mujeres sean quienes asumen la mayor cuota de trabajo del cuidado no remunerado (al tener mayores responsabilidades en la esfera reproductiva) tiene importantes implicaciones para su autonomía. La limitación de oportunidades para participar en el mercado de trabajo que imponen las responsabilidades del hogar restringe las posibilidades de independencia económica; es decir, la disponibilidad de ingresos propios y de recursos de protección social para la satisfacción autónoma de las necesidades.

Es importante recalcar que el concepto de *autonomía* se refiere a la expansión de la libertad de escoger y de actuar. Por lo tanto, la libertad para optar por un trabajo remunerado está limitada por el nivel de equilibrio que mujeres y hombres puedan establecer entre el trabajo remunerado y el trabajo del cuidado no remunerado.

Las posibilidades de independencia económica se reducen, no solo en el corto plazo, sino también durante la vejez, ya que las pensiones y los beneficios de atención asociados con la jubilación, tienden a depender del tiempo dedicado al empleo remunerado y, de manera particular, al empleo en el sector formal de la economía.

Para la alta proporción de mujeres que pasan una gran parte de sus vidas fuera del mercado de trabajo, e incluso para aquellas que realizan trabajo remunerado de manera informal o irregular, el acceso a los beneficios de la seguridad social frecuentemente se hace posible sólo a través de la relación con un cónyuge empleado. Para estas mujeres, la protección social se convierte en un derecho derivado y no en un derecho ciudadano, situación que ocurre tanto en el ámbito privado como en el público (Gómez, 2008).

El trabajo del cuidado no remunerado, en definitiva, determina el acceso a la seguridad social de la población que lo realiza. La población que se dedica a estos cuidados sufre los impactos de la sobrecarga de trabajo no remunerado en tanto tienen menos condiciones económicas para derivar tareas de cuidado al ámbito mercantil. Además, solo tienen acceso a servicios públicos y a programas de política social que se implementen en la zona geográfica que habitan (Escobar, 2018b).

2.2.- Protección social

Según Fleury y Molina (2000), las transformaciones sociales, políticas y económicas que ocurrieron a causa de la Revolución Industrial del siglo XIX, tuvieron un gran impacto en la forma de vivir y operar de las sociedades de la época, por lo que fue necesario reconocer los problemas a enfrentar ante estas nuevas condiciones de trabajo en las urbes.

Habiendo quedado atrás las relaciones feudales de producción, en las que la pobreza estaba vinculada a la relación de tutela entre las personas trabajadoras y las que poseían los feudos, la pobreza es ahora concebida como un problema político, dado que ahora los individuos, en calidad de ciudadanos, tienen el reconocimiento de una igualdad humana básica.

La ruptura de las anteriores relaciones tradicionales de autoridad y solidaridad, causada por el desarrollo de las sociedades capitalistas industrializadas, conllevó a la configuración de un nuevo orden social, generando actores colectivos con demandas políticas.

Los movimientos masivos de personas desde el campo a las ciudades para trabajar en las industrias nacientes causaron que las relaciones de solidaridad tradicionales se vieran sustituidas por la creación de grupos relativamente homogéneos de personas trabajadoras, con lo que la organización y movilización de estas personas llevó a la consolidación de la clase

obrera. Esta clase adquiriría poder político con la creación de partidos obreros y socialistas. Además, la acumulación de la riqueza surgida de los avances en la productividad, así como la consolidación del cuerpo burocrático estatal, conllevaron a la intervención del Estado para la creación y administración de mecanismos e instituciones para la aplicación de políticas encaminadas a enfrentar los problemas sociales, como la garantía de condiciones mínimas de vida de los ciudadanos (Fleury y Molina, 2000).

2.2.1.- Definición

Las concepciones de la protección social han ido evolucionando a través del tiempo; sin embargo, la idea central del concepto radica en la necesidad de mitigar los riesgos sociales, con el objetivo de garantizar el bienestar de las personas que conforman estas sociedades.

De forma conceptual, la protección social se entiende como el conjunto de iniciativas, tanto públicas como privadas, que proporcionan transferencias de ingresos o de consumo, protección de los riesgos de subsistencia y aumento de la condición social de los grupos de personas pobres, vulnerables y marginadas, con el objetivo general de reducir sus vulnerabilidades económicas y sociales (Escobar, 2017).

Devereux y Sabates-Wheeler (2007) establecen una definición operativa de la protección social:

“La protección social es el conjunto de iniciativas, tanto formales como informales, que proveen: asistencia social para las personas y hogares en extrema pobreza; servicios sociales a los grupos que requieren cuidados especiales o que de otra forma no tendrían acceso a servicios básicos; seguro social para proteger a las personas de los riesgos y consecuencias de crisis de subsistencia; y equidad social para proteger a las personas de riesgos sociales como la discriminación o el abuso” (Devereux y Sabates-Wheeler, 2007, p. 9).

Es importante considerar que el tratamiento que se aplica en las distintas sociedades responde de manera particular a sus situaciones específicas, por lo que se evidencian marcadas diferencias entre regiones en cuanto a la configuración de sistemas de protección social se trata. Estas situaciones son el resultado de los procesos de desarrollo económico, la

configuración de los grupos sociales de la población, y el proceso político de las luchas sociales.

Si bien el objetivo general de la protección social es el de garantizar el bienestar de las personas, especialmente aquellas más vulnerables, la aplicación de los programas de protección social varía según los objetivos específicos que se persigan.

Desde una perspectiva de corto plazo, las medidas a adoptar estarían encaminadas a la asistencia en tiempos de crisis para la satisfacción de necesidades básicas inmediatas, mitigando el impacto de situaciones temporales de carencias, como crisis o choques económicos. Por otro lado, formas de protección enfocadas a largo plazo apuntan a lograr que las personas puedan salir de su situación de vulnerabilidad de forma permanente, a través de acciones que contribuyan al fortalecimiento de la fuerza laboral, equidad y estabilidad social (Escobar, 2017).

2.2.2.- Medidas de protección social

Devereux y Sabates-Wheeler (2007) plantean cuatro tipos de medidas de intervenciones de protección social:

- **Medidas de protección:** son aquellas que buscan proporcionar alivio a las privaciones. Las medidas de protección incluyen *asistencia social* para las personas que se encuentran en condiciones crónicas de pobreza, especialmente a quienes no son capaces de trabajar para garantizar su subsistencia. Estos programas de *asistencia social* suelen incluir transferencias directas de recursos dirigidas a grupos objetivos, como beneficios de discapacidad, pensiones para personas adultas mayores, entre otros. Además, se incluye en esta clasificación otras medidas catalogadas como *servicios sociales*, entre las cuales se puede mencionar los orfanatos, centros de atención para personas refugiadas y desplazadas, así como la abolición de costos relacionados a salud y educación, con el objetivo de extender el alcance de servicios básicos para las personas en situación de extrema pobreza.
- **Medidas de prevención:** son las acciones encaminadas a prevenir privaciones, que lidian directamente con el alivio a la pobreza. Éstas incluyen *seguro social* para

personas que han caído o están por caer en situación de pobreza y que necesiten asistencia para recuperarse de situaciones de crisis de subsistencia. Los programas de seguro social contemplan sistemas formales de pensiones, seguro de salud, así como beneficios de maternidad y desempleo; dichos sistemas suelen ser financiados de manera tripartita por los empleadores, empleados, y el Estado. En estas medidas también se contemplan acciones informales, como cooperativas de ahorros y estrategias de diversificación de riesgo dentro de comunidades (como diversificación de cultivos, por ejemplo).

- **Medidas de promoción:** son aquellas cuyo objetivo es el aumento de las capacidades de las personas, a través de una variedad de programas dirigidos a individuos y hogares, que les permitan un aumento en la cantidad y estabilidad de sus ingresos, contribuyendo a la mejora de sus condiciones de vida. Algunos ejemplos son los programas de alimentación escolar, que incentivan la asistencia y promueven mejores resultados en el aprendizaje, así como accesos a microcréditos, que contribuyen a la estabilización del ingreso y acceso al consumo.
- **Medidas de transformación:** buscan abordar las cuestiones de *equidad social*, a través de intervenciones para proteger de la discriminación a grupos sociales vulnerables, como personas con discapacidades o víctimas de violencia doméstica, por medio de cambios en los marcos regulatorios. Además, también se incluyen campañas de sensibilización de la población que contribuyan a transformar las actitudes y comportamientos de las personas, para una mejora de la equidad social.

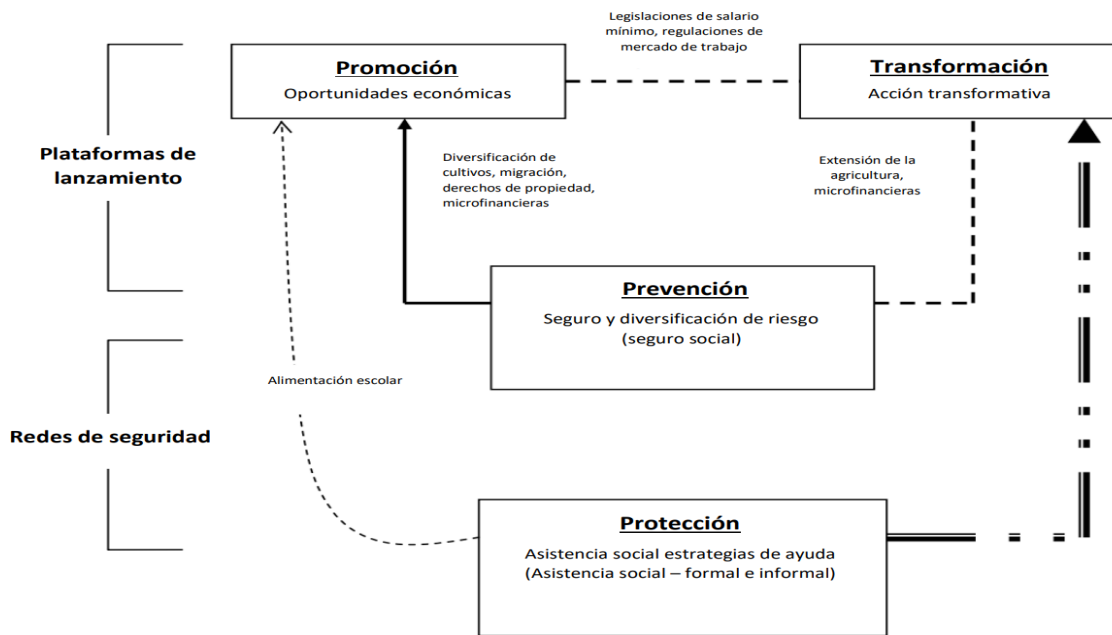
Para ayudar a comprender la relación existente entre las diferentes medidas de protección social, Devereux y Sabates-Wheeler (2004) presentan un diagrama (Ver diagrama 1) en el que se ilustra la relación entre las medidas mencionadas, consolidando el establecimiento de un marco conceptual para entender la protección social.

Las líneas sólidas indican relaciones directas, como el caso de las medidas de prevención y las de promoción, ya que estas acciones preventivas permiten el acceso a oportunidades que no hubiesen estado disponibles sin ellas. Las líneas gruesas segmentadas señalan una relación que es menos evidente, como el de algunas medidas de protección que pueden llegar

a tener un efecto transformativo; por ejemplo, la ampliación de acceso a microfinancieras puede tener un efecto de empoderamiento y mejora de sus condiciones económicas.

Las líneas delgadas segmentadas indican relaciones débiles, como el potencial de promoción que puede existir desde programas de asistencia; por ejemplo, el caso de la alimentación escolar y su contribución al aumento de oportunidades económicas futuras, gracias a un efecto en la asistencia y resultados obtenidos por el estudiantado.

Diagrama 1. Relación existente entre las diferentes medidas de protección social



Fuente: tomado de Devereux y Sabates-Wheeler (2004, p. 12).

2.2.3.- Evolución de la concepción de protección social

El desarrollo de las ideas relacionadas a la protección social ha ido evolucionando y ampliándose a través del tiempo, aumentando el alcance de los objetivos de las medidas implementadas.

Una de las primeras acciones de política de protección social implementadas es la de las denominadas “leyes de los pobres” (*Poor Laws*), surgidas en Inglaterra y retomadas en otras regiones, y que tuvieron vigencia hasta inicios del siglo XIX. Estas leyes estaban desarrolladas bajo una premisa de asistencia social, ya que estaban destinadas a mitigar la problemática de

personas en extrema pobreza que deambulaban por las calles, por medio de asistencia económica y provisión de trabajos en talleres (*workhouses*), con el objetivo de que realizaran labores que les permitieran obtener ingresos para sustentarse. Estos programas eran financiados por medio de impuestos pagados por dueños de propiedades.

Posteriormente, con los cambios económicos y sociales traídos por la revolución industrial y la consolidación del capitalismo, comienza a concebirse la idea de la seguridad social. Según Mesa-Lago (2005), los orígenes de la seguridad social se remontan al año 1883, en Alemania, donde se implementó un programa de Seguro Social con el objetivo de proteger a los trabajadores de riesgos sociales tales como enfermedad, vejez e invalidez; uno de sus principios era la obligatoriedad de las cotizaciones por parte de empleadores y trabajadores para contribuir a dicho sistema. Estas ideas fueron adoptadas en otros países de la región europea. Luego del fin de la Primera Guerra Mundial, se funda la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que adopta la seguridad social como instrumento fundamental para la protección de las personas trabajadoras y sus familias.

Sin embargo, la concepción moderna de la seguridad social fue planteada por Sir William Beveridge, en 1942, con la publicación de *El Seguro Social y sus Servicios Conexos*, donde proponía que la seguridad social debe estar integrada por programas de seguro social y de asistencia social, así como seguros voluntarios complementarios. Además, en este trabajo se expresaba una serie de principios de esta concepción de seguridad social, dentro de los cuales se planteaba la unificación administrativa del servicio público y la uniformidad en términos de cotizaciones y prestaciones (Mesa-Lago, 2005).

En su Declaración de Filadelfia de 1944, la OIT elevó la seguridad social a un instrumento internacional, exhortando a que su cobertura se extendiera. La seguridad social fue posteriormente establecida como un derecho de toda persona que forma parte de la sociedad, dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

La seguridad social es conceptualizada como una inversión en la fuerza de trabajo que permite su fortalecimiento y aumento de capacidades, contribuyendo a la ruptura de la transmisión intergeneracional de la pobreza. Además, los beneficios que se obtienen en situaciones de enfermedad o incapacidad contribuyen a la reducción de riesgo de caer en situación de pobreza ante la ocurrencia de enfermedades o accidentes.

La continuidad de la labor de la OIT en la ampliación de las ideas relacionadas a la protección social llevó al planteamiento de un “paquete esencial de prestaciones”, que trataba de asegurar ingresos suficientes y apoyo focalizado a grupos vulnerables, como la niñez, personas adultas mayores y personas desempleadas; esto con el objetivo de que se mantuvieran por encima de la línea de pobreza. Estas acciones tendrían un carácter similar al de la asistencia social, en tanto que no estarían sujetos a contribuciones como en los sistemas de seguridad social. Estos planteamientos siguieron evolucionando, con lo que luego se iniciaba la concepción de los *pisos de protección social*, que consisten en un primer nivel de prestaciones básicas, garantizadas como derechos, combinadas con un piso superior conformado por seguros voluntarios regulados (Escobar, 2017).

Concepción actual de la protección social

Culminando con los pisos de protección social se ha llegado a una concepción que considera la protección social como un derecho humano, de manera que se plantea una serie de principios por los cuales ha de regirse: *universalidad*, que consiste en garantizar determinadas protecciones y beneficios a todos los miembros de la sociedad en cantidad y calidad necesarias para que participen plenamente en sociedad; *solidaridad*, que plantea que el financiamiento de las políticas se acopla a la capacidad económica individual; y *eficiencia*, que consiste en la utilización óptima de los recursos públicos destinados a la política social, de manera que se maximice el alcance de las mismas (Escobar, 2017).

2.2.4.- Regímenes de protección social

Los sistemas de protección social pueden ser clasificados según la manera en la que son financiados: contributivos y no contributivos (Escobar, 2017).

El régimen contributivo se conforma mayormente por los sistemas de seguro social, establecidos para la población asalariada, quienes, en conjunto con su empleador, pagan una contribución en función de sus salarios para poder acceder a los beneficios que se brindan. Esto genera problemas importantes, ya que este tipo de protección excluye a personas que no se dedican a actividades productivas dentro del sector formal de la economía, lo que afecta particularmente a las mujeres, quienes tienen una mayor propensión a dedicarse a actividades

de cuidados no remunerados, por lo que no tienen acceso a los beneficios de este tipo de sistema.

Por otro lado, el régimen no contributivo no se encuentra amarrado a las relaciones laborales, y consiste en programas de transferencias y servicios que no se encuentran sujetos a aportes, sino que están financiados por el Estado mediante la recaudación general, y que no están condicionados a la demostración de necesidad, sino que se rigen por el principio de solidaridad y del enfoque de la protección social como derecho humano, entre los que se encuentra la atención médica, pensiones por vejez e incapacidad, así como asignaciones familiares. Sin embargo, a pesar de los principios por los que se rigen, las limitaciones en la implementación de programas de protección de este tipo resultan en una aplicación focalizada para paliar la pobreza de grupos vulnerables particulares, por lo que, en la práctica, estas acciones frecuentemente se traducen en programas de asistencia social.

2.2.5.- Atención de salud esencial

La protección social desde el régimen no contributivo se enfoca en garantizar la seguridad de ingresos mínimos para la reproducción de la vida de todas las personas (incluyendo: desempleados, ancianos, discapacitados), seguido del acceso a la atención de salud esencial de toda la población, gozando de los servicios y atenciones médicas necesarias.

Tomando en cuenta que el acceso a los servicios de salud debe ser garantizado para toda la población, se tiene como punto de partida la protección social que abarca la cobertura y accesibilidad integral tanto financiera como geográfica, para todo ser humano como garantía a los derechos humanos.

Por lo tanto, el objetivo de la protección social desde el acceso esencial a la salud, es alcanzar un acceso universal en la calidad de los servicios y la atención de salud ante enfermedades o invalidez, garantizando así una buena salud que permita a las personas trabajar y generar ingresos. Esto tiene un impacto en el crecimiento y desarrollo económico, ya que la falta del acceso a la salud según la (OIT, S.F) *“tiene repercusiones sociales y económicas significativas, y suele conducir a las personas a la pobreza y a excluirlas del mercado laboral”*. Por lo tanto, es imprescindible proporcionar una cobertura de atención integral de manera equitativa a cada ser humano, sin importar su condición económica, cultural o social.

Sin embargo, para implementar un sistema universal del acceso a la atención de salud esencial, es necesario disponer de un punto de partida que permita lograr una reforma institucional de los sistemas de seguridad social de los países alrededor del mundo, de manera que tanto hombres y mujeres, como sus familias, puedan acceder a servicios adecuados del sistema o de algún subsistema existente, sin que los niveles de ingresos de estos conformen un factor restrictivo para su acceso. Esto vuelve necesaria la intervención de órganos internacionales que marquen el camino a seguir: desde los aspectos normativos que constituyen los sistemas de seguridad social, así como los avances en materia de protección social.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1.- Tipo de investigación

La investigación realizada es de tipo exploratorio y descriptivo, ya que, con la información obtenida, se busca realizar un análisis de la protección social no contributiva en El Salvador, con enfoque en el acceso a la atención de salud esencial de las personas trabajadoras del cuidado no remunerado, que permita proponer mejores prácticas para el fortalecimiento del derecho de acceso a la atención de salud esencial de esta población.

3.2.- Grupo poblacional

La información que se extrajo para realizar la investigación se centra en la *población trabajadora del cuidado no remunerado*. Es decir, quienes realizan labores para satisfacer las necesidades de otros que son incapaces de realizarlas por ellos mismos (por ejemplo, niños y niñas, personas de edad avanzada, o personas enfermas), de carácter no monetario, es decir que no es origen ni destino de pagos o remuneraciones en el mercado formal (Álvarez, 2018; Handal y Portillo, 2011).

Para identificar y cuantificar a la población trabajadora de cuidados no remunerados, se ha realizado una revisión de las estadísticas de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) desde 2009 hasta 2019, así como de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT), del año 2017. De esta manera es posible también identificar el comportamiento de los indicadores pertinentes durante el periodo, lo que contribuye a un panorama más amplio de la situación de esta población en los últimos años, y de cómo se da la distribución de las labores de cuidado no remunerado en la sociedad.

Continuando con la identificación de la población trabajadora del cuidado no remunerado, es necesario revisar las actividades a las que las personas económicamente inactivas se dedican. Al igual que la tasa de participación, con lo cual la homogeneidad de los datos permite obtener un promedio representativo para el periodo, lo que contribuye al análisis de la información.

A pesar de existir dificultades para identificar las condiciones sociodemográficas de esta población, se han hecho esfuerzos por avanzar en materia del reconocimiento del aporte que brindan a la economía, a través de la elaboración Cuenta Satélite de Hogares 2010, cuyo objetivo es la cuantificación del valor económico de las actividades del cuidado no remunerado.

3.3.- Matriz de congruencia

Tabla 3. Matriz de congruencia

Objetivo General	Objetivos Específicos	Instrumentos	Tratamiento de la información	Método
Realizar un análisis del Sistema de Protección social no contributiva, en su capacidad para garantizar el acceso a la atención de salud en El Salvador, de la población trabajadora del cuidado no remunerado para el período 2009 - 2019.	1.-Examinar el marco jurídico nacional e internacional que sostiene las bases de la cobertura y el acceso a salud, en el marco de derechos humanos.	Pactos y convenios internacionales. Legislación nacional.	Exposición y análisis de los instrumentos normativos nacionales e internacionales.	Estudio exploratorio y descriptivo, con elementos cualitativos y cuantitativos.
	2.-Caracterizar a la población trabajadora del cuidado no remunerado, a través de la recolección y análisis de datos obtenidos de instrumentos estadísticos existentes, en El Salvador, durante el periodo 2009 a 2019.	Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT), del año 2017, Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2009 a 2019, Cuenta Satélite de Hogares 2010 y estadísticas del Banco Central de Reserva (BCR).	Revisión y análisis de los datos obtenidos identificando el comportamiento de los indicadores pertinentes.	
	3.-Analizar las intervenciones públicas de protección social con énfasis a garantizar el acceso no contributivo a la salud, realizado de junio 2009 a diciembre 2019.	Políticas y acciones de protección social vinculadas al acceso de la salud de las mujeres, junio 2009 a diciembre 2019.	Exposición de las políticas y acciones concretas.	
	4.-Analizar buenas prácticas tomadas por Chile, Uruguay y Costa Rica, con el fin de	Informes y estadísticas oficiales en	Investigación y revisión de los avances positivos	

Objetivo General	Objetivos Específicos	Instrumentos	Tratamiento de la información	Método
	extraer lecciones para el fortalecimiento del derecho de acceso a la atención de salud esencial de la población trabajadora del cuidado no remunerado en El Salvador.	materia de acceso a la salud.	en los sistemas de salud de Chile, Uruguay y Costa Rica; en base a esto se plantearon recomendaciones.	

Fuente: elaboración propia.

3.4.- Metodología de la investigación

La metodología de la investigación es de tipo bibliográfico. Se ha realizado una labor consulta de libros, tesis, folletos, revistas, boletines, entrevistas, así como otros tipos de información escrita y audiovisual considerada relevante y necesaria para realizar la investigación.

3.5.- Método e instrumento de la investigación

El método que se utilizó para la recolección de la información fue el método inductivo-deductivo, fundamentado en la técnica de análisis documental. Se ha elaborado una investigación de la normativa pertinente a la atención esencial de salud desde el enfoque de seguridad social y de protección social no contributiva: se abordan las leyes y normativas estatales, además de los convenios internacionales con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las acciones realizadas por el Estado en conformidad a los pactos internacionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en materia de Derechos Humanos. Se presenta a su vez, una investigación de las políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, analizando dos períodos: durante el gobierno del presidente Mauricio Funes, período junio 2009-mayo a 2014, y durante el gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén, período junio 2014 - mayo 2019. Además, se presenta una revisión de las primeras acciones en materia de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, tomadas por el gobierno del presidente Nayib Bukele, durante el período de junio a diciembre de 2019.

3.6.- Procedimiento

Los responsables de la recolección de datos e información fueron todos los miembros del grupo de investigación. Con la información que se obtuvo se encontró que no es posible determinar con exactitud el cumplimiento de los derechos para población trabajadora del cuidado no remunerado, ya que en el país no se cuenta con las instituciones ni con los instrumentos adecuados para medir con precisión el impacto de las acciones de política, en materia de protección social en salud, que se llevan a cabo en el país. Y lo único posible de determinar y conocer es la distribución de personas económicamente activas e inactivas, mediante la recopilación de datos, desde 2009 hasta 2019. De esta manera se puede observar el comportamiento de esta distribución a través del tiempo. Además de ello, se utilizan los datos según el sexo de las personas, para identificar el comportamiento de la distribución del trabajo entre mujeres y hombres, lo cual permite tener un acercamiento a la brecha de género dentro de la tasa de participación laboral.

CAPÍTULO IV MARCO JURÍDICO

4.1.- Consolidación de la protección social en base al surgimiento del marco jurídico

La visión sobre la atención de salud esencial se ha transformado a lo largo del tiempo conforme ha evolucionado el pensamiento y la política económica, por lo que los primeros indicios de atención a salud en El Salvador se dan en 1926, año para el cual ya se encontraba creado el primer Código de Sanidad. Es en este año cuando el Poder Ejecutivo crea, a través de la Subsecretaría de Beneficencia, servicios de asistencia gratuita para las personas pobres y en condiciones de escasez pecuniaria. Tomando los inicios del siglo XX, hasta los años 30, donde se da la depresión económica que trae consigo el surgimiento de la crisis cafetalera en El Salvador, es cuando las políticas de salud se encontraban enmarcadas dentro del Código de Sanidad, el cual brindaba atención antilarvaria, vacunas y primeros auxilios, así como servicios esenciales de atención primaria de salud. Esto refleja que la forma de concebir la asistencia social radicaba en atención destinada para quienes carecían de recursos económicos: solamente era vista como caridad para las personas más necesitadas, y no como un derecho igualitario de cada ser humano. Es hasta 1948, con la creación del Ministerio de Asistencia Social, que comienzan los avances en materia de atención de salud para toda la población (Ministerio de Salud, 2015).

Siendo El Salvador uno de los países firmantes originarios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en diciembre de 1948, la Constitución Política de 1950 ya contempla los Derechos Humanos, con lo que se comienza a realizar nuevos esfuerzos por el desarrollo de las políticas para alcanzar un sistema integral de salud. Es por ello que el Ministerio de Asistencia Social se convierte en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), llevando a cabo en los años siguientes proyectos junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de aumentar las capacitaciones y así encaminar la salud a servicios integrales (Ministerio de Salud, 2015).

En 1954 se inician los servicios de asistencia médica más técnica para la población salvadoreña; dicho resultado vino antecedido por una serie de acciones tomadas desde 1949 con la creación de la primera Ley del Seguro Social, montando la infraestructura necesaria para abrir una red hospitalaria (ISSS, 2012).

Consecuentemente, se aumentó el número de establecimientos de salud privados (Hospital Materno-Infantil “1º de Mayo”, Unidad de Litotripsia Extracorpórea, Seguros Sociales para los trabajadores de Alcaldías) y públicos (hospitales, centros de salud, unidades de salud, puestos de salud, puestos comunitarios y dispensarios de salud).

Debido a la inestabilidad política, social y económica a la cual se enfrentaba El Salvador, en la década de 1980 se desencadena un conflicto armado que culmina hasta 1992 con la firma de los Acuerdos de Paz. Es debido a esa situación que los avances en materia de política social quedan temporalmente desplazados. Entrando al periodo de posguerra, comienzan a desarrollarse políticas sociales asistenciales y compensatorias para las personas más desprotegidas a consecuencia del conflicto armado.

Continuando con los proyectos de modernización del sistema sanitario, se crea en el año 2000 el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), teniendo como fin el integrar una participación activa de las comunidades, y de esta forma brindar servicios efectivos de atención primaria de salud para contribuir a un mejor funcionamiento de los sistemas de salud. Un importante avance en esta dirección es la creación del Fondo Solidario para la Salud, (FOSALUD), el cual nace de una reforma fiscal en el año 2004, surgiendo de la idea principal de crear un fondo proveniente de los impuestos de productos nocivos para la salud, y de esta manera utilizar estos recursos para ampliar la atención de las unidades de salud (FOSALUD, 2020).

Entre 2007 y 2009, el aumento de los precios internacionales y el contexto de la crisis económica mundial fueron causa de un importante impacto en el crecimiento y desarrollo económico, disminuyendo los ingresos de los hogares y aumentando la pobreza. Eso hizo necesaria la creación instrumentos para disminuir los efectos negativos de esta crisis (FUSADES, 2016).

Entre estos instrumentos se destaca la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2007, que en 2019 pasa a ser la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Su finalidad es *“Asistir de manera interrelacionada, articulada, coordinada y complementaria las instituciones de la red pública de salud, para garantizar de manera más eficiente el derecho a la salud de la población, mediante el acceso universal a la salud, la cobertura universal de salud en forma equitativa, oportuna y de calidad”* (Ministerio de Salud, 2017). Es después de la creación del SNS que se articulan las reformas de salud en 2009, ayudando a la desfragmentación del

sistema de salud. Debido a la situación que pasaba El Salvador debido a la crisis, comenzó a tener más fuerza la política social y el enfoque de derechos, concretizándose con la creación del Sistema de Protección Social Universal (SPSU) en 2010.

La creación del SPSU representa un avance importante en la forma de concebir los derechos humanos, situándolos a lo largo del ciclo de vida y el manejo de riesgos, con lo cual se busca cada vez más implementar políticas para la reducción de vulnerabilidad y el aumento de la protección de todas las personas, con especial atención para las más vulnerables. En esta línea nace como programa Ciudad Mujer en 2012, buscando garantizar la realización de las mujeres y fomentar el pleno respeto de sus derechos, de manera que logren tener una vida digna. Ciudad Mujer ofrece diferentes servicios de salud sexual y reproductiva, prevención y atención a la violencia, fortalecimiento de las capacidades productivas y empresariales, educación colectiva y atención infantil para los hijos de las usuarias (FUSADES, 2016).

En 2012, la OIT procura como recomendación los Pisos de Protección Social, desarrollados para prevenir, reducir y eliminar gradualmente las vulnerabilidades sociales y económicas que determinan la pobreza y las privaciones. En materia de acceso de salud esencial de la población son necesarias las siguientes garantías básicas según (CEPAL, 2016):

- Seguridad básica del ingreso para los niños.
- Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa y que no puedan obtener ingresos suficientes, en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.
- Seguridad básica del ingreso para las personas adultas mayores.

Los avances en temas de protección social universal permitieron que en 2013 se diera la iniciativa de la Ley de Desarrollo y Protección Social (LDPS), aprobada en 2014, que representa un paso decisivo para comenzar a consolidar los programas sociales encaminados a un sistema eficiente e integral de protección social donde se garantice la protección de las personas sin importar que el régimen al que pertenezcan sea contributivo o no contributivo; un sistema para proteger a la población más vulnerable, reduciendo la desigualdad y discriminación, fomentando el desarrollo económico y social desde la política social.

Si bien el SPSU fue creado en 2010, es con la aprobación de la LDPS que este se institucionaliza, ya que dicha ley es el marco legal responsable de orientar el actuar del Estado

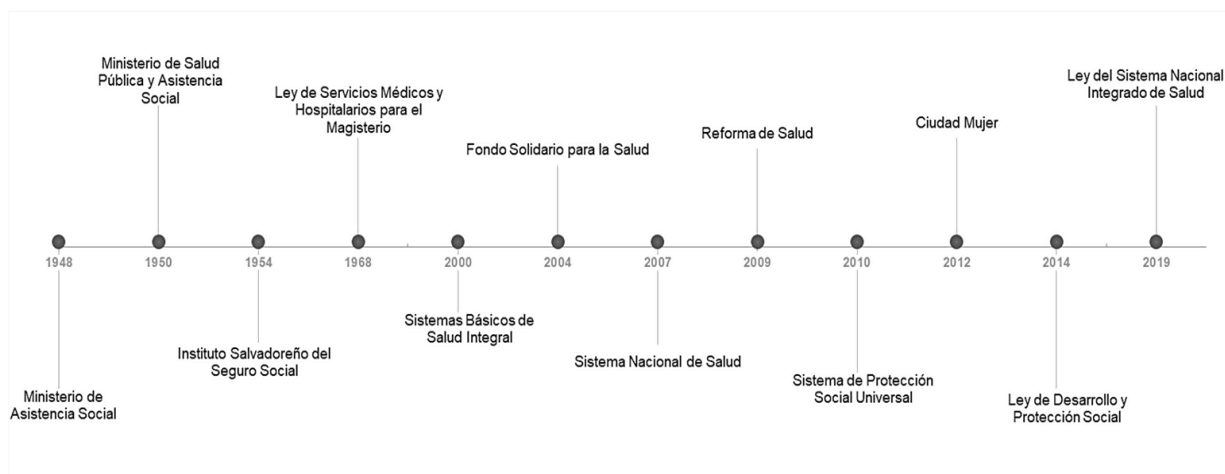
para el desarrollo humano, protección social y cumplimiento de derechos. Según su artículo 23, esta ley tiene por objetivo coordinar la ejecución y cumplimiento de la Política Social.

Este sistema contará, según la CEPAL (2016), con: *“un Subsistema de Protección Social Universal que será la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social (Art. 27), dirigido por el presidente de la República y coordinado a través de la institución gubernamental que éste determine”* (p.28). Según el artículo 30 de la LDPS, se deberá garantizar los siguientes programas y acciones:

- Comunidades solidarias, urbanas y rurales.
- Dotación de uniformes, zapatos y útiles escolares.
- Alimentación y salud escolar.
- Programa de Apoyo Temporal al Ingreso.
- Ciudad Mujer.
- Pensión Básica Universal.
- Programa de Agricultura Familiar.
- Paquetes agrícolas.
- Acceso y cobertura universal a la salud integral, pública y gratuita.
- Acceso y mejoramiento de vivienda.
- Infraestructura social básica
- Atención integral a la primera infancia.

En síntesis, el diagrama 2 muestra la evolución de la atención de salud en El Salvador a través del tiempo. Partiendo desde la creación del Ministerio de Asistencia Social, se recogen todos los esfuerzos realizados no solo en materia de seguridad social, sino también de los avances en la protección social con enfoque de derechos humanos y género, para que las políticas implementadas contribuyan a la igualdad de oportunidades y el desarrollo pleno de las personas.

Diagrama 2. Evolución de la atención de Salud en El Salvador



Fuente: elaboración propia.

4.2.- Marco Jurídico internacional

La normativa de la que parte la protección social hace referencia a un conjunto de derechos, reglamentos y normas dictadas por múltiples organizaciones a nivel regional y mundial, aunque las regulaciones pertinentes son evaluadas por cada país. Por ende, lo que la normativa internacional marca es solamente una pauta para la regulación de ciertas actividades del individuo desde un marco implementado por los distintos Estados, desde un enfoque jurídico, institucional y constitucional, debiendo cumplirse por los sujetos a los que va dirigido dentro de la sociedad; ante su infracción o no cumplimiento, la norma conllevará a una sanción que debe ser cumplida por el sujeto infractor.

La utilidad primaria de la normativa internacional en materia de protección social dentro de la sociedad, es la de estructurar y ser punto de partida para la regulación e implementación de leyes dentro de cada territorio, desde las múltiples aristas que conforman la protección social, además de tener como fin básico la organización efectiva de todos los elementos que darán avance para poder alcanzar de manera satisfactoria la reducción del riesgo y la vulnerabilidad de tipo social y económico, así como el establecimiento de políticas y reglas que logren aliviar la pobreza.

4.2.1.- Normativa Internacional sobre Derechos Humanos

Los derechos humanos como movimiento internacional se fortalecieron con la Declaración Universal de Derechos Humanos por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas y, según La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, S.F), los derechos humanos son “un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse”, estableciéndose los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, los cuales todos los seres humanos deben gozar.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sus dos protocolos facultativos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, forman la llamada “Carta Internacional de Derechos Humanos”, cuyo documento posee consideraciones de carácter internacional, siendo usadas como escala en la conducta de los Estados y la protección para el cumplimiento de los derechos humanos, utilizada normalmente para citarse en leyes, legislaciones o constituciones de muchos países.

Tabla 4. *Documentos legales que conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos*

Fecha	Documento
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
1966	Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
1966	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
1989	Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte

Fuente: elaboración propia con base en información de ACNUDH.

Una serie de tratados internacionales de derechos humanos y otros instrumentos adoptados desde 1945, han conferido una base jurídica a los derechos humanos inherentes y han desarrollado el conjunto de derechos humanos internacionales. Dentro del plano regional e internacional se han adoptado, a través del tiempo, diversos instrumentos que establecen mecanismos de protección y respeto en materia de derechos humanos (ACNUDH, s.f.).

Por otra parte, se tiene como esfuerzo para promover los derechos igualitarios la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, realizada el 18 de diciembre de 1979, donde los Estados miembros consideraron como punto de referencia la

Carta de las Naciones Unidas, en la cual se consolidan los derechos humanos fundamentales y se toma en cuenta la igualdad de derechos de hombres y mujeres. Aplicando los principios que aparecen en la Declaración de Derechos Humanos sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer dentro de la sociedad y la familia, volviéndose necesario el adoptar medidas a fin de erradicar toda forma de discriminación (Naciones Unidas, 1979).

En el ámbito internacional, los derechos humanos comprometen a los gobiernos a adoptar medidas y leyes internas y/o constitucionales que sean compatibles con los tratados dentro de la sociedad, que ayuden a garantizar el cumplimiento las normativas internacionales. Por lo que, en virtud de los tratados, se han creado organismos que regulen y les den seguimiento a las medidas implementadas por el Estado.

Existe un derecho a la protección social para todo ser humano, que se ve afirmado por: La normativa que rige los tratados de Derechos Humanos que son pactos únicos a nivel internacional que son firmados por los países miembros. Al ser aprobados por un país, estos deben presentar informes de las acciones que está llevando a cabo cada uno para el correcto cumplimiento de todos los artículos contenidos en cada pacto. En esta parte es importante mencionar que el último informe sobre el cumplimiento de derechos humanos presentado por El Salvador fue en marzo de 2017.

Tabla 5. *Artículos importantes del marco jurídico que promueven el enfoque de Derechos Humanos*

Documento	Artículos	Enfoque	Limitaciones
Declaración Universal de Derechos Humanos	Artículo 23: Trata sobre el derecho a la protección de las personas en el caso de encontrarse desempleadas; también se menciona el derecho a un salario equitativo al realizar algún trabajo, independientemente. En el caso de que las personas no tengan un salario, estas tienen el derecho a obtener seguridad por medio de la protección social, garantizando así una vida digna.	Enfoque de derecho para las personas pertenecientes al régimen contributivo.	A pesar de que, dentro de los informes de cumplimiento presentados por El Salvador en 2017, se tienen acciones que fueron importantes para comenzar a hablar de un avance en la universalización de los derechos, pero a pesar de ello se tiene una falta de continuidad de los programas en la institucionalidad del país que no responde a la ratificación de los pactos firmados. Como lo fue la creación de la Secretaria Nacional de la Familia que

Documento	Artículos	Enfoque	Limitaciones
	Artículo 25, inciso 1: Acá se encuentra contenido el derecho a la salud, que debe ser asegurado por medio de asistencia médica y servicios sociales, indiferentemente si la persona se encuentra empleada o desempleada, siendo esto parte esencial del bienestar e integridad de la persona.	Enfoque de derecho para todas las personas.	luego pasa a ser la Secretaria de Inclusión Social, cerrada con el cambio de gobierno en 2019. A pesar de que se indican avances en el informe de cumplimiento de 2017 para asegurar la salud y bienestar de la familia, mencionando como el mayor adelanto la creación de La Secretaria Técnica de la Presidencia como la encargada de implementar políticas y programas encaminados a la disminución de las brechas de desigualdad de género, se tiene que esta fue disuelta en 2019 sin mencionar de qué manera se retomaría lo que esta secretaria pretendía realizar. En cuanto a avances de la seguridad social y protección social el Salvador reporta el programa Ciudad Mujer que debe proporcionar servicios orientados a facilitar que las mujeres cuenten con oportunidades para disponer de ingresos, información, bienes y servicios que favorezcan su participación en la economía nacional y les permita una vida autosuficiente. Siendo importante mencionar que este programa presenta fragilidad en cuanto a su asignación presupuestaria, debido a la falta de acuerdos políticos.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Artículo 9: Se centra de manera directa en la seguridad social como derecho de toda persona.	Enfoque de derecho sobre la seguridad social.	
	Artículo 10, los incisos 1 y 2: Reflejan el derecho a la protección y asistencia, dos puntos clave para una sociedad y para la conservación de la familia, dándole mayor énfasis a la protección de las madres.	Enfoque de derecho para la familia.	
	Artículo 12: Se reconoce el derecho a la salud física y mental, la cual forma parte de los principios de la protección social.	Enfoque de derecho para todas las personas.	
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Artículo 23, inciso 1: Se reconoce a la familia como elemento fundamental de la sociedad con derecho a su protección.	Enfoque de derecho para la familia.	
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer	Artículo 10, literal H: Se retoman las medidas generales para la eliminación de la discriminación contra la mujer para asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres,	Enfoque de derecho para las mujeres en pro de la familia.	Como otros avances mencionados dentro del informe de cumplimiento se

Documento	Artículos	Enfoque	Limitaciones
	tomando como eje central el asegurar la salud de las mujeres para bienestar de la familia.		tiene en cuanto a materia de seguridad social, que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
	Artículo 11, inciso 1 literal e y f: Se retoma la protección igualitaria en la esfera del empleo y en el acceso a la seguridad social.	Enfoque de derecho en el régimen contributivo.	reportaba la creación del régimen especial para Salud y Maternidad para Trabajadores y Trabajadoras Domésticas, que fue creado por medio del Decreto Ejecutivo No. 7473,
	Artículo 14, inciso 2 literal c y h: Se parte de la eliminación de la discriminación en zonas rurales para el cumplimiento de los derechos humanos, siendo primordiales para la materia de seguridad social la promoción de las condiciones igualitarias para una vida adecuada en todas las esferas.	Enfoque de derecho sobre la seguridad social.	emitido en 2010, siendo preciso mencionar que no se encuentra información institucional de la manera que se está abordando la creación de este régimen especial para su correcto cumplimiento.

Fuente: elaboración propia con base a los informes de cumplimiento de El Salvador.

A la luz de los pactos internacionales se han creado decretos que deberían reforzar en cada nación lo que debería ser el ideal común para robustecer la protección y el cumplimiento de los derechos humanos en todos los pueblos desde un enfoque político, económico, social, cultural e igualitario, reafirmando el goce de los derechos universales.

4.2.2.- Normativa Internacional relacionada a la seguridad social

La OIT instaura iniciativas de apoyo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Pactos Internacionales de las Naciones Unidas, tomando iniciativas para fortalecer los esfuerzos internacionales para el cumplimiento del derecho de protección social.

Es por ello que la OIT ha desarrollado múltiples convenios y recomendaciones de seguridad social que buscan ser una guía para los países miembros, extendiendo a lo largo del mundo diversos programas para la defensa de los derechos y aplicación de las normas que la OIT promueve, desarrollando así *“medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar atención médica completa”* (OIT, 2009).

La normativa se rige por defender la justicia social en todo el mundo, y se trabaja de tal forma que los países puedan seguir las directrices establecidas como punto de referencia para el desarrollo individual de cada Estado, a través de la creación y ratificación de la política social nacional, garantizando una promoción activa dentro de la legislación y abriendo paso al desarrollo de estrategias basadas en el siguiente esquema:

Diagrama 3. Aspectos esenciales a integrarse para el progreso de resultados



Fuente: elaboración propia con base en información de (OIT, 2009).

Tabla 6. Normas de alcance general pertinentes a seguridad social

	Instrumento actualizado
Normas de alcance general	C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102): este convenio solamente incursiona en la salud y asistencia médica para las personas que se encuentran laborando y las prestaciones médicas de maternidad para las mujeres e invalidez, presentando así las condiciones que deberían tenerse en consideración para el bienestar de cada trabajador, su cónyuge e hijos.

	Instrumento actualizado
	R067 - Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67): desde esta recomendación se analiza la seguridad de los medios de vida comprendidas sólo para aquellas personas que contribuyentes o beneficiarios, ya sea para: los trabajadores; personas que han tenido un trabajo en el pasado, pero han quedado desempleadas; discapacitados que han sido trabajadores activos en el pasado. Teniendo que garantizar los accesos a seguro social.
	R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202): las recomendaciones que en este documento se detallan, ayudan a garantizar la protección de las personas más vulnerables a partir de la incorporación de los pisos de protección social por medio de su asociación a los sistemas nacionales de seguridad social en cada nación, respaldando la vida de todas las personas por medio del acceso a la atención de salud esencial.

Fuente: elaboración propia con base en información de la (OIT).

Tabla 7. Normas de protección garantizada en las diferentes ramas de la seguridad social

	Instrumento actualizado	Instrumento superado
Asistencia médica y prestaciones monetarias por enfermedad	C130 - Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130): aplica a todas aquellas personas cotizantes a una rama de actividad económica, a su cónyuge e hijos, brindándoles protección médica y social, ya sea en el caso de enfermedad o invalidez. Es importante tomar en cuenta que en el caso de muerte o desempleo del asalariado (llamado también sostén de la familia), los beneficiarios de este seguirán teniendo los beneficios de protección.	R029 - Recomendación sobre el seguro de enfermedad, 1927 (núm. 29): algunas de las recomendaciones que se hacen tratan de las medidas preventivas que el seguro social debería tener ante las personas asalariadas y sus beneficiarias en el caso de presentar cualquier síntoma precursor de una enfermedad, pero es importante recalcar que los recursos con los que cuenta el seguro provienen del aporte de las cotizaciones de los asalariados y los empleadores. Por lo tanto, los beneficios deberían realizarse a las personas cotizantes sin distinción de raza o sexo, siempre y cuando estos sigan cotizando. En el caso de enfermedad el seguro debería indemnizar.
Prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes	C128 - Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128): Este convenio comprende a las personas asalariadas o pertenecientes a la población económicamente activa, brindándoles protección en caso de	

	Instrumento actualizado	Instrumento superado
	<p>invalidez sólo a aquellas con un periodo mínimo de cotización de 5 años; en caso contrario, se brindará una protección reducida. Para el caso de las personas que han llegado a la vejez, para poder hacer garantía completa de las prestaciones de protección deberán haber cumplido un período mínimo de cotización de 15 años, y para las personas sobrevivientes en el caso de muerte del sostén de la familia, la viuda y los hijos gozarán de las prestaciones conforme a la legislación.</p>	
Prestación por desempleo	<p>C168 - Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (núm. 168): Las disposiciones que se encuentran en este convenio radican en las medidas tomadas por cada país miembro donde se deberá procurar la protección contra el desempleo, acompañadas de una política que fomente el pleno empleo. Es importante recalcar que este convenio aplica solamente a aquellas personas asalariadas, garantizando el pago de indemnizaciones completas o parciales según el caso.</p>	<p>R044 - Recomendación sobre el desempleo, 1934 (núm. 44): Las recomendaciones generadas se centran en la implementación de un sistema de seguro obligatorio contra el desempleo, así como el funcionamiento de sistemas de protección complementarios a un sistema de seguros. Asimismo, los programas de asistencia generados deberían facilitar la integración de los desempleados a un trabajo.</p>
	<p>R176 - Recomendación sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (núm. 176): Una de las recomendaciones fundamentales que se realiza es la aplicación de mecanismos que permitan a los miembros procurar extender progresivamente la aplicación de su legislación sobre indemnizaciones de desempleo a todos los asalariados, perfeccionando la protección por desempleo para las personas asalariadas.</p>	<p>C044 - Convenio sobre el desempleo, 1934 (núm. 44): En este convenio entran aquellas personas catalogadas como desempleados involuntarios, que, al comprobar una búsqueda activa de empleo, tienen el derecho a optar por una indemnización o un subsidio, según la legislación de cada país miembro de la OIT, y que a su vez hayan sido ratificados por el Director General. Existen algunas excepciones a este convenio, tal como las personas empleadas en el servicio doméstico y los/as trabajadores/as a domicilio, etc.</p>

Fuente: elaboración propia con base en información de la (OIT).

Según la guía de uso del NORMLEX, que es un sistema que contiene datos e información sobre las Normas Internacionales del Trabajo (NIT):

- Un instrumento actualizado es un convenio abierto a la ratificación por parte de los Estados Miembros y/o que ha sido examinado por el Consejo de Administración y fue declarado aún pertinente.

- Un instrumento superado es considerado así por el Consejo de Administración con previa recomendación del Grupo de Trabajo Cartier, ya que se han incluido las recomendaciones que “el Consejo de Administración ha declarado obsoletas”, y las posibles medidas a considerar luego de este estatus pueden ser: derogación de los Convenios; retiro de la Recomendación; medidas de seguimiento de la Oficina.

Tabla 8. *Normas relacionadas a la protección social*

Tipo de norma	Instrumento
Normas internacionales vinculadas al trabajo del cuidado remunerado	C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189): todo miembro deberá adoptar medidas que resguarden y promuevan la protección efectiva de los derechos humanos de todas las personas trabajadoras domésticas, así como garantizar condiciones favorables y equitativas conforme a la protección de la seguridad social, incluyendo el caso de la maternidad, asegurando la protección de esta población mediante una legislación adecuada e imparcial.
	R201 - Recomendación sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 201): las recomendaciones que acá se abordan conciernen a la toma de medidas que aseguren la libertad sindical por parte de las personas trabajadoras domésticas, así como amparar los derechos de negociación. Por otra parte, se recomienda tomar medidas para erradicar la discriminación a esta población y poner a su disposición información sobre tratamientos médicos y buenas prácticas de higiene. Los derechos concernientes a las personas trabajadoras domésticas deben ser amparados y regulados por la legislación, y garantizar las condiciones de trabajo según la reglamentación existente, afirmando la protección de las condiciones de empleo adecuadas.

Tipo de norma	Instrumento
Normas internacionales sobre los pisos de protección.	<p>R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202): en esta recomendación se habla sobre el derecho a la seguridad social como derecho humano, teniendo en cuenta que la seguridad social integral sirve como instrumento de reducción y prevención de la pobreza, así como el fomento de la igualdad y promoción de la seguridad e inclusión social, garantizando a su vez la igualdad de oportunidades sin hacer distinción de raza ni género, apoyando a la integración de las personas en situación de empleo informal hacia la formalidad.</p> <p>Se recomienda integrar los pisos de protección social y adaptarlos según la situación y legislación de los miembros, garantizando justicia social y equidad, comprometiéndose verdaderamente para realizar esfuerzos en materia de política económica y social, ampliando así la protección social para todas las personas con el fin de brindar atención de salud esencial gratuita para todos, sin representar un riesgo financiero o dificultades de acceso debido a la pobreza, incluyendo la atención médica prenatal.</p>

Fuente: elaboración propia con base en información de la (OIT).

Mediante la normativa sobre las personas trabajadoras del cuidado remunerado, la OIT busca fomentar la igualdad en el trato de trabajo como en el acceso a seguridad social y una protección ampliada.

Mientras que por medio de las recomendaciones sobre los pisos de protección la OIT busca ampliar la cobertura de la seguridad social y convertirlo en un acceso universal de protección social.

Por otra parte, a pesar de los esfuerzos y recomendaciones por parte de la OIT sobre los pisos de protección social, es importante mencionar que no se ha realizado un convenio. Por lo tanto, los convenios internacionales firmados por El Salvador sólo se encuentran relacionados a seguridad social contributiva. Dentro de los convenios firmados por El Salvador que hacen referencia a la salud, no se toma en cuenta el trabajo del cuidado no remunerado:

- C100 - Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100).
- C111 - Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111).
- C088 - Convenio sobre el servicio del empleo, 1948 (núm. 88).
- C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155).
- C156 - Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156).

Es importante aclarar que el último informe de cumplimiento presentado por El Salvador fue en 2017 (Informe República de El Salvador, 2017), el cual expresa como logros más importantes referentes a los convenios antes mencionados, lo siguientes:

- Reforma del artículo 29 del Código de Trabajo, adicionando la licencia de paternidad por nacimiento.
- Ampliación a 4 meses, por licencia de Maternidad, de acuerdo a la reforma DEL artículo 309 del Código de Trabajo.

4.3.- Marco Jurídico Nacional

Dentro de la legislación estatal se encuentran una serie de leyes que sustentan la atención de salud y la protección social, pero esto no implica que se dé un correcto seguimiento dentro del marco institucional para el cumplimiento de cada artículo. Generando así que se deje de lado mucho de lo que se expone dentro de la normativa, provocando de esta manera que su cumplimiento se vea determinado mayoritariamente por la voluntad política de cada gobierno, lo que implica una violación a los derechos humanos.

Dentro del marco jurídico de El Salvador podemos encontrar 12 normativas que pretender respaldar la atención de salud y la protección social, de las cuales solo 5 abordan la protección social para la población femenina, y ninguna de estas toca de manera explícita a las mujeres que realizan trabajo del cuidado no remunerado y la manera de cómo se les pretende garantizar una atención de salud eficiente, quedando así solo aquella normativa que respalda al sistema de salud.

1. Constitución de la República de El Salvador (1983) (República de El Salvador, 2003)

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 42.- La mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto, y a la conservación del empleo.

Las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores.

Art. 45.- Los trabajadores agrícolas y domésticos tienen derecho a protección en materia de salarios, jornada de trabajo, descansos, vacaciones, seguridad social, indemnizaciones por despido y, en general, a las prestaciones sociales. La extensión y naturaleza de los derechos antes mencionados serán determinadas por la ley de acuerdo con las condiciones y peculiaridades del trabajo. Quienes presten servicios de carácter doméstico en empresas industriales, comerciales, entidades sociales y demás equiparables, serán considerados como trabajadores manuales y tendrán los derechos reconocidos a éstos.

Art. 65.- Se establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento; asimismo, que el Estado determinará la Política Nacional de Salud, controlará y supervisará su aplicación.

Art. 66.- El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

Art. 68.- Se determina que un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo, el cual estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico-veterinario.

2. Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ministerio de Salud, El Salvador, 2019)

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante un proceso progresivo hacia el acceso universal a la salud y cobertura universal en forma equitativa, oportuna y de calidad para la población en los diferentes niveles de atención.

Art. 20.- El Sistema debe establecer un modelo de atención centrado en la persona, la familia, el entorno laboral y la comunidad, con enfoque de derecho humano y bien común. Este modelo se fundamenta en los programas y proyectos definidos en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI) asegurando la atención continua, el acceso permanente, progresivo y universal a servicios de salud integral y de calidad, en función del perfil epidemiológico y las determinantes de la salud.

Art. 22.- El Sistema debe establecer las estrategias para asegurar la eficiencia y eficacia en el trabajo de los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para prevención, promoción y recuperación de la salud, asegurando los respectivos modelos de atención y provisión establecidos en esta ley. Para tales efectos, el Ministerio de Salud debe impulsar, conducir, administrar y evaluar las acciones estipuladas en la Política y Plan Nacional de Salud, que garanticen el trabajo coordinado y articulado de los integrantes y colaboradores del Sistema.

3. Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud (Ministerio de Salud El Salvador, 2016)

Art.1.- El objeto de la presente ley es regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así como de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo, incluyendo el ISSS.

Derecho de atención

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo con las normas existentes.

Derecho a trato igualitario

Art. 11.- El paciente recibirá en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

Derecho a una atención calificada

Art. 12.- El paciente tiene derecho a una atención en salud con calidad y calidez, con profesionales y trabajadores de salud debidamente acreditados, certificados y autorizados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones, en el ámbito público y privado.

Derecho a formular sugerencias, consultas y reclamos

Art. 21.- Los pacientes, familiares o representante, tendrán derecho a realizar sugerencias, consultas, quejas y reclamos que estimen pertinentes, en una oficina establecida localmente para tal fin, respecto de la atención de salud que reciban, y obtener respuesta por escrito conforme a los procedimientos y formas establecidos por el prestador de los servicios de salud públicos o privados, incluyendo al ISSS, debiendo clasificar y resolver de manera inmediata según el nivel de prioridad; el reglamento de la presente ley regulará la priorización de los casos y su tiempo de respuesta.

Derecho a medicamentos y otros

Art. 24.- Los pacientes en el ámbito público y los pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tienen derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.

4. Ley de Desarrollo y protección Social (MINSAL, 2014)

Art. 1.- La presente ley tiene como objeto establecer el marco legal para el desarrollo humano, protección e inclusión social, que promueva, proteja y garantice el cumplimiento de los derechos de las personas. El Estado será el garante de su aplicación con un enfoque de derechos humanos, procurando que la población tenga acceso a los recursos básicos para la satisfacción y ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.

Composición

Art. 7.- El marco legal para la política social para el desarrollo humano está integrado por tres componentes: a) Desarrollo económico y social. b) Protección social. c) Inclusión social. Los componentes antes mencionados estarán interrelacionados y serán complementarios entre sí.

Componente de Protección Social

Art. 9.- Este componente, busca proteger a las personas frente a los diferentes riesgos y desafíos a lo largo de su ciclo de vida y reducir las condiciones que generen vulnerabilidad.

Plan de Desarrollo, Protección e Inclusión Social

Art. 12.- En el primer semestre de cada período presidencial, se deberá formular y presentar el Plan de Desarrollo, Protección e Inclusión Social, sus objetivos y propósitos, que deberán ser consistentes con el Plan General del Gobierno, y que servirá de marco para los programas sociales que se definan y ejecuten. El Plan de Desarrollo, Protección e Inclusión Social deberá ser aprobado por el presidente de la República.

Coordinación de los programas

Art. 27.- El Sistema, contará con un Subsistema de Protección Social Universal, en adelante el Subsistema, que será la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social para otorgar seguridad a las personas frente a los riesgos y desafíos que se enfrentan en el ciclo de vida, particularmente para aquellas que carecen de seguridad social contributiva y las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad económica, social y ambiental.

Progresividad

Art. 29.- Los programas y acciones del Subsistema se ampliarán, desde una perspectiva de progresividad y gradualidad, en la búsqueda de la universalidad para garantizar los derechos de todas las personas.

Integración del subsistema

Art. 30.- Formarán parte del Subsistema los siguientes programas y acciones:

- k) Acceso y cobertura universal a la salud integral, pública y gratuita.

Incorporación de nuevos programas

Art. 31.- La Presidencia de la República podrá incorporar nuevos programas al Subsistema o modificar los existentes, de acuerdo a las necesidades que se presenten y considerando la disponibilidad presupuestaria del Estado.

Cobertura y focalización del Subsistema

Art. 33.- Cuando, por motivos debidamente justificados, no sea posible la universalidad, la focalización de los programas servirá como herramienta para garantizar servicios diferenciados, según las necesidades específicas y brechas de desigualdad de la población.

Evaluación de los Programas

Art. 39.- La política social y los programas que la componen serán objeto de una evaluación permanente, rigurosa y objetiva, desde el enfoque de derechos y la generación de resultados con el propósito de reforzarla, corregirla o reorientarla.

Propósito

Art. 40.- El Sistema Nacional de Desarrollo, Protección e Inclusión Social es uno de los instrumentos para la superación de la pobreza desde un enfoque de derechos humanos.

5. Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna (MINSAL, 2013)

Objeto

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses, y lactancia prolongada hasta los dos años de edad, asegurando sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante.

Art. 5.- Las atribuciones del Ministerio de Salud son las siguientes:

- d) Elaborar planes nacionales de promoción, protección y apoyo, con enfoque intersectorial y participación social, relativos a la lactancia materna.
- e) Verificar que los proveedores de servicios de salud se encuentren capacitados para promover en las madres y población en general, la lactancia materna y prácticas óptimas de alimentación para el lactante.
- f) Asegurar que los proveedores de servicios de salud informen, orienten y asesoren a las familias y a la comunidad en general para lograr la práctica adecuada de la lactancia materna.

6. Ley del sistema básico de salud integral (SIBASI) (Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, 2005)

Objeto

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto regular las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral, en adelante SIBASI.

Ámbito de aplicación

Art. 2.- La presente Ley, se aplicará en todas las dependencias de Nivel Superior, Regional y Local del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Atención Integral en Salud

Art. 6.- La atención integral en salud es el conjunto de principios, normas, acciones e instrumentos utilizados por la red de establecimientos de salud para su promoción, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de los habitantes.

Del SIBASI

Art. 14.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá como Sistema Básico de Salud Integral, el elemento organizativo de nivel local mediante el cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, a través de una red integrada de establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en la población más desprotegida, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención.

7. Ley especial para la constitución del fondo solidario para la salud (FOSALUD).
(Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

Objeto de la ley

Art. 1.- La presente Ley tiene como objeto establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos.

Objetivos Fundamentales

Art. 4.- Los objetivos fundamentales del FOSALUD son:

b. Propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud para la atención al usuario y de los habitantes en general, y en particular de aquellas que aún no tienen acceso a los servicios básicos de salud, buscando ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados.

c. Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, priorizando la atención en aquellas locaciones geográficas estratégicas en donde se encuentren asentamientos que se vieren amenazados o pudieren ser objeto de catástrofes provenientes de la acción de la naturaleza o de la acción del hombre.

8. Ley de atención integral para la persona adulta mayor. (Órgano Legislativo, 2002)

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

Art. 3.- La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas.

Art. 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

Art. 21.- El Consejo supervisará que las instituciones públicas de salud fortalezcan la cobertura de los servicios de atención médica integral a las personas adultas mayores a nivel nacional.

9. Código de Salud (y sus reformas). (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012)

Art. 1.- El Presente Código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado,

servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.

Art. 40.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Art. 193.- El Ministerio, como organismo directivo y coordinador de todos los aspectos de la salud pública del país, por intermedio de sus dependencias técnicas y sus organismos regionales, departamentales y locales de salud, las funciones y obligaciones de asistencia médica y médico-social para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los enfermos.

10. Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (Asamblea Legislativa, 2010).

Responsabilidades del Ministerio de Salud y Asistencia Social

Art. 23.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, será el responsable de:

- a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.
- c) La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.
- d) Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.

11. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (Asamblea Legislativa, 2011).

Garantía de cumplimiento del Principio Constitucional de Igualdad

Art. 1.- Por medio de la presente ley, el Estado ratifica su compromiso con la plena aplicación del Principio Constitucional de Igualdad de las personas y el cumplimiento de las obligaciones derivadas en este principio aplicables a la legislación nacional y a la acción efectiva de las Instituciones del Estado. De conformidad con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, esta ley prohíbe la discriminación, de derecho o, de hecho, directa o indirecta, contra las mujeres. Este compromiso, expresa la voluntad política del Estado de hacer de la igualdad y la erradicación de la discriminación contra las mujeres, una exigencia fundamental de sus actuaciones en las iniciativas públicas y privadas, para que el principio constitucional se cumpla real y efectivamente en los hechos, como condición para el logro de una sociedad democrática, solidaria, justa, respetuosa de las diferencias y capaz de crear las condiciones de libre y pleno ejercicio de los derechos y de todas las capacidades jurídicas que confiere la ciudadanía salvadoreña en todos los ámbitos del quehacer colectivo. La garantía efectiva del Principio de Igualdad expresa que, para el Estado, mujeres y hombres son iguales ante la ley y equivalentes en sus condiciones humanas y ciudadanas; por tanto, son legítimamente, merecedoras y merecedores de igual protección de sus derechos por las Instituciones competentes y no podrán ser objeto de ningún tipo de discriminación que impida el ejercicio de tales derechos. En razón de lo anterior, las leyes y normas que aún mantengan disposiciones de exclusión y disminución de los derechos y capacidades jurídicas de las mujeres se consideran discriminatorias a los efectos de la presente ley.

Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva

Art. 26.- El Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud. El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral. El Ministerio de Salud

garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes.

Reconocimiento del trabajo doméstico y del cuidado

Art. 27.- El Estado reconoce el valor económico y la contribución esencial y equivalente del trabajo reproductivo, doméstico y del cuidado, respecto del trabajo productivo remunerado. El Estado, desarrollará de manera sostenida y permanente, políticas dirigidas a facilitar la corresponsabilidad de mujeres y hombres, en el ámbito del trabajo reproductivo y del cuidado familiar, lo cual comprende la atención de las exigencias de la vida doméstica y familiar. Se comprende dentro de las actividades de trabajo Reproductivo, actividades como la gestación y el cuidado de infantes, la preparación de alimentos, la recolección de agua, las compras de provisiones, los quehaceres domésticos y la atención de la salud familiar, incluido el cuidado y mantenimiento de la unidad doméstica y de sus miembros. El ISDEMU, desarrollará acciones de concientización de la población sobre la corresponsabilidad de ambos géneros en la atención a la producción y cuidado de la subsistencia humana y brindará asesoría a las instituciones que lo soliciten, para el desarrollo de políticas de corresponsabilidad.

Inclusión social de mujeres en situación de vulnerabilidad personal, social y económica

Art. 29.- El Estado, a través de las instancias competentes, brindará especial atención y establecerá entre sus prioridades la generación de capacidades de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad personal por alguna discapacidad, pobreza extrema o condición económica, social y de género, para promover su acceso a los bienes y servicios que faciliten su bienestar e inserción social. Dicha garantía se otorgará cuando existan familias extensas o monoparentales. Así mismo, en cumplimiento de los tratados y compromisos internacionales, les deberá garantizar derechos fundamentales tales como el derecho a la vida, la integridad física y moral, la salud, la libertad, la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.

12. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres

Compromiso con el Desarrollo Social y Protección a las Políticas y Programas Sociales

Art. 16.- Las políticas y programas sociales deberán contar con financiamiento asegurado, debiéndose evaluar la eficiencia del gasto público y el impacto de éste, sobre la base de

indicadores sociales y de pobreza. Los recursos de éstos deberán ser incorporados dentro del Presupuesto General del Estado.

4.4.- Limitaciones del marco jurídico Nacional

Los avances, instrumentos legales e institucionales concretos, que ha realizado el país en cuanto a labores de cuidado, están enfocadas principalmente a la población que se encuentra inmersa en el sector formal de la economía, y que al cotizar se beneficia de estas. Sin embargo, no hay un avance significativo en cuanto a las necesidades de la población cuidadora que se encuentra en el sector informal. Además, estos avances, no conllevan a una implicación equitativa de las labores de cuidado entre mujeres y hombres.

Los pactos internacionales creados por la Organización de las Naciones Unidas en materia de Derechos Humanos, económicos, sociales y culturales firmados por El Salvador, centrándose en aquellos pertinentes a la atención esencial de salud conllevan a que el país tenga que generar informes de cumplimiento de los artículos que se encuentran dentro de los pactos, pero debido a que los informes no se generan anualmente esto implica que no se le dé un seguimiento a las acciones que se catalogan como avances. A pesar de que existen programas en los que se ha avanzado para la mejora de la atención de salud, estos no constituyen un aporte para la protección social universal y por tanto para el pleno cumplimiento de los derechos para toda la población.

Por otra parte, los convenios de la OIT firmados por El Salvador hablan sobre los sistemas de salud contributiva, sin que exista un convenio de protección social no contributiva y especializada a la universalización de la atención de salud, ya que los avances que se han generado en la OIT solo se basan en la creación de recomendaciones sin llegar a convertirse en un convenio internacional.

Abordando las leyes y normativa estatales se tienen todas aquellas que apoyan la seguridad social y la protección social tanto contributiva como no contributiva, que apoyan y rigen los sistemas de atención en salud, para garantizar un acceso eficiente e igualitario desde los sistemas públicos como privados, por lo que sí a la población, pero no llegan a influir considerablemente en la población perteneciente al trabajo del cuidado no remunerado y al cumplimiento eficiente de las leyes existentes para este grupo, debido a que existe una falta

de seguimiento institucional para garantizar el pleno cumplimiento del marco jurídico existente. También es importante remarcar el hecho que existe una falta de coherencia en las políticas públicas, ya que, con la creación de la Ley de Responsabilidad Fiscal en 2016, se pretende el disminuir el gasto social, hasta focalizarse en aquella población con pobreza extrema dejando de lado gran parte de la población vulnerable. Esto contradice lo expuesto dentro de la Ley de Desarrollo y protección Social que habla sobre la universalización de los derechos para el bienestar de toda la población, mediante la inclusión, desarrollo y protección social. Todas estas contradicciones son resultado de una falta de cohesión política – institucional, que genera a su vez limitantes para llevar acabo el cumplimiento y seguimiento de las leyes existentes.

CAPÍTULO V CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL CUIDADO NO REMUNERADO Y EL ACCESO A SALUD EN EL SALVADOR

Como punto de partida, es necesario conocer quiénes son las personas que conforman la población trabajadora del cuidado no remunerado, así como sus características, particularmente en lo referente a la distribución entre mujeres y hombres. De esta manera es posible comprender de mejor manera cómo estas personas son consideradas en las políticas públicas orientadas a la ampliación de la protección social, y si estas acciones realmente contribuyen a mejorar las condiciones de acceso de este grupo de la población salvadoreña.

Debido a que la aplicación de políticas públicas tiene efectos a nivel nacional, es necesario utilizar información estadística que sea representativa para el total de la población del país, de manera que sea posible identificar a la población trabajadora del cuidado no remunerado. Es por ello que se ha realizado una revisión de los datos obtenidos en la ENUT del año 2017, así como la información de las EHPM desde 2009 hasta 2019.

Es importante aclarar que la información presentada en los instrumentos estadísticos ya mencionados se utiliza para identificar a esta población por medio de la participación laboral, y cómo esta participación está marcadamente diferenciada entre hombres y mujeres. Sin embargo, la información disponible en estos instrumentos no permite ahondar directamente en el cumplimiento de los derechos de acceso a la protección social en salud de la población objetivo del estudio.

5.1.- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017

Con el surgimiento de nueva legislación orientada a promover los derechos humanos de las mujeres, como la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra la Mujer, así como la Ley Especial Integral para Una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, se realiza un esfuerzo para mejorar los instrumentos estadísticos que permitan mejorar el conocimiento de las brechas entre hombres y mujeres, por lo que se lleva a cabo la primera ENUT para el año 2017.

A pesar de que ya se había llevado a cabo encuestas de uso de tiempo para 2004-2005 y 2010, como módulos anexos a la EHPM, esta encuesta de 2017 es la primera llevada a cabo como una encuesta especializada, utilizando la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo, instrumento proveniente del Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Género de la Conferencia de Estadística de las Américas, con el objetivo de estandarizar los procesos de recolección y presentación de la información de uso de tiempo con otros países de la región (DIGESTYC, 2018).

Es importante destacar que este instrumento es aplicado a una muestra de hogares considerablemente menor que la utilizada para la realización de la EHPM. Sin embargo, la DIGESTYC tiene un marco procedimental que busca asegurar la representatividad de la información obtenida.

Para la encuesta de 2017 se utilizó una muestra total de 2,025 hogares a nivel nacional, de la que 1,335 corresponden al área urbana (65.92% de la muestra), y los restantes 690 hogares (34.08% del total) corresponden al área rural (DIGESTYC, 2018).

La información obtenida en esta encuesta indica que no existe equidad en el tiempo dedicado por la población del país a la realización de trabajo doméstico no remunerado: mientras el promedio nacional en los hombres es de 16 horas y 41 minutos por semana, las mujeres dedican en promedio 35 horas y 56 minutos en estas actividades, por lo que existe una brecha cercana a 19 horas semanales (DIGESTYC, 2018).

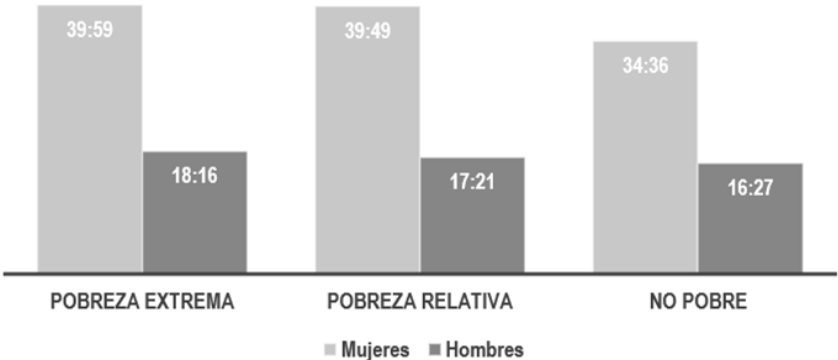
Tabla 9. Población de 12 años y más, por sexo, según área y participación en actividades de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, 2017

Área	Total		Mujeres		Hombres	
	Participación	Tiempo	Participación	Tiempo	Participación	Tiempo
Nacional	85.30%	28:07	93.70%	35:56	75.30%	16:41
Urbano	84.90%	27:25	93.20%	33:57	74.90%	17:23
Rural	85.80%	29:17	94.60%	39:12	76.00%	15:31

Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

Un aspecto relevante es que la existencia de esta brecha no parece estar amarrada a la situación económica de los hogares. Al desagregar el tiempo dedicado por personas mayores de 12 años a la realización de labores domésticas no remuneradas según niveles de pobreza por ingreso (pobreza extrema, pobreza relativa, no pobre), la distribución de tiempo dedicado por mujeres y hombres muestra que son ellas quienes dedican alrededor de dos veces más de tiempo que los hombres, mostrando una breve disminución de dicha diferencia en los hogares no pobres.

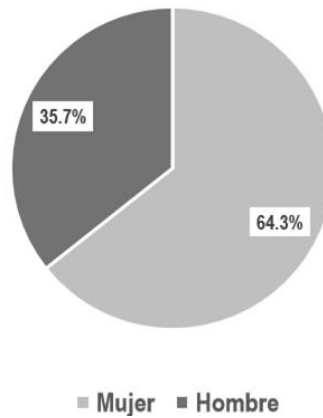
Gráfico 1. *Tiempo Promedio en actividades domésticas no remuneradas de la población de 12 años y más, por sexo no, según condición de pobreza, 2017*



Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

La EUNT incluye una categoría de uso de tiempo denominada Actividades Productivas No Remuneradas (APNR), que comprende actividades productivas de autoconsumo, y las actividades de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Consistente con los datos anteriores, las mujeres tienen una mayor participación en estas actividades, realizando el 64.3% del total de horas dedicadas a este rubro, por lo que se confirma la existencia de una amplia brecha entre hombres y mujeres.

Gráfico 2. Distribución del tiempo en actividades productivas no remuneradas, por sexo, 2017

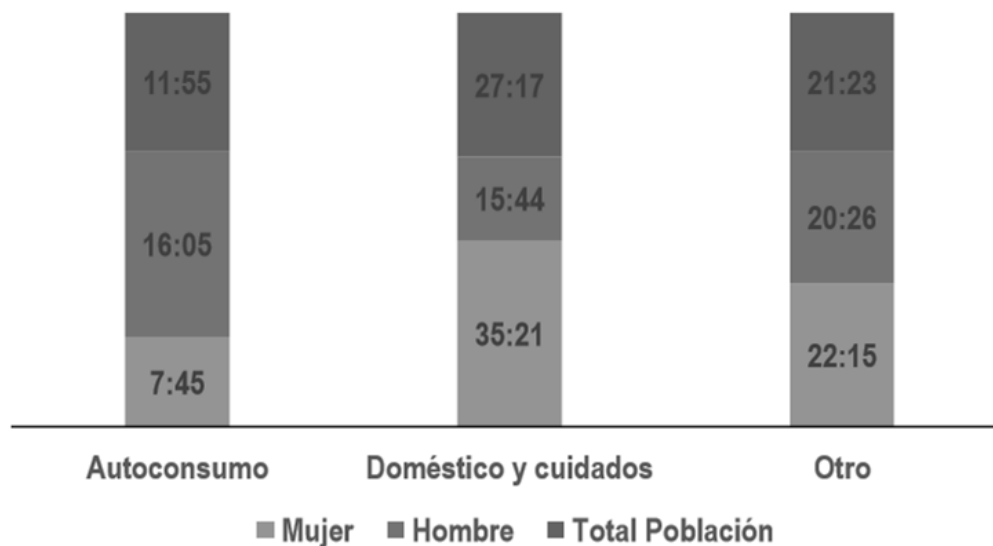


Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

Sin embargo, es importante destacar que este último dato, por sí solo, no muestra el panorama completo de la brecha entre sexos. Al desagregar el tiempo dedicado a las APNR, se encuentra que las mujeres dedican una cantidad de tiempo considerablemente mayor a trabajos domésticos y de cuidados que los hombres, a expensas del tiempo dedicado a actividades de autoconsumo. En el caso del segmento de población que no se encuentra ocupada y que tampoco asiste a un centro educativo, de edades entre 16 y 29 años, el tiempo dedicado a actividades domésticas y de cuidados por las mujeres es más de dos veces el que dedican los hombres, teniendo 35 horas y 21 minutos y 15 horas y 44 minutos por semana, respectivamente.

A la vez, mientras los hombres dedican 16 horas y 5 minutos por semana a actividades de autoconsumo, las mujeres dedican menos de la mitad de ese tiempo para sus actividades de autoconsumo, con un valor de 7 horas y 45 minutos por semana.

Gráfico 3. Tiempo promedio en actividades productivas no remuneradas de la población de 16 a 29 años que no asiste a un centro educativo y que no se encuentra ocupada, por sexo, según tipo de actividades semanales, 2017



Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

Las labores domésticas no remuneradas incluyen un amplio conjunto de actividades que contribuyen al desarrollo y cuidado de las personas que integran los hogares, y que son de vital importancia para el mantenimiento de la fuerza de trabajo de las personas del hogar que realizan actividades remuneradas para obtener ingresos económicos.

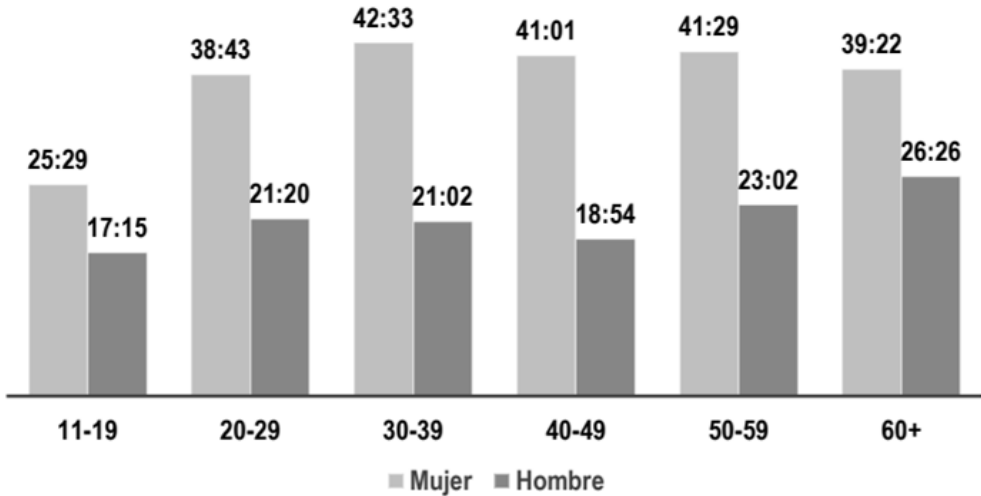
Al desagregar el tiempo dedicado a estas actividades y separarlo por sexo, se observa que las labores de cuidado de personas menores de 15 años, personas con dependencia permanente y la preparación de alimentos son las que más tiempo reciben, y en las que se aprecian las mayores brechas entre hombres y mujeres.

Existe mayor paridad en el tiempo dedicado a las labores que pueden considerarse más relacionadas a la administración del hogar, como realización de compras y trámites, así como en el cuidado de personas mayores de 15 años. Estas diferencias ayudan a comprender la influencia de roles de género en cuanto a cuáles actividades son realizadas por las mujeres y los hombres.

Al analizar el tiempo dedicado a labores productivas no remuneradas según tramos de edad es claro que la brecha entre hombres y mujeres se mantiene a lo largo del ciclo de vida, siendo las mujeres las que siempre dedican más tiempo a estas actividades. En el grupo de 11 a 19 años se observa una brecha relativamente más pequeña y en general una menor cantidad de tiempo dedicado, lo que podría atribuirse a la realización de estudios y actividades escolares.

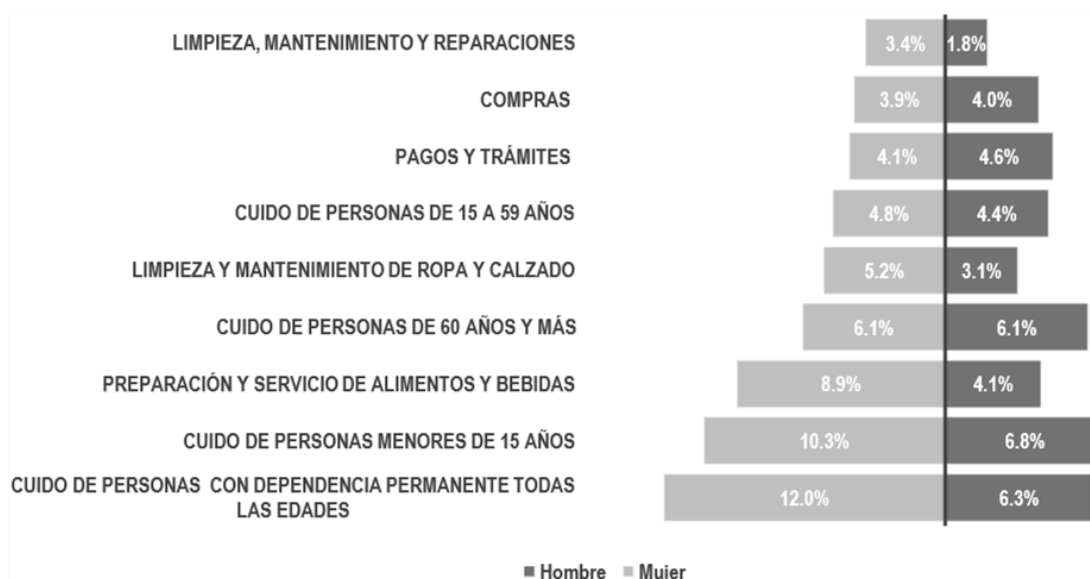
Sin embargo, al avanzar a los siguientes grupos etarios, se denota que, tanto la cantidad de tiempo dedicado como la brecha entre hombres y mujeres, aumenta de forma considerable. Resulta interesante que, aún en el grupo de mayor edad, compuesto por personas de 60 años en adelante, a pesar de que existe una reducción de la brecha por aumento del tiempo dedicado por parte de los hombres, el tiempo que dedican las mujeres no disminuye de forma significativa. Dado que los hombres son los que dedican más tiempo a las actividades remuneradas, el aumento en el tiempo que los hombres dedican a las actividades productivas no remuneradas en este grupo etario puede atribuirse a que se jubilan o ya no se encuentran en condiciones de continuar trabajando la misma cantidad de tiempo en labores remuneradas. A pesar de ello, son las mujeres las que dedican la mayor cantidad de tiempo, por lo que no parece que exista una transición de proveedoras a receptoras de cuidados.

Gráfico 4. *Tiempo en actividades productivas no remuneradas de la población de 12 años y más por sexo, según tramos de edad, 2017*



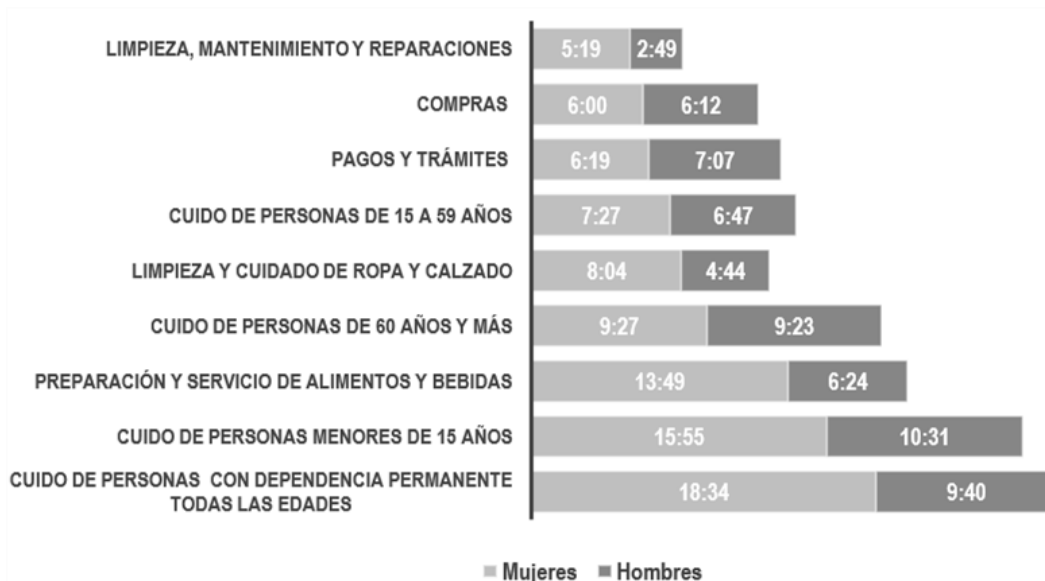
Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

Gráfico 5. Población de 12 años y más, por sexo, según tiempo promedio en actividades productivas domésticas no remuneradas para el propio hogar, 2017



Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

Gráfico 6. Distribución del tiempo semanal, por sexo, según actividades productivas domésticas no remuneradas para el propio hogar, 2017



Fuente: MINEC, DIGESTYC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados (2018).

5.2.- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples

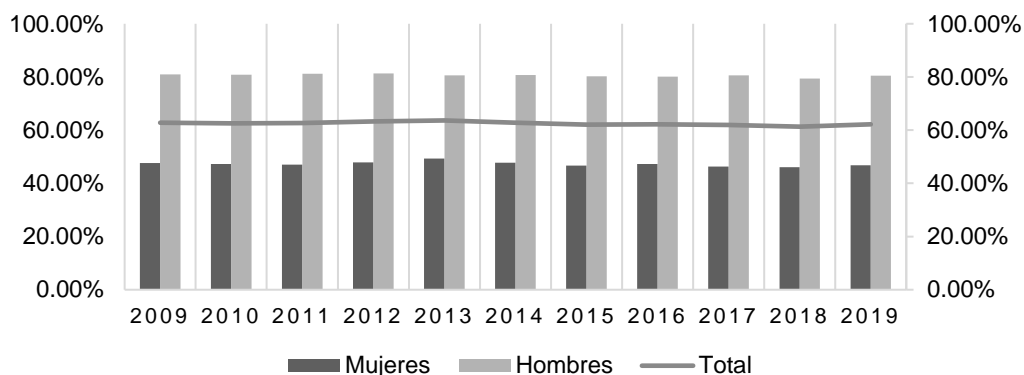
En El Salvador, las estadísticas recopiladas en la EHPM por la DIGESTYC ayudan a comprender la situación en la que se encuentran las personas que se dedican al cuidado no remunerado. Aun cuando no existe información puntual acerca de la población trabajadora del cuidado no remunerado en este instrumento estadístico, es por medio de estos datos que se puede obtener una aproximación de cuántas personas se dedican a estas actividades, y la proporción que representan en la población.

Como punto de partida para identificar a la población trabajadora del cuidado no remunerado, es necesario identificar a los segmentos de la población según su actividad, si éstas son o no remuneradas. La Tasa de Participación es un indicador que expresa la relación porcentual entre las personas económicamente activas del total de personas en edad de trabajar.

Es importante aclarar que la concepción de “actividad”, con la que se identifica a la población económicamente activa (PEA), hace referencia únicamente a aquellas por las que se obtenga un ingreso económico, o quienes estén en busca de actividades remuneradas; las personas que no realizan labores remuneradas y que no buscan hacerlas, son categorizadas como “inactivas”, lo que en términos relativos se expresa como la Tasa de Inactividad. Para el cálculo de estos indicadores, la DIGESTYC establece que la población en edad de trabajar (PET) es aquella mayor de 16 años de edad.

Por otro lado, la información referente a la PEI es de utilidad para conocer la situación de acceso a servicios de salud por medio de programas de protección social no contributivos, dado que esta población, al no participar en actividades económicas remuneradas en el sector formal de la economía, no suele tener acceso a la obtención de servicios de un sistema contributivo.

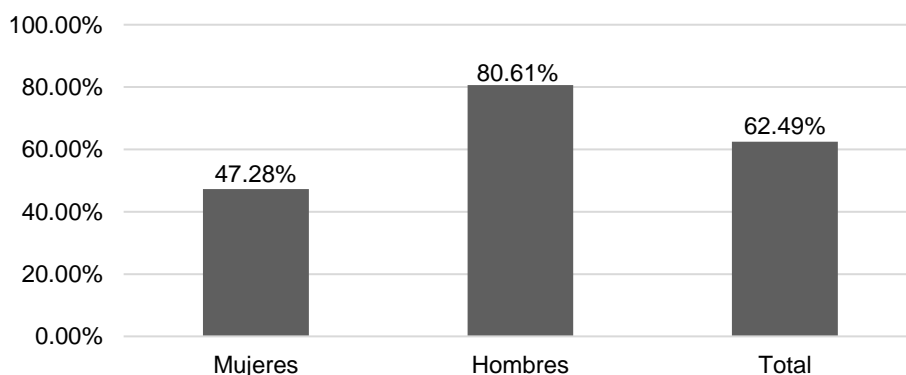
Gráfico 7. Tasa de participación por sexo, para el periodo 2009 – 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de la DIGESTYC. EHPM (2009-2019).

Como se observa en el gráfico 7, el comportamiento de las tasas de participación es estable a través del tiempo, lo que indica que no ha habido cambios importantes en la distribución personas activas e inactivas, así como tampoco en la distribución según sexo. Debido a la estabilidad mencionada, se calculó un promedio de las tasas de participación durante el periodo, con lo que se tiene una medida representativa para el conjunto de los años analizados.

Gráfico 8. Tasa de participación promedio según sexo, para el periodo 2009 – 2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DIGESTYC. EHPM (2009-2019).

Los datos de la tasa de participación hacen evidente que existe una importante diferencia entre la tasa de participación entre mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, en promedio, únicamente el 47.28% de la población en edad de trabajar, realiza o busca realizar actividades remuneradas; esto contrasta con el caso de los hombres, cuya tasa de participación promedio es del 80.61%.

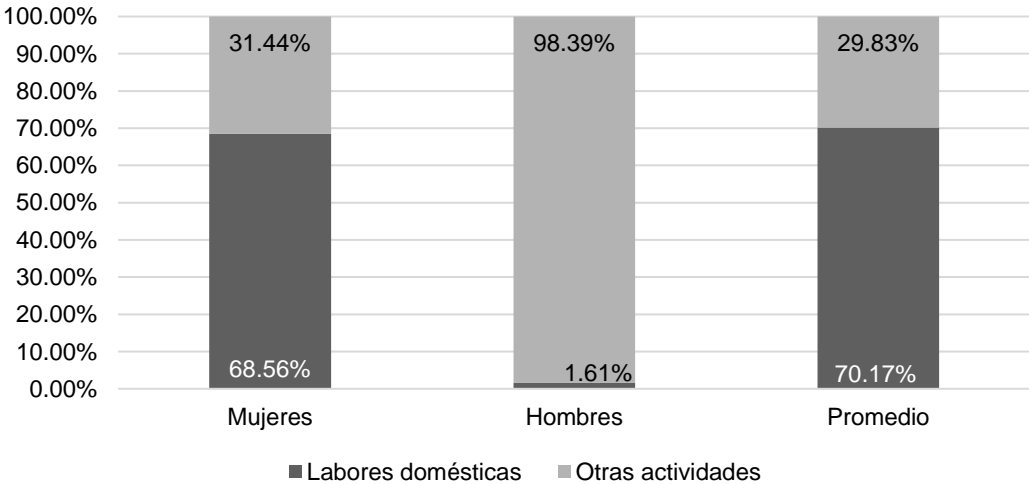
Por lo tanto, visto desde la perspectiva de la tasa de inactividad, 5 de cada 10 mujeres no tiene ni busca empleo remunerado, mientras sólo 2 de cada 10 hombres se encuentran en la misma situación.

Dentro de las actividades que se recopilan en la EHPM, se ha tomado Labores Domésticas como la que comprende a la población trabajadora del cuidado no remunerado.

Del total de la PEI, el promedio de personas que se dedican a la realización de labores domésticas es del 52.76%. Sin embargo, la desagregación por sexos muestra nuevamente la importante diferencia en la realización de actividades entre hombres y mujeres. Del total de mujeres que se encuentran en la PEI, el 68.56% se dedica a realizar labores domésticas; en caso de los hombres, este porcentaje es únicamente del 1.61%.

Esta amplia diferencia entre hombres y mujeres provoca que el porcentaje calculado utilizando el total de la PEI no sea una indicación representativa de la situación de la población. Es la distribución entre hombres y mujeres la que permite identificar quiénes conforman la población trabajadora del cuidado no remunerado.

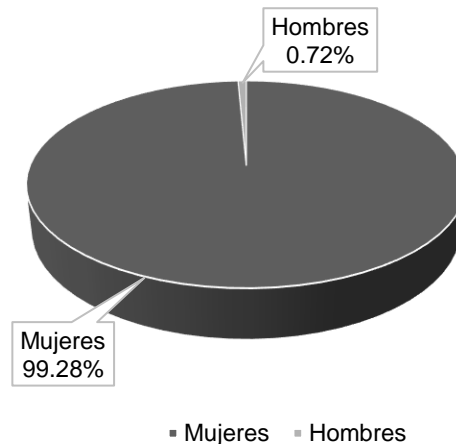
Gráfico 9. Participación por sexo de la PEI en la realización de labores domésticas no remuneradas, promedio 2009 – 2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DIGESTYC. EHPM (2009-2019).

Con la información anterior es posible identificar a la población trabajadora del cuidado no remunerado como la sección de la PEI que se dedica a realizar labores domésticas. Las diferencias entre hombres y mujeres que se han ido evidenciando a lo largo de la revisión de los datos son una clara indicación de la población trabajadora del cuidado no remunerado está compuesta casi de forma exclusiva por mujeres, lo cual es confirmado contundentemente al analizar este conjunto.

Gráfico 10. *Población del cuidado no remunerado según sexo, promedio 2009 – 2019*



Fuente: elaboración propia con base en datos de la DIGESTYC. EHPM (2009-2019).

Del total de personas que conforman la población trabajadora del cuidado no remunerado, el 99.28% son mujeres, mientras los hombres representan únicamente el 0.72% restante. Estos valores son nuevamente una clara indicación del papel que desempeñan los roles tradicionales de género en la determinación de las actividades a realizar por las personas, en los que se considera que son los hombres quienes se dedican a la realización de actividades remuneradas para el obtener el sustento económico para el hogar, mientras que las mujeres tienen una mayor propensión a dedicarse exclusivamente a la realización de labores de cuidados no remunerados en el hogar.

5.3.- Esfuerzos para cuantificar el valor económico del trabajo del cuidado no remunerado en el marco de las cuentas nacionales

El carácter no monetario ni mercantil del trabajado del cuidado no remunerado destaca una de las principales limitantes de los sistemas de contabilidad nacional actuales, al no contar con

una metodología que permita adaptarse a la medición de este tipo de actividades. Es por ello que resulta indispensable visibilizar de manera más efectiva el aporte que estas labores tienen en la economía nacional.

En el caso de El Salvador, estos esfuerzos se han materializado en la creación de la *Cuenta Satélite de Hogares 2010*. Este instrumento ha sido elaborado utilizando datos de la EHPM y la Encuestas de Uso del Tiempo para 2004-2005 y 2010, y su objetivo es medir las labores domésticas y los cuidados realizados por los miembros del hogar para producir servicios destinados al consumo del hogar, sin obtener un pago o remuneración, y que estén fuera de la frontera de la producción de la contabilidad nacional.

Estas estimaciones se realizan con base en la cantidad de tiempo que las personas dedican a la realización de estas labores a las que se atribuye un valor monetario por hora laborada, esta asignación genera un punto de comparación que es compatible con las cuentas nacionales, ya que posibilita visualizar este trabajo como porcentaje del PIB.

Este estudio reveló que el trabajo del cuidado no remunerado representó el 18.3% del PIB, equivalente a US\$3,925 millones, para 2010. De este total, el 79.2% se atribuye a las mujeres y el 20.8% restante a los hombres. Cabe resaltar que esta es la única estimación de cuenta satélite de hogares que se ha realizado en El Salvador hasta 2019 (BCR, 2017).

CAPÍTULO VI: REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS DE PROTECCION SOCIAL VINCULADAS AL ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES, DE JUNIO 2009 A DICIEMBRE 2019

6.1.-Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, de junio 2009 a mayo 2019

A pesar de la cuantiosa información encontrada en cuanto a programas de salud vinculados a las mujeres, es importante recalcar que las estadísticas disponibles de salud no dan información concreta sobre su relación con PEA, PET y PEI; no obstante, por la cantidad de mujeres en la PEI que se dedican a la realización de labores domésticas, es posible considerar que una parte importante de las usuarias de estos programas acceden a servicios de salud desde el sistema público.

Tabla 10. *Programas impulsados de junio 2009 a mayo 2019*

Programas impulsados de junio 2009 a mayo 2019.	Acciones tomadas (Vinculadas a la salud de las mujeres)
1.-Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se Construyeron 16 hogares de espera materna. ❖ Se crearon 3 hospitales con Unidad de Atención Especializada para Mujeres (UIAEM).
2.-Ciudad mujer y ciudad mujer joven en su acceso a salud	<p>Buscaba garantizar los derechos de las mujeres salvadoreñas que se encontraban en mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad, a través de una oferta integral y articulada de servicios especializados en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Como servicios de salud brindados se encuentran: atenciones en violencia doméstica, información sobre sus derechos, fortalecimiento en capacidades y habilidades en temas de alimentación y nutrición, distribución y entrega de alimentos e intervenciones de emergencia. A nivel nacional este programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Benefició a 9,319 mujeres con la toma de exámenes mamográficos de forma gratuita, con el propósito de prevenir y detectar tempranamente el cáncer de mama. -Atendió a un total de 16,393 mujeres con la realización de exámenes de citología de forma gratuita, con el propósito principal de prevenir y detectar tempranamente el cáncer cervicouterino. -Benefició a 234 mujeres con tratamientos odontológicos.
3.-Prevención y atención de	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se emitió el Programa de Atención Integral e Integrada en salud a las personas Víctimas de Violencia.

Programas impulsados de junio 2009 a mayo 2019.	Acciones tomadas (Vinculadas a la salud de las mujeres)
violencia contra las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se creó el “Manual de Capacitación para la Conformación de Grupos de Autoayuda”, para mujeres sobrevivientes de violencia. ❖ Se emitieron los “Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia”, con un apartado específico para la violencia contra las mujeres, que comprende violencia física, psicológica y sexual. El documento da los pasos y las directrices para la atención, iniciando con el tamizaje de violencia, indicando cómo tratar a las mujeres que consultan; cuáles son las condiciones de mayor riesgo de ser afectadas por violencia y las acciones que deben seguirse cuando aparece un caso.
4.-Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Plan para la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva. Además de desarrollar acciones estratégicas de empoderamiento en SSR a mujeres en su ciclo de vida, el Plan implementó acciones específicas en SSR dirigidas a mujeres con discapacidad, VIH, diversidad sexual, pueblos indígenas, y trabajadoras sexuales. ❖ Programa Nacional de Atención a la Sexualidad en el Ciclo de Vida, que tenía como fin preparar a la mujer para el ejercicio del derecho a una vida sexual, y a una maternidad-paternidad deseada y segura. ❖ Programa Nacional de Atención a las neoplasias prevalentes del Aparato Reproductor Masculino y Femenino. ❖ Mejora de infraestructura para realizar y analizar citologías. ❖ Construcción del Hospital Nacional de la Mujer, altamente especializado en ginecología y obstetricia. ❖ Investigación en torno a la salud sexual y reproductiva: Estudio sobre el “Perfil de la Mujer Salvadoreña con Cáncer Invasor de Cérvix”, el cual describe variables sociales, institucionales y de equidad presentes en ellas. ❖ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA: responsable de la prevención, atención y control de las infecciones de transmisión sexual y VIH Sida. ❖ Clínicas de Vigilancia Centinela para la Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS): Tenían como objetivo incrementar las intervenciones de prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, consejería en ITS/VIH hacia las poblaciones expuestas a mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
5.-Lactancia materna, y atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post natal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Programa Nacional de Atención a la Madre y al Feto: atendía el control prenatal, la planificación familiar y el parto hospitalario. ❖ Se crearon las siguientes herramientas para la atención pre y post natal: <ul style="list-style-type: none"> a) Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio (período que inmediatamente sigue al parto) y al recién nacido, con el fin de estandarizar, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la oferta de servicios brindados. b) Guía Clínica de Ginecología y Obstetricia, con el objetivo de establecer los lineamientos para la atención de las mujeres que necesitaran asistencia en las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Fuente: elaboración propia con base en ISDEMU (2015); ISDEMU (2018); ISDEMU (2019).

A pesar de la diversidad de programas llevados a cabo en relación a la salud, únicamente (2) Ciudad Mujer y Ciudad Mujer Joven presentan cifras concretas de la cantidad de mujeres beneficiadas. Además, no existen cifras que permitan saber con certeza si quienes se benefician de estas acciones son las mujeres que se dedican al trabajo del cuidado no remunerado, aun cuando en esta población se estima que se encuentra cerca de un millón de mujeres.

6.2.- Primeras acciones en materia de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres, tomadas por el gobierno del presidente Nayib Bukele, período junio-diciembre 2019

El Plan Cuscatlán fue expuesto por Nayib Bukele durante la campaña de elecciones a inicios de 2019, donde se desarrollan múltiples temas para los diversos sectores de la sociedad. Formando posteriormente la plataforma de gobierno, ya que para junio de 2019 el presidente electo toma posesión de su cargo, dicho plan está basado en 8 aristas que conforman el equipo de gobernanza del actual presidente:

1. Bienestar social.
2. Seguridad.
3. Migraciones y trabajo.
4. Internacional.
5. Industria, producción y tecnología.
6. Economía, beneficios sociales y finanzas.
7. Fomento y obras públicas.
8. Desarrollo territorial.

Los aspectos vinculados al trabajo del cuidado no remunerado y a la salud de las mujeres se encuentran en la sección “Bienestar Social”.

Tabla 11. *Programas y acciones vinculados a la salud de las mujeres, una perspectiva desde El Plan Cuscatlán y la realidad de junio a diciembre de 2019*

Programas y acciones	Plan Cuscatlán	Acciones tomadas de junio a diciembre de 2019
Secretaría Técnica y de Planificación de la	No se habla en concreto de esta secretaría en el Plan Cuscatlán, a pesar de atribuciones importantes como la coordinación de la política social	Dentro de las acciones tomadas por Nayib Bukele, se tuvo la eliminación del organigrama del Ejecutivo a las secretarías de Inclusión Social;

Programas y acciones	Plan Cuscatlán	Acciones tomadas de junio a diciembre de 2019
Presidencia (SETEPLAN).	establecida en la Ley de Desarrollo y Protección Social, documento que brindó protección legal a los programas sociales creados en las administraciones anteriores, como Ciudad Mujer, el vaso de leche, paquetes escolares y agrícolas, entre otros. (Plan Cuscatlán, 2019)	Transparencia y Anticorrupción; Gobernabilidad; Vulnerabilidad; y la Secretaría Técnica y de Planificación de la presidencia (SETEPLAN), según información retomada del boletín (FOCOS, 2019).
Secretaría de Inclusión Social.	<p>Son colaboradores del Sistema Nacional de Salud todos los actores cuya función pueda repercutir o influir en la prestación de los servicios de salud, entre ellos la Secretaría de Inclusión Social. Todas estas entidades deberán participar de forma integral e integrada bajo la rectora del Sistema Nacional de Salud en todos los niveles de atención en salud, con énfasis en el primer nivel de atención de acuerdo con las necesidades, programas, proyectos y estrategias que defina el sistema. (Plan Cuscatlán, 2019)</p> <p>En materia de autonomía económica para las mujeres pertenecientes al trabajo no remunerado, haciendo referencia a las labores de cuidado, se pretende en ese contexto según el Plan Cuscatlán (2019) buscar mecanismos que garanticen la seguridad social y autonomía económica como: Seguro Social, seguro de vida, AFP, acceso a bancas de apoyo financiero, capacitaciones en línea, descuentos en su movilidad.</p>	<p>Según información expuesta por el Presidente Nayib Bukele en su cuenta de Twitter, la nueva configuración ante la eliminación de las secretarías, se tiene: Ciudad Mujer, la Dirección de Diversidad Sexual (ambas dependencias de la Secretaría de Inclusión Social) y la Dirección de Reparación a Víctimas (dependencia de la Secretaría Técnica), pasarán a ser administradas por el Ministerio de Desarrollo Local, el Ministerio de Cultural y el Ministerio de Seguridad y Justicia, respectivamente (Periódico digital 102 Nueve, 2019).</p> <p>Por su parte, Casa Presidencial alegó que las competencias de las secretarías eliminadas “estaban siendo duplicadas por ministerios y otras entidades del Estado”.</p> <p>A pesar de que en el Plan Cuscatlán se dice reconocer la importancia de las labores de cuidado que las mujeres realizan para la reproducción de la vida de las familias, no se especifican acciones concretas para beneficiar a esta población en situación de vulnerabilidad en cuanto a su acceso a servicios de salud. En lugar de ello, lo que se plantea es garantizar la autonomía económica por medio de la inserción laboral de las mujeres que se encuentran en la esfera del trabajo del cuidado no remunerado, lo que denota un enfoque de seguridad social y no de protección social, dejando sin resolver todos los</p>

Programas y acciones	Plan Cuscatlán	Acciones tomadas de junio a diciembre de 2019
		problemas a los que se enfrenta dicha población.
Plan Estratégico Intersectorial para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente y joven.	<p>En el Plan Cuscatlán se señala la importancia de las actividades físicas, deportivas y recreativas para mantener una vida saludable y, a pesar de la existencia del Plan Intersectorial para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente y Joven, no se tiene claro los temas que desarrolla; por lo tanto, se propone la creación de una nueva educación y cultura física que promueva en sí misma una apuesta por la actividad física como un referente de salud, pero que además se ligue con el deporte y la recreación como derechos, y que todos ellos, juntos, desarrollen un ser humano integral en nuestra sociedad actual. (Plan Cuscatlán, 2019)</p>	<p>Se devuelve ley de los deportes por observaciones y el presidente Bukele sugiere ampliar la exención de impuestos al deporte e incluir la elección del representante de “reconocida afición y espíritu deportivo” en los Comités Deportivos Departamentales. (Diario El Mundo, 2019)</p>
Sistema Nacional Integrado de Salud.	<p>Promover un Sistema Nacional de Salud que fomente el envejecimiento activo y saludable, a través de la detección y atención temprana y oportuna de discapacidad psicosocial o enfermedades potencialmente mortales e incapacitantes, una cultura y sociedad de vejez, la correcta visualización y trato hacia las personas mayores al prestar servicios especializados, con énfasis en la geriatrización de todos los niveles de atención, del personal y del espacio de atención (Plan Cuscatlán, 2019)</p>	<p>Según información expuesta por La Prensa Gráfica (2019), Bukele anuncia Plan Nacional de Salud donde se planeaba comenzar a evaluar de manera inmediata y suplir todas las carencias del sistema nacional de Salud, con la creación de la Dirección Nacional de Prevención. Así también aseguró en agosto de 2019 que se había iniciado con el Plan 100, que amplía las atenciones las 24 horas para emergencias y para cubrir la mora de cirugías que se tienen en los hospitales de especialidades. A pesar de las declaratorias hechas por el presidente Nayib Bukele, se dio la eliminación de 14 programas sociales y económicos pertenecientes al sistema de protección social, entre ellos los de Agricultura Familiar, Alfabetización, y Atendiendo la Salud de la Mujer.</p> <p>Según un artículo de ALAI (2020), esta administración está desmontando los avances logrados con las reformas de 2009 y que han</p>

Programas y acciones	Plan Cuscatlán	Acciones tomadas de junio a diciembre de 2019
		tenido logros significativos en la reducción de mortalidad materna e infantil entre otras áreas. El actual Gobierno clausuró 17 ECOS familiares y recortó US\$33.5 millones al primer nivel de atención de salud, por lo que se ha tenido un aumento de enfermedades prevenibles como dengue, zika, paperas y otras.
Ciudad Mujer.	Dar continuidad y mejorar al Programa de Ciudad Mujer. Además de fortalecer la coordinación entre CONSALUD y el Programa Ciudad Mujer para establecer acciones priorizadas e inclusivas de información, educación sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, adolescentes, jóvenes y mujeres.	Es importante recalcar que se dio un recorte de recursos para Ciudad Mujer y el despido de personas pertenecientes al programa. Según Panorama económico (2020) al revisar el presupuesto 2020 se dio una reducción de \$2,060,785, de los \$11,674,540 establecidos en el presupuesto 2019 para el cumplimiento de la LEIV y la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres (LIE).
Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	A pesar de no hablar directamente del programa de seguridad alimentaria y nutricional, si se abarca a partir del Consejo Nacional de Salud (CONSALUD) el cual deberá proponer al ejecutivo una Estrategia Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional orientada a la persona, familia, comunidad y el entorno ambiental, con énfasis en la comunidad educativa, que contemple todo el curso de la vida, que fomente la alimentación saludable y la actividad física, incorporando a todos los actores sociales.	Para finales de 2019 no se había realizado ninguna acción concreta en pro de la alimentación y nutrición, y es hasta 2020 que hace una reserva de granos básicos como parte del Plan de Seguridad Alimentaria para la población.
Norma de Atención Integral Integrada a todas las	A pesar de que el Plan Cuscatlán no aborda esta norma directamente, si se habla sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Y propone la realización de una Política Integral de	No se han encontrado esfuerzos concretos por parte del gobierno para enfrentar la violencia de género, como lo establece el artículo 13 y 22 de la

Programas y acciones	Plan Cuscatlán	Acciones tomadas de junio a diciembre de 2019
<p>Formas de Violencia.</p> <p>Plan Intersectorial para la prevención y atención de la violencia en todas sus formas en todo el ciclo de vida.</p>	<p>Asistencia a mujeres que han sido víctimas de violencia de género, desarrollando un sistema de referencia, albergues, atención psicosocial, asistencia legal, y que se promuevan programas para la prevención y atención a la violencia contra las mujeres y niñas.</p> <p>Así como el incluir a las mujeres en el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia en todo su ciclo vital, así como programas dirigidos a hombres que busquen concientizarlos, reeducarlos y formarlos para prevenir la violencia contra las mujeres.</p>	<p>Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia (LEIV).</p>
<p>Política de Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>Programa Nacional de Atención a la Sexualidad en el Ciclo de Vida.</p>	<p>Según el Plan Cuscatlán (2019) al hablar de salud sexual y reproductiva, se dan propuestas concretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar acceso a la atención de salud gratuita y de calidad en el ciclo de vida, y con ello garantizar derechos sexuales y reproductivos como la Lactancia Materna, la preparación de las mujeres embarazadas, garantizando el parto humanizado y la erradicación de la violencia obstétrica. Como también, buscar la prevención de embarazos en adolescentes. ❖ Implementación de la incapacidad por paternidad por un mes, para apoyar a las madres durante los primeros días del recién nacido, lo que ayuda al desarrollo vínculos afectivos en la primera infancia. ❖ Incorporación de enfoques en los programas de atención en salud que orienten una atención libre de discriminación por identidad y/o expresión de género u orientación sexual. ❖ Creación de un observatorio de embarazos en adolescentes, con información seccionada por edad, departamento y municipio de procedencia 	<p>En materia de salud y atención a la sexualidad, se han dado retrocesos: en la asignación presupuestaria, donde hubo una reducción en los servicios de atención integral como Ciudad Mujer y el ISDEMU, que trabajan en materia de derechos de las mujeres.</p>

Fuente: elaboración propia con base en información periodística y el Plan Cuscatlán (2019).

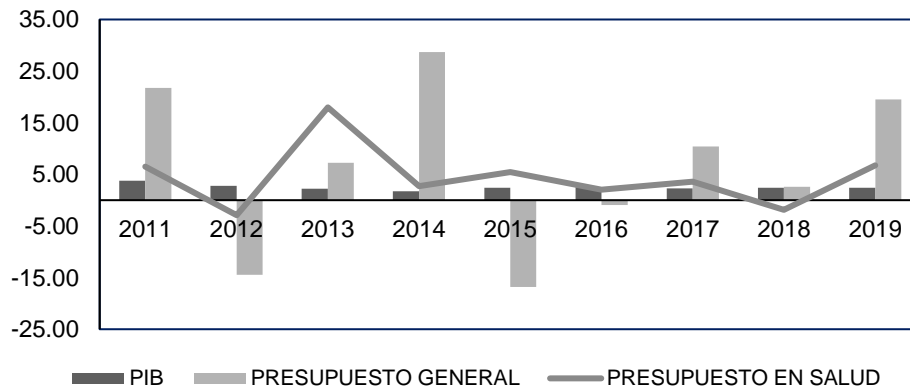
6.3.- Presupuesto público

En El Salvador, el subsistema de salud pública posee como ente rector al MINSAL, quien es el mayor prestador de servicios de salud en el país, siendo responsable de la cobertura del 72% de los salvadoreños y salvadoreñas. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral. El MINSAL ha dirigido el proceso de Reforma de Salud desde 2009 con la consiguiente inversión y ampliación de la infraestructura, esto ha generado una mejor cobertura en el ámbito no contributivo (Escobar, 2018a).

En el gráfico 11, se aprecian las Tasas del crecimiento del PIB, del Presupuesto General y del Presupuesto en salud, en El Salvador de 2011 a 2019. Es posible observar que, en los nueve años investigados, de 2011 a 2015 el comportamiento del presupuesto general y el presupuesto en salud fueron similarmente volátiles, pero que, a partir de 2016, creció más el presupuesto general que el presupuesto en salud.

Esta clara variabilidad en los presupuestos evidencia la falta de compromiso por destinar de forma constante, recursos suficientes que permitan ampliar la cobertura y mejorar la atención de los servicios de salud para la población. Estas variaciones también representan un obstáculo para el desarrollo de acciones de largo plazo, ya que no existen garantías de financiamiento constante.

Gráfico 11. Tasas de crecimiento del PIB, Presupuesto General y Presupuesto en salud, en El Salvador de 2011 a 2019

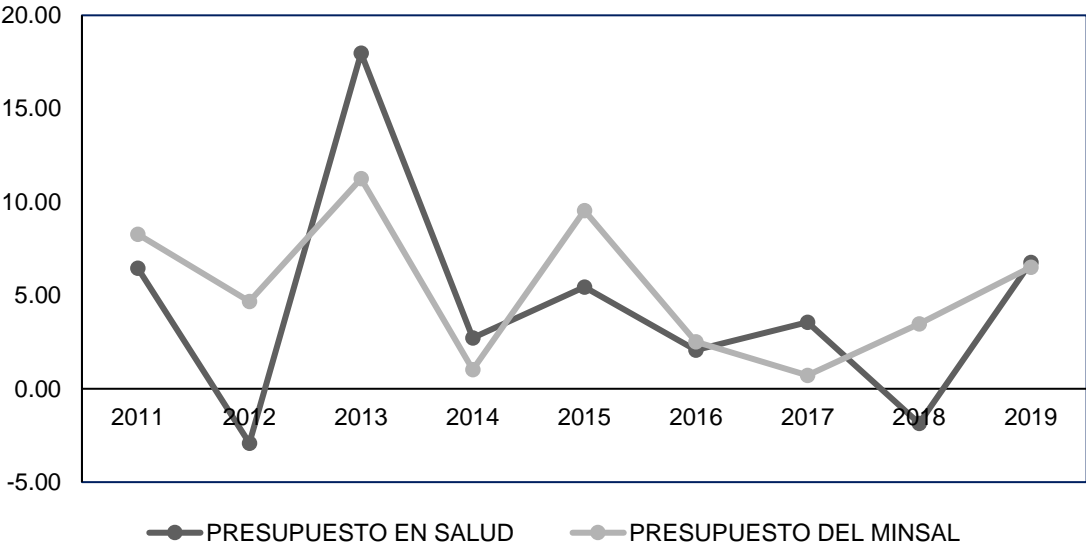


Fuente: elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

Al analizar al Ministerio de salud (MINSAL) como el ente que atendió a las mujeres del grupo poblacional que se estudia en esta investigación, es posible hacer el contraste presente en el gráfico 12, en el que se observan las Tasas de crecimiento del presupuesto en salud y del presupuesto del MINSAL, en El Salvador de 2011 a 2019. Se puede apreciar que las variaciones de ambos presupuestos han sido similares a lo largo de los nueve años investigados. Por otro lado, si se observa el gráfico 13, la proporción que se otorgó al MINSAL del presupuesto asignado a salud ha sido menos de la mitad para la mayoría de los años.

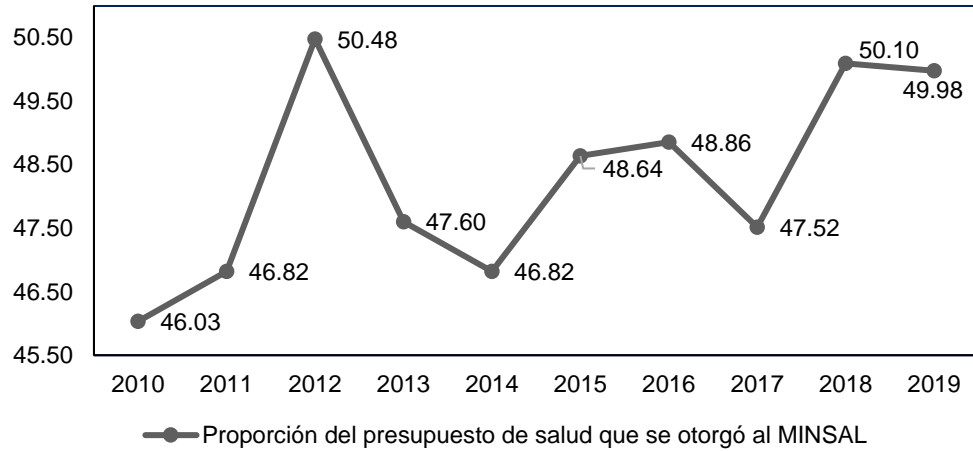
La baja asignación presupuestaria con la que cuenta el MINSAL conlleva a una baja cobertura de servicios de salud para la población, por lo que muchas personas se ven obligadas a realizar gastos de bolsillo para obtener servicios de salud. Esto afecta de manera especial a la población trabajadora del cuidado no remunerado, puesto que no realizan actividades de las que obtengan ingresos estables con los que puedan costear estos servicios.

Gráfico 12. *Tasas de crecimiento del presupuesto en salud y del presupuesto del MINSAL, en El Salvador de 2011 a 2019*



Fuente: elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

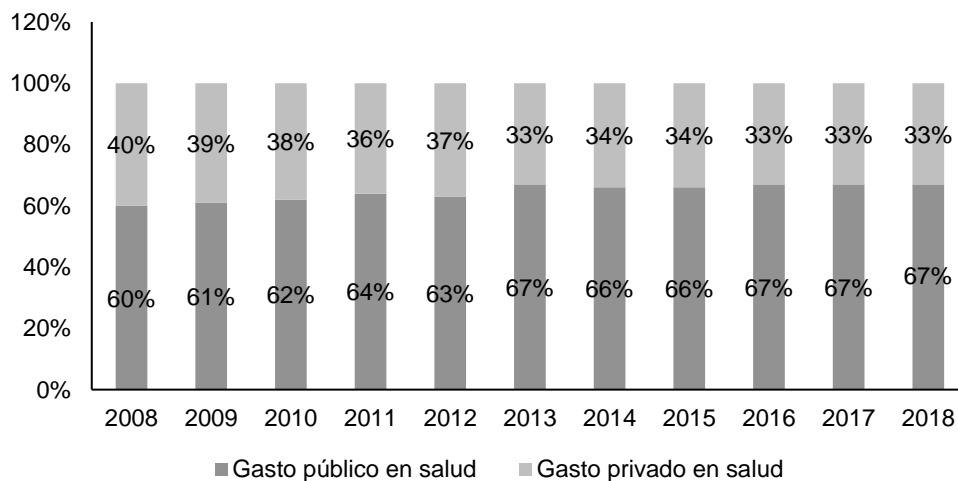
Gráfico 13. Proporción del presupuesto de salud que se otorgó al MINSAL, de 2010 a 2019



Fuente: elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

Se puede observar la evolución de la composición del Gasto nacional en salud en El Salvador, de 2008 a 2018, en el gráfico 14. En el período analizado es mayor el gasto público en salud, que el gasto privado en salud. Es importante señalar que, debido a la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud, el gasto público en salud incluye los gastos de cada uno de los prestadores de servicios de salud e incluso de otras instituciones que sin estar destinadas a prestar estos servicios lo hacen, aunque con un inadecuado enfoque curativo y de forma ineficiente, tales como algunas empresas públicas y los gobiernos municipales.

Gráfico 14. Composición del gasto nacional en salud en El Salvador, 2008-2018 (en porcentaje)

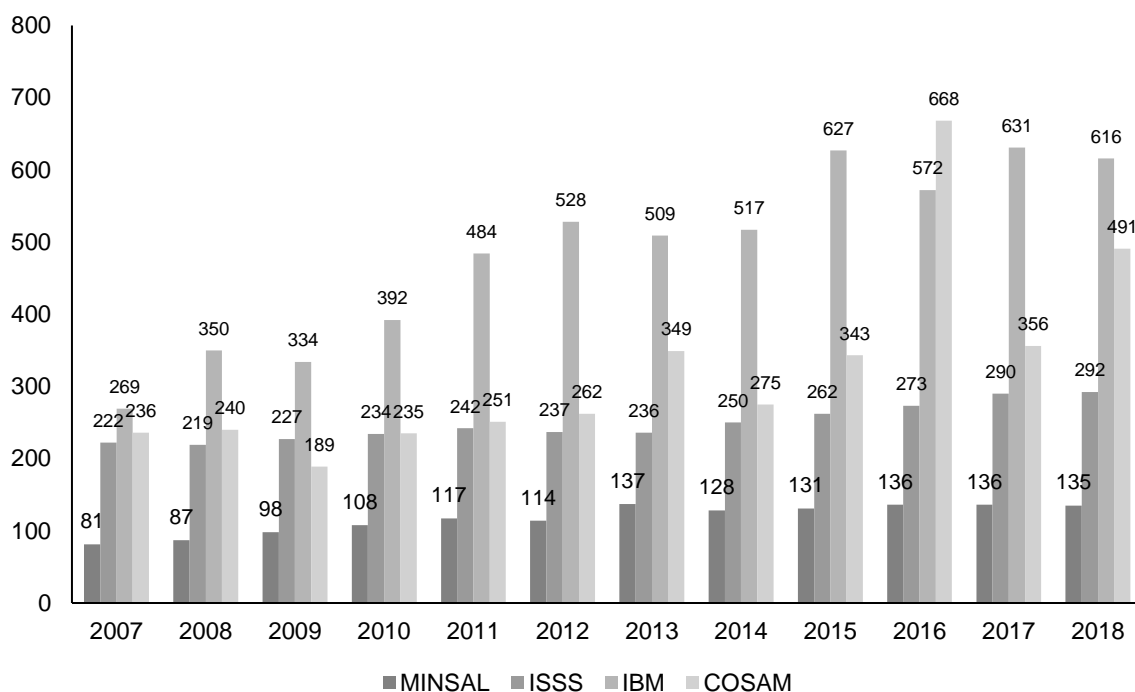


Fuente: elaboración propia con base en datos de MINSAL (2019).

El gasto público en salud incluye los gastos devengados de las siguientes instituciones: MINSAL y red de instituciones descentralizadas (hospitales, FOSALUD y otras entidades adscritas al ramo, incluyendo entidades subsidiadas), ISSS (régimen de salud), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Sanidad Militar (SM), Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA), Dirección Nacional de Medicamentos (a partir de 2012) y otras entidades públicas que ejecutan gastos en salud (empresas públicas, gobiernos municipales y otras).

En el gráfico 15, se encuentra desagregado el gasto promedio per cápita por institución de salud, del 2007 al 2017. Hay una segmentación que se evidencia en la distribución no equitativa del gasto público per cápita en la salud: para el 2017, el MINSAL tenía un gasto per cápita de US\$135; el ISSS de US\$292; el Comando de Sanidad Militar (COSAM) de US\$491; y el ISBM de US\$616 (Escobar, 2018a).

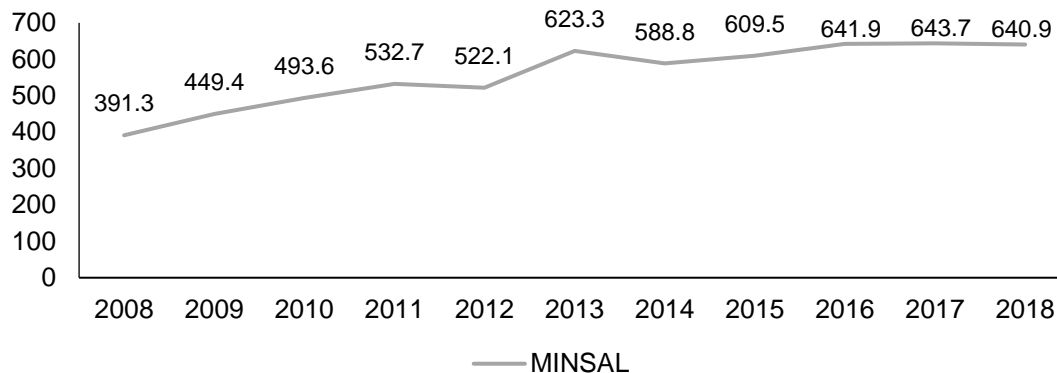
Gráfico 15. Gasto promedio per cápita por institución de salud, 2007-2017 (en US Dólares)



Fuente: elaboración propia con base en datos de MINSAL (2019).

En cuanto al Gasto Nacional en salud del MINSAL (en millones de US \$), en el gráfico 16 se observa un incremento sostenido a partir del 2009, siendo de \$449.4, y finalizando el período, en 2018, con \$640.9.

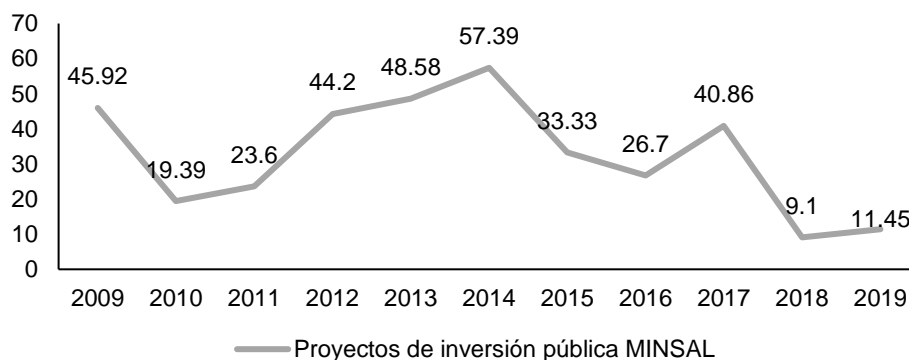
Gráfico 16. Gasto Nacional en salud MINSAL en El Salvador, 2008-2018 (millones de US \$)



Fuente: elaboración propia con base en datos de MINSAL (2019).

En el gráfico 17, se presenta la disminución que se ha dado en cuanto a lo que se invierte en Proyectos de inversión pública desde el MINSAL. De 2009 a 2019 se dio una disminución de \$45.92 a \$11.45 millones de dólares, respectivamente. Observándose el punto más alto en el 2014, con \$57.39 millones de dólares. Entre el 2010 y el 2014, la Reforma de Salud logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud y obtener avances en la salud pública, el acceso y la cobertura a una atención integral de salud, mediante la eliminación del pago en los sitios de atención pública y el acercamiento de los servicios a la población a través de los equipos comunitarios de salud familiar. Además, se dispuso la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo. No obstante, persiste la segmentación y la fragmentación del sistema (Escobar, 2018b).

Gráfico 17. Proyectos de inversión pública MINSAL 2009 – 2019 (en millones de US \$)



Fuente: elaboración propia con base en la asignación de recursos anual del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social.

Es importante resaltar que no hay disponibilidad de datos de presupuesto que den cuenta de la inversión en salud desagregada por género; no es posible conocer cuáles son mujeres y hombres, ni cuáles son las trabajadoras del hogar. Además, a pesar de que el MINSAL es responsable de la cobertura del 72% de los salvadoreños y salvadoreñas, es el organismo que en la práctica tiene el menor presupuesto per cápita.

6.3.1.- Reducción del gasto público en programas sociales

Por otra parte, es importante recordar que la política fiscal es la principal herramienta a disposición de los gobiernos para incidir sobre la distribución del ingreso en los países y, además, atacar las causas que generan la desigualdad e inequidad. Los sistemas tributarios son mecanismos importantes para superar problemas como la extrema desigualdad social y económica, la concentración del ingreso, evasión y elusión de impuestos. El aumento de los ingresos tributarios es primordial para garantizar el acceso a bienes públicos de calidad e inversión integral en el desarrollo de las personas (CEPAL y OXFAM, 2016, citados en Escobar, 2017b).

La estructura tributaria en El Salvador es regresiva, ya que el peso de los impuestos indirectos supera al de los impuestos directos². El IVA es el mayor representante de la regresividad fiscal en el país, mientras que el ISR lo es para el caso de la progresividad, en tanto que el primero es un impuesto indirecto y el último, uno directo.

La política fiscal salvadoreña se ha visto influenciada por los intereses de una élite económica que ha conducido a que se tenga una estructura de carga tributaria que favorezca la tributación indirecta que grava al consumo (IVA), y no a la tributación directa sobre la renta y el capital, trayendo como consecuencia un efecto regresivo en la distribución de los ingresos, ya que este tipo de impuestos afecta a personas de menores ingresos, al encarecer el precio de los bienes y afecta menos a las rentas más altas (OXFAM, 2015, citado en Escobar, 2017b).

² **Impuestos directos:** aquellos que gravan al ingreso, la riqueza, el capital, la propiedad o el patrimonio, y que, afectan de manera directa al sujeto del impuesto. Se caracterizan por poseer una naturaleza progresiva, puesto que la tasa media que pagan los(as) contribuyentes, bajo este tipo de impuestos, es mayor a medida que su ingreso aumenta.

Impuestos indirectos: aquellos que gravan los objetos de consumo o determinados servicios, y que se encuentran incluidos en el precio de los mismos, independientemente del nivel de renta del consumidor(a). Se caracterizan por ser de naturaleza regresiva, en tanto la tasa media que los contribuyentes pagan disminuye a medida que aumenta el ingreso de la persona; es decir, si bien el impuesto es el mismo para toda la población, se capta un porcentaje menor en relación al ingreso en la medida en que este aumenta (Cisneros et al., 2017).

Otro mecanismo por el que los grandes comerciantes se benefician, es por medio del gasto tributario del gobierno, que comprende beneficios fiscales para incentivar la inversión en actividades económicas determinadas. Sin embargo, estos beneficios fiscales representan importantes reducciones en la recaudación del gobierno, lo que limita sus capacidades de inversión en programas sociales. Según el Ministerio de Hacienda, para el año 2010, el total del gasto tributario por impuestos se estimó en \$1,049 millones de dólares, lo que representa más de dos veces el presupuesto dedicado al MINSAL en ese mismo año (López, 2017).

Por otra parte, al aprobarse en 2016 la Ley de Responsabilidad Fiscal para la sostenibilidad de las finanzas públicas y el desarrollo social, se tomó como punto de partida el ordenar las finanzas para tener un clima favorable al desarrollo social y al crecimiento; las medidas para su cumplimiento han estado fuertemente sesgadas hacia el tema del gasto, es decir controlar el gasto y controlar la deuda.

Existe una contradicción entre la Ley de Desarrollo y Protección Social y la Ley de responsabilidad fiscal. La Ley de Desarrollo y Protección Social, creada en 2013, es un instrumento nacional para la implementación de un sistema de protección social desde un enfoque de derechos. A pesar de haber un avance en la política social en los dos períodos analizados (junio 2014 a mayo 2019), al lograr aprobar esta ley, el problema ha sido que no hay un accionar universal de los programas sociales, ya que no se cuentan con los recursos necesarios, además de que hay una presión hacia la focalización. En El Salvador, en materia fiscal, se ve como un regalo y no como un derecho el otorgar servicios de protección social, provocando resistencias frente a destinar más recursos económicos para esta causa. Esto se contrapone a la idea de derechos universalmente garantizados, con lo que se busca focalizar en vez de universalizar su acceso.

La Ley de Desarrollo y Protección Social tiene el afán de ser una garantía universal, pero Ley de Responsabilidad Fiscal representa un freno para esta garantía. Esto conlleva a que el estado acote el crecimiento de los programas sociales por cuestiones fiscales, limitando la protección a las personas. En la búsqueda de hacer crecer los ingresos a una proporción mayor que la deuda y los gastos, muchas de las propuestas para alcanzar la sostenibilidad fiscal de El Salvador han llevado a una reducción drástica de los gastos públicos, lo que produce una disminución de la ejecución de los programas sociales por parte del Órgano Ejecutivo (Álvarez, 2019; Escobar, 2017; Barrera, 2016; Aguilar, 2016).

CAPÍTULO VII: MEJORES PRÁCTICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL DERECHO DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD ESENCIAL

7.1.- Revisión de casos

Se ha realizado un estudio de la situación de Chile, Costa Rica y Uruguay, en cuanto a la implementación de acciones y logros obtenidos encaminados a alcanzar la cobertura universal en acceso a salud para sus poblaciones. Esto con el fin de elaborar un conjunto de buenas prácticas en materia de políticas públicas para El Salvador.

Ya que la población objetivo para este estudio es la *población trabajadora del cuidado no remunerado*, se analizó su situación en los tres países, tomando en cuenta las Encuestas de Uso del Tiempo y las estadísticas de participación laboral referentes a PEA y PEI, correspondientes a cada país. Esta investigación reveló que es mayor la cantidad de mujeres que se dedican a la realización de labores domésticas en la PEI, para los tres casos; por lo que se investigó el funcionamiento de los sistemas de salud y programas, relacionados a las mujeres.

Es importante recalcar que, en cuanto a Políticas de protección social vinculados al acceso a la salud de las mujeres, los tres países no contienen acciones tan detalladas ni amplias como El Salvador, esto debido a los avances en la universalización y en la integración de sus sistemas de salud que permiten una cobertura garantizada a toda su población.

Para medir la eficiencia de los sistemas de salud de Chile, Costa Rica y Uruguay, se realizó un análisis comparativo en cuanto a financiamiento y esperanza de vida. Ocupando esta última como indicador para medir la eficiencia de los fondos destinados a la atención de salud. Ya que al realizar una inversión en salud se espera un resultado positivo para el mejoramiento de la salud de las personas, pero muchas veces los presupuestos asignados a la rama de salud son mal distribuidos, conllevando a un bajo impacto sobre las personas. Se ha tomado a Estados Unidos como referencia, al ser un ejemplo de que, cuando el aumento del gasto está muy focalizado en grupos minoritarios se hacen irrelevantes los efectos dentro de un país.

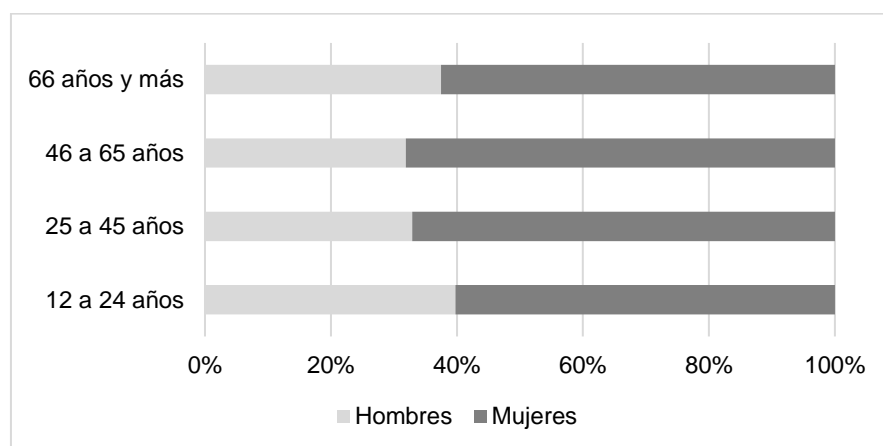
7.1.1.- Caso Chile

7.1.1.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Chile

Dentro de la Encuesta de Uso del tiempo de 2015 se caracterizan dos grupos de la población:

1. Aquella población dedicada al trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar, que comprende actividades como la preparación y servicio de comida dentro del hogar, la limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, la administración del hogar, compras del hogar, incluyendo los traslados relacionados, y el cuidado de mascotas y plantas (ENUT, 2015).

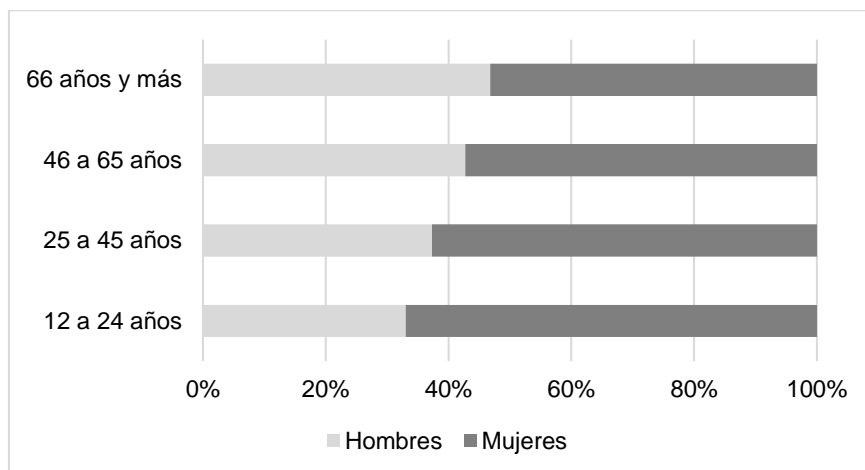
Gráfico 18. Trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar según sexo y tramo de edad



Fuente: elaboración propia con base en información de la ENUT Chile.

2. Aquella población dedicada al trabajo de cuidados no remunerado a integrantes del hogar, que comprende las acciones de cuidado a un niño, niña o a una persona adulta o anciana del propio hogar. Incluye actividades que se realizan en el hogar como cuidado de personas que requieren algún cuidado de salud permanente y están en condición de dependencia, el apoyo a niñas y niños de 0 a 4 años, a niños y niñas de 5 a 14 años, y también a personas sanas de 15 a 65 años y de 66 años y más que no requieren cuidados especiales, pero que siempre pueden necesitar algún tipo de cuidado (ENUT, 2015).

Gráfico 19. Trabajo de cuidados no remunerado a integrantes del hogar según sexo y tramo de edad



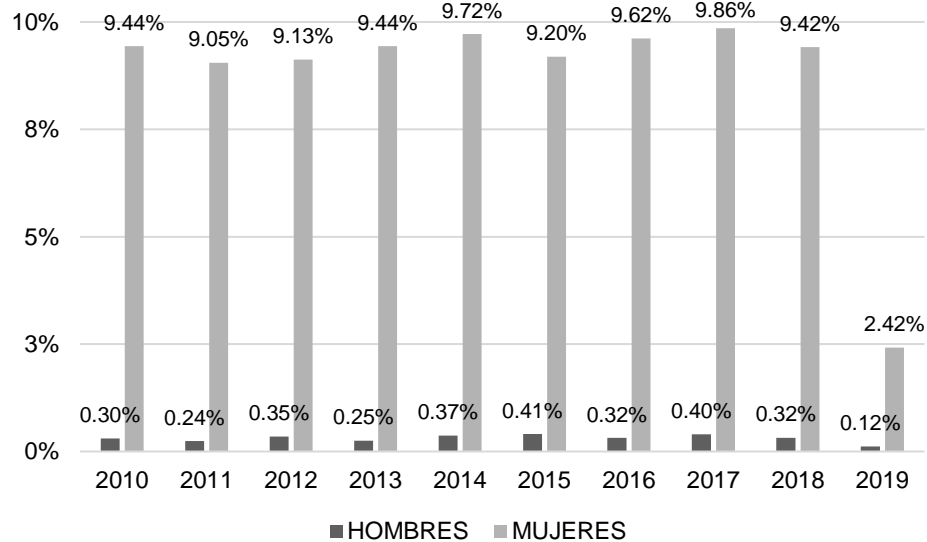
Fuente: elaboración propia con base en información de la ENUT Chile.

Es posible identificar que las mujeres, sin importar el tramo de edad en el que se encuentren, dedican mayor tiempo a realizar labores domésticas y de cuidado dentro del hogar. Sin embargo, aunque los hombres dedican mayor tiempo a labores del cuidado en los grupos etarios más avanzados, la proporción del tiempo que dedican las mujeres a lo largo de su ciclo de vida, continúa siendo mayor que la de los hombres.

Estadísticas de participación laboral en Chile

Existe una población que no es plenamente absorbida por el sistema de seguridad social y que se encuentran en desempleo o desocupados, debido a múltiples causas, entre las que se encuentran renuncias por responsabilidades familiares, ya sea por dedicarse al cuidado de hijos o personas dependientes. Esto es relevante para definir a las personas que se dedican a labores de cuidado y por lo que les es imposible incorporarse al sector productivo formal. En la gráfica 20 se puede observar la evolución de hombres y mujeres que dejan el empleo formal para incorporarse al trabajo del cuidado no remunerado.

Gráfico 20. Población desocupada a causa de labores de cuidado, desagregadas por género para el periodo 2010 - 2019

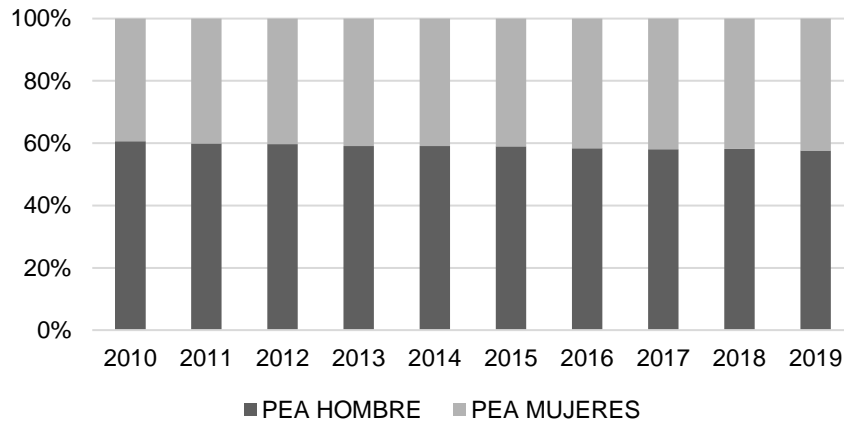


Fuente: elaboración propia con base en información tomada del Banco de datos de la Encuesta Nacional de Empleo en Chile.

Es importante no perder de vista que la población desocupada por causas de labores de cuidado representa alrededor de un 10% de toda la población desocupada, y al desagregar por género a esta población se puede observar que la mayor parte de estas personas son mujeres.

En la gráfica 21 se puede observar la evolución de la PEA desagregada por sexo, pudiendo observarse que existe una relación inversamente proporcional, ya que se ha dado un aumento de la PEA para las mujeres, y en cambio la PEA de los hombres ha ido disminuyendo desde 2010 hasta 2019, pudiendo deducirse que ha sido por avances en los programas de inclusión que se han dado en la región. A pesar de esta situación, el porcentaje de hombres ocupados es mayor que el porcentaje de mujeres, tendiendo cada vez más a un estado igualitario de la población activa.

Gráfico 21. Población Económicamente Activa de Chile desagregada por género, desde 2010 a 2019



Fuente: elaboración propia con base en información tomada del Banco de datos de la Encuesta Nacional de Empleo en Chile.

Ante un aumento de la precarización de los empleos y un aumento del desempleo, que propulsa el crecimiento del sector informal, se miraba atentada la seguridad social bajo el régimen contributivo, surgiendo la necesidad de que el Estado Chileno financie la salud de la población. El Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA) señala que las consecuencias de la precariedad en el empleo se han visto emergentes inmediatamente, generando un ambiente de inseguridad para los empleos, haciendo que para 2006 sólo 25% de la población afiliada pagara cuotas por el año completo (Urriola, 2016).

Esfuerzos para cuantificar el valor económico del trabajo del cuidado no remunerado en el marco de las cuentas nacionales

Partiendo de los datos obtenidos en la Encuesta de Uso del tiempo de 2015, retomando específicamente la información relacionada a aquellas personas que se dedican al trabajo del cuidado y al trabajo doméstico no remunerados, se realiza una valoración económica por parte de la Organización sin fines de lucro “Comunidad Mujer”. Según este estudio, del total del tiempo dedicado a la realización de estas labores, el 71.7% fue desarrollado por mujeres, mientras los hombres realizaron el 28.3% restante. Para 2015, estas actividades se valoraron, en 44.492 mil millones de pesos, año en que el PIB Ampliado fue de 204 mil millones de pesos; por lo tanto, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado representaron el 22% del PIB Ampliado, lo que supera la contribución de todas las otras ramas de actividad económica.

Como referencia, la rama de “Servicios financieros y empresariales” aportó solo el 11,8% del PIB Ampliado. Esto destaca el gran peso del trabajo doméstico y del cuidado para el desarrollo del sistema económico y social (Comunidad Mujer, 2019).

Cabe resaltar que este tipo de estimaciones no han sido realizadas por parte de las instituciones gubernamentales, sino que por organismos independientes.

7.1.1.2.- Sistema de Salud de Chile

En materia de seguridad social en salud, se comenzaron a fomentar los primeros puntos para el país de Chile, estableciendo en su Constitución Política de 1980 la consolidación formal de los derechos sociales, bajo el amparo de dos sistemas: uno público y otro privado, cubriendo a aquellas personas más vulnerables por la falta de recursos económicos. Y es desde 1980 que se comienza a priorizar e instaurar un sistema mixto de salud en el que “los trabajadores podían optar por que sus cotizaciones (7% de los ingresos) fueran administradas por aseguradoras privadas o por el seguro público, es decir el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que, además, tiene por misión cubrir a las personas de bajos recursos” (Urriola, 2016).

Estructura y cobertura del Sistema de Salud

El financiamiento de la rama de salud en Chile se basa según (Urriola, 2016), en:

1. Aportes fiscales.
2. Cotizaciones obligatorias a la seguridad social.
3. Gasto estatal.

Programas especiales del sistema público y su cobertura

Basándose en el plan AUGE, implementado en 2005, se comenzaron a diversificar los programas especiales para una atención en salud más integral de toda la población: los programas que están incluidos en este plan fueron los siguientes (Urriola, 2016):

Tabla 12. Programas públicos que se consolidaron en el Plan AUGE

Programas	Descripción	Cobertura
Seguro catastrófico	En funcionamiento desde 1999, dando atención a enfermedades de alto costo como el cáncer, derrames, tumores y problemas cardiovasculares.	100% de financiamiento.
Programa Adulto Mayor	Implementado para mayores de 60 años, atendiendo los padecimientos y enfermedades de los adultos mayores.	Cobertura variable y aumenta para los casos de afectaciones o dolencias propias de la edad.
Programa Oportunidad en la Atención	Implementado desde 1996, contribuyendo a promover las capacidades de oferta del sector público, acudiendo al sector privado para disminuir las listas de espera y aumentar la protección de los enfermos.	Cobertura variable y se dan bonificaciones adicionales, principalmente quirúrgicas.
Atenciones de Urgencias	Amparado hasta 1999 con una serie de disposiciones legales, donde se prohíbe el pago para la atención en urgencias.	Toda la población
Programa de reparación y atención integral en salud y derechos humanos (PRAIS)	Destinado dicho programa para la atención integral de salud para los detenidos y víctimas de represión, y para aquellos que lucharon por el cumplimiento de los derechos humanos por un periodo continuo de 10 años y sus familias, aquellos que se pueden ver beneficiados son aquellos que cumplen las condiciones entre el año 1973 y 1990.	Para 2005 se habían beneficiado más de 160,000 personas.

Fuente: elaboración propia con base en información tomada de (Urriola, 2016).

La protección social en Chile conforma un enfoque para el reconocimiento igualitario y universal de la salud y su atención, buscando garantizar que los derechos sociales y humanos se vean contemplados para asegurar condiciones de mejora continua, reduciendo el riesgo y vulnerabilidad en el que viven muchas de las mujeres que se dedican a labores de cuidado.

Entre 2001 y 2010 se realizaron los mayores avances en el fortalecimiento del sistema de protección social en materia de salud esencial, tratando de incrementar la mayor atención y gestión en salud, caminando hacia una mejor atención y servicio, para asegurar una atención digna e igualitaria para cada ciudadana sin importar el factor económico. Pero a pesar de que en estos años se dio el mayor auge, desde el siglo XX se venía instaurando las bases para la universalización de la atención en salud, sin importar que se estuviera con el régimen contributivo o no contributivo, logrando de esta manera una mayor protección de las

poblaciones vulnerables, entre las que se encuentra aquella que se dedica a labores del cuidado no remunerado.

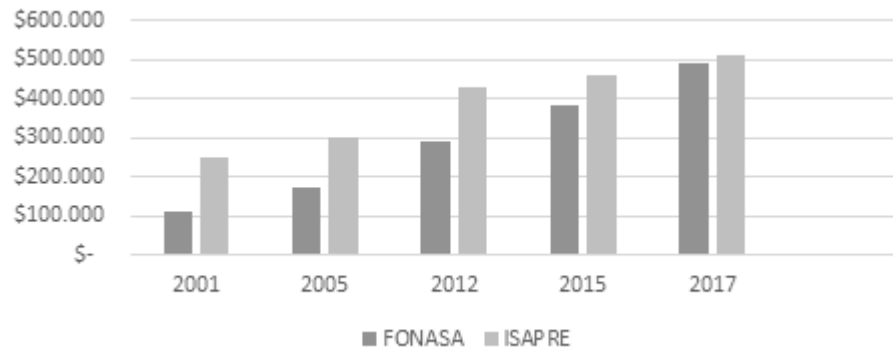
Es importante destacar que se han dado avances para aumentar las prestaciones de las mujeres y hombres pertenecientes al régimen no contributivo para que estas puedan acceder a la atención de salud esencial y a la asistencia médica, por lo que todos los programas antes mencionados se enfocan en la población vulnerable con el objetivo según (OCHISAP, S.F) de “priorizar las políticas de protección social implementadas y gestionadas por el gobierno, tal como; los beneficios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; y población en extrema pobreza”. Donde el financiamiento de estos programas recae sobre el Fondo Nacional de Salud.

Como todo sistema de protección social, nace de la idea inicial de la seguridad social que es brindada a aquellas personas que se encuentran bajo el régimen contributivo, buscando en primera instancia la protección de los y las trabajadoras, ya que en primer momento se visualizaba el que todas las personas estuvieran bajo la figura asalariada. Pero conforme se fue analizando, se dio el surgimiento de un problema económico y social, ya que no todas las personas convergían al empleo formal, creciendo proporcionalmente el desempleo en relación con la PEA, siendo esto un detonante para el surgimiento de la idea de universalizar la atención en salud en Chile para la protección igualitaria de todas las personas que conforman la sociedad. Esto es evidente al visualizar las estadísticas de los asalariados dependientes que para 1980 representaban el 70% de la fuerza laboral ocupada, mientras que en 2005 los asalariados dependientes representaban el 65% de los trabajadores ocupados. Aumentando el número de mujeres que no tienen trabajo pero que están disponibles para buscar empleo, siendo para 1980 de 10.07% y en 2005 de 13.01%, mientras que en el caso de los hombres se dio caso contrario habiendo una disminución del desempleo, teniendo para 1980 un 10.62% y para 2005 un 7.64%, según datos del Banco Mundial.

A pesar de que existe un sistema de seguros de salud mixtos, tanto públicos como privados, que para 2005 habían logrado cubrir al 88% de la población, no existe una desagregación por género para constatar que la población que se dedica a labores de cuidado es cubierta por este sistema. Según información del estudio de (Urriola, 2016), presentada en el gráfico 22, el gasto per cápita de asistencia en salud, tanto para el sistema público de salud (FONASA) como para

el sistema privado de salud: Instituciones de salud previsual (Isapres), ha mostrado una tendencia al alza.

Gráfico 22. Gasto per cápita en asistencia de salud pública y privada



Fuente: elaboración propia con base en Boletín Fonasa y estimación Asociación de Isapres.

A pesar de que se ha ido aumentando el gasto per cápita en salud para el sector, público es hasta 2017 que este sector aumenta casi llegando a igualar el gasto per cápita privado, debido a que se tomaron medidas desde 2001 para modificar la legislación de Chile para tener una mayor protección de los grupos más vulnerables. Algunos avances destacados fueron según (Urriola, 2016) el “derecho a extender la atención de salud en calidad de afiliados, hasta un año después de haber pagado su última cuota, con sólo acreditar 60 días de cotizaciones en FONASA dentro del año. Esto significa que 200,000 temporeros y sus familias (otras 200,000 personas) fueron cubiertas en 2005 por FONASA”. También se ha destacado la extensión hecha para las personas desempleadas, de los cuales 65,000 fueron aceptados para 2005 por el seguro público, obteniendo plenos derechos.

Para el caso de los beneficiarios no cotizantes del FONASA se tienen según (Urriola, 2016)

- Los familiares a cargo de los cotizantes, que cumplan con los requisitos del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 150. Esta condición, vigente desde la instauración del sistema mixto a principios de los años ochenta, también es válida en el seguro privado.
- La mujer embarazada, que no tiene previsión, hasta el sexto mes del nacimiento del hijo.

- Personas carentes de recursos o indigentes (FONASA A) que, por lo demás, representaron en 2005 el 34,3% de los beneficiarios del seguro público (casi 4 millones de personas).
- Beneficiarios de pensiones asistenciales de invalidez y ancianidad (PASIS).
- Causantes del Subsidio Único Familiar (SUF), entregado por las municipalidades a los menores de 18 años de edad, a la mujer embarazada y a los causantes discapacitados mentales de cualquier edad, que no perciban una PASIS.

Servicios de salud con cobertura universal

Chile ha ido avanzando desde mediados del siglo XX, siendo de los primeros países en hablar de la universalización de los sistemas y accesos de salud, teniendo impactos importantes como la disminución de la tasa de mortalidad infantil, ocupando en el año 2000 el primer lugar en igualdad de la supervivencia infantil, otorgado por la OMS. Es así como Chile ha ido avanzando en el camino, teniendo a la fecha una gama de servicios asistenciales de salud con cobertura universal que permite dar servicios más amplios, como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. *Servicios de Salud con cobertura universal en Chile*

Tipo de servicio	Amparo legal
Atención de urgencia	Según las disposiciones legales vigentes, tienen acceso a los servicios de urgencia todas las personas que los necesiten, sin importar si son beneficiarias del sistema público de salud o del lugar donde se encuentren. El Decreto 896, de 1999, del Ministerio de Salud precisa la creación de los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), que tuvieron su apogeo en la década siguiente (13 en 1990 y 152 en 2004). Éstos son establecimientos de salud que atienden durante los horarios en que los consultorios habituales no lo hacen. Forman parte de la red de urgencia que presta atención inicial en casos de suma gravedad. De hecho, esta modalidad cubrió 29% de las atenciones médicas en 2004.
Atención primaria de salud	La cobertura asegurada en la atención primaria de salud (APS) constituida por cinco programas principales: Salud del Niño y del Adolescente; Salud del Ambiente; Salud Materno perinatal; Salud del Adulto y Odontológica y Programa de Laboratorios Básicos. En este nivel se efectúan alrededor de 17 millones de consultas médicas anuales. No obstante, 20% de las personas inscritas en la APS municipalizada acuden a prestadores privados y no usan sus derechos a prestaciones homologables gratuitas en el sector público.

Fuente: elaboración propia con base en información retomada de (Urriola, 2016).

Es importante también identificar que la cobertura del acceso a la atención de salud esencial está amparada bajo un marco legal en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, conocida como Garantías Explícitas en Salud (GES), siendo consecuencia de esa ley el fortalecimiento de la universalidad de acceso a prestaciones de salud. Dado que según (Urriola, 2016) “el sistema de salud público nacional es otorgado de manera universal y formal de acceso a la atención de salud. No hay exclusión para las personas inscritas en el seguro público por ninguna condición, sea étnica, de ingresos, de sexo u otra.” Así también, conforme se ha ido avanzando, se han identificado precariedades dentro del sistema público que han sido incluidas de manera gradual en el Plan, marcando la pauta para mejorar la atención de salud y ampliarse de tal manera que se logre abarcar a toda la población por medio de una atención integral y eficaz.

7.1.1.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud pública en Chile a 2019

Entre los programas que tiene Chile para garantizar una máxima cobertura en materia de salud para las mujeres y hombres que se encuentran fuera del régimen contributivo, se tienen programas públicos que buscan proteger a la población, entre los programas de sociales dirigidos por el estado y los ministerios se tiene según (BIPS, s.f):

Tabla 14. *Programas públicos vigentes según los indicadores de protección social de Chile*

Indicadores	Programas	Descripción	Ppto. 2019 en Mill. De pesos chilenos
1.-Atención Integral de la Salud para la mujer adolescente, joven y adulta.	- Adopción de Mujeres en Conflicto con el Embarazo.	- El programa busca que mujeres embarazadas en conflicto con un embarazo avanzado, y que se encuentran solas, en un estado de confusión emocional, decidan el futuro del hijo/a que está por nacer en forma responsable, libre e informada. Para ello el programa les entrega información y orientación psicosocial y jurídica que les permite decidir si asumen a su hijo o lo ceden para la adopción.	\$328

Indicadores	Programas	Descripción	Ppto. 2019 en Mill. De pesos chilenos
	<ul style="list-style-type: none"> - Piloto de Atención en Salud Integral para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente 	<p>El programa busca mejorar las condiciones de salud de niños niñas y adolescentes (NNA) que participan de programas del SENAME ya sea con vulneración de derechos o del sistema de responsabilidad penal adolescente. Para esto incorpora dos componentes: La Atenciones de Salud Primaria y la Atención de Salud Mental.</p>	\$3.762
2.-Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Reparación y Atención Integral de Salud. 	<p>El programa busca atender de manera gratuita a las personas afectadas por represión política ejercida por el Estado entre 1973-1990 que evidencian un impacto negativo en su salud.</p>	\$6.481
3.-Acceso a salud de mujeres en mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Planes de Promoción de la Salud para Municipios Comunas y Comunidades Saludables 	<p>El programa busca generar políticas locales en promoción de la salud, a través de, la celebración de convenios de colaboración entre las Seremis de Salud y las municipalidades</p>	\$4.277
4.-Seguridad alimentaria y nutricional, aliviando el hambre y la desnutrición crónica.	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Nacional de Alimentación Complementaria. 	<p>El programa busca mantener el óptimo estado nutricional por parte de gestantes, mujeres que amamantan, niños/as menores de 6 años, personas con enfermedades metabólicas y niños menores de 2 años con alergia a la proteína de la leche de vaca, a través de la entrega de alimentos sanos, seguros y especializados.</p>	\$46.104
	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor 	<p>El programa busca disminuir el déficit de los nutrientes críticos y deterioro del estado nutricional del adulto mayor, causando la pérdida de funcionalidad mediante un conjunto de actividades de apoyo alimentario-nutricional de carácter preventivo y de recuperación.</p>	\$25.201

Indicadores	Programas	Descripción	Ppto. 2019 en Mill. De pesos chilenos
5.-La atención psicológica y física a todas las formas de violencia.	- Protección de Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual.	El programa busca una recuperación integral de niños(as) y adolescentes que han sido víctimas de graves vulneraciones de derechos, ya que han sufrido maltrato físico o psicológico grave y agresión sexual, situaciones calificadas por la constitución como delito, y que involucran daño a nivel físico, social, emocional y/o del desarrollo sexual que ponen en riesgo su inserción social.	\$30.771
	- Plan Nacional de Demencia	El programa busca mejorar la calidad de vida de personas con demencia y su cuidador/familiar, mediante el acceso a una atención socio sanitaria integral y continua.	\$1.933
	- Atención, Protección y Reparación Integral de Violencias contra las Mujeres.	El programa busca propiciar una vida libre de violencias para todas las mujeres en su diversidad, contribuyendo a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en Chile. Para ello, brinda atención presencial o remota a mujeres que han vivido violencia de pareja, reeduca a los hombres que ejercen violencias a sus parejas o ex parejas mujeres.	\$13.247
6.-Salud Sexual y reproductiva de las mujeres.	- Programa Prevención del VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.	El programa busca atender el continuo crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Además de una intervención regional, participativos e intersectoriales, orientados a promover la Salud Sexual y prevenir las infecciones.	\$3.449
	- Programa Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción	Se busca contribuir a fortalecer la autonomía física de mujeres y jóvenes de ambos sexos, promoviendo relaciones humanas basadas en el respeto y el Buen vivir de la sexualidad y la reproducción. Para el cumplimiento de esto proporcionará herramientas a mujeres y jóvenes de ambos sexos	\$921

Indicadores	Programas	Descripción	Ppto. 2019 en Mill. De pesos chilenos
		para el ejercicio pleno de su sexualidad y reproducción en coherencia con sus proyectos de vida.	
7.-Prevención del riesgo reproductivo y de las principales causas de mortalidad derivadas de la salud sexual de las mujeres.	No sé ha encontrado información concreta y pertinente a este indicador dentro de los programas sociales desarrollados por el Estado de Chile.		
8.-Lactancia materna, y atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post natal.	- Chile Crece Contigo.	Es el subsistema de protección integral a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños y niñas quedando integrados al sistema Chile Crece Contigo cuando sus madres realizan el primer control de embarazo en el sistema público de salud. Ahí se inicia su acompañamiento personalizado a la trayectoria de desarrollo que llega hasta el término del primer ciclo de educación básica.	-
	- Ley del Post Natal	Permite a las madres (y eventualmente los padres) ampliar el tiempo para acompañar a sus hijos recién nacidos. Dando a las madres un subsidio maternal, financiado por el Estado, que cubre su remuneración durante esta extensión del permiso post natal.	-

Fuente: elaboración propia con base en información tomada de (BIPS, s.f).

7.1.2.- Caso Uruguay

7.1.2.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Uruguay

Encuesta de Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado en Uruguay para 2013

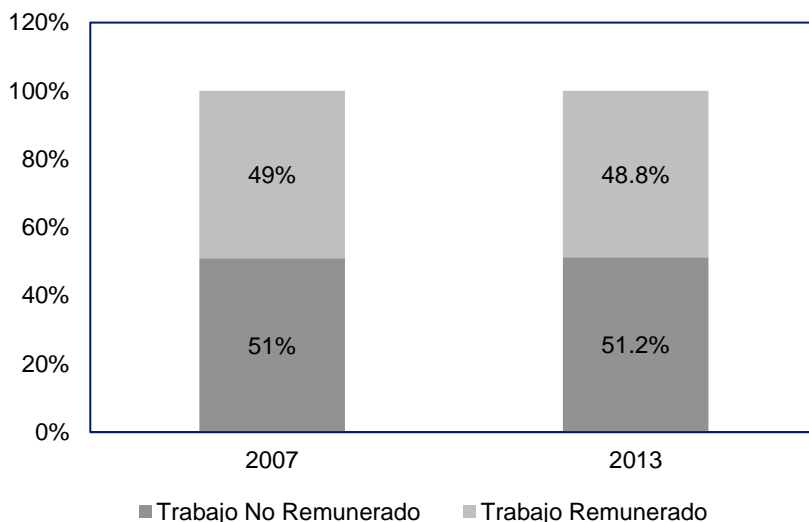
La Encuesta sobre Uso del Tiempo contribuye a visibilizar la división sexual del trabajo en las familias y la relación entre los distintos sectores proveedores de bienestar. En Uruguay, estas encuestas han sido llevadas a cabo en tres ocasiones: 2003, 2007 y 2013.

La Encuesta sobre Uso del Tiempo 2013 (a escala nacional) fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística, a solicitud del Instituto Nacional de las Mujeres, con la asistencia técnica del Área de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República de Uruguay, y el apoyo y financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se trata de la tercera medición y la segunda encuesta nacional de este tipo llevada a cabo en Uruguay (Batthyany, 2017).

La información obtenida en esta encuesta revela que no existe equidad en el tiempo dedicado por la población uruguaya a la realización de trabajo doméstico no remunerado: En el gráfico 23 es posible apreciar que la mitad del trabajo que se realiza en Uruguay corresponde al trabajo no remunerado, siendo esta proporción de 51,2% para el año 2013, y de 51% para 2007.

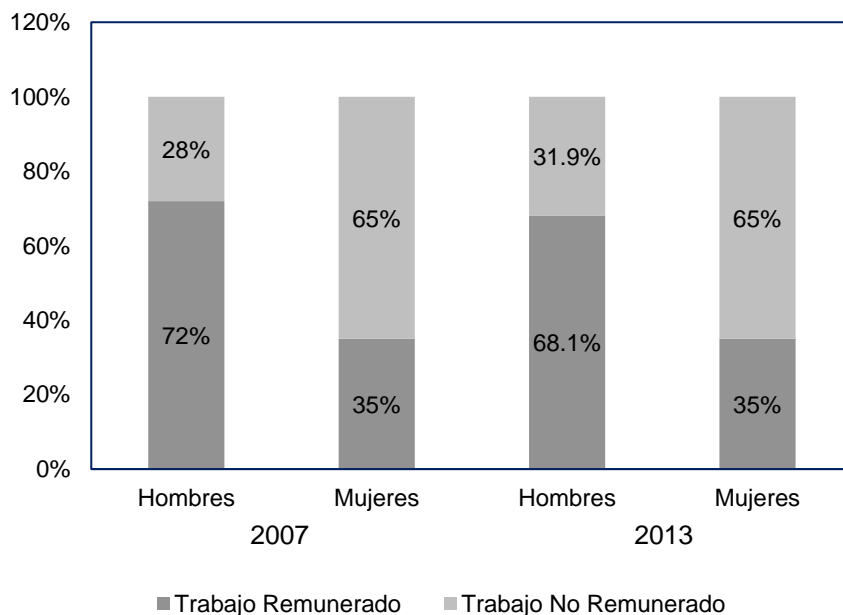
Un aspecto relevante es que no hay una distribución equitativa entre hombres y mujeres en la dedicación al Trabajo No Remunerado y al Trabajo Remunerado. El gráfico 24 muestra que, para 2007 y 2013, con un porcentaje de 65%, dos tercios del tiempo de trabajo de las mujeres es dedicado al trabajo no remunerado, y el tercio restante, de 35%, al remunerado. En el caso de los hombres, estas proporciones se invierten, es decir, un tercio del tiempo se dedica al trabajo no remunerado, siendo de 28% para 2017 y 31,9% para 2013, y dos tercios al trabajo remunerado, siendo de 72% en 2007, y de 68,1% en 2013. A pesar de ello respecto al año 2007, los hombres aumentaron levemente, de 28% a 32%, su proporción de carga de trabajo no remunerado.

Gráfico 23. Distribución porcentual de la carga total de trabajo según trabajo remunerado y no remunerado, en Uruguay para 2007 y 2013



Fuente: elaboración propia con base en Módulo EUT (2013).

Gráfico 24. Distribución porcentual de la carga total de Trabajo Remunerado y No Remunerado por sexo, en Uruguay para 2007 y 2013



Fuente: elaboración propia con base en Módulo EUT (2013).

Los resultados destacados de la Encuesta de Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado en Uruguay para 2013, son concluyentes en seis puntos:

1. Las mujeres tienen una carga de trabajo no remunerado que duplica las horas dedicadas por los hombres.
2. Si bien los hombres trabajan de forma remunerada más horas que las mujeres, al incorporar las horas de trabajo no remunerado, las mujeres tienen una carga total de trabajo semanal significativamente mayor.
3. Dos tercios del trabajo de las mujeres es trabajo no remunerado, mientras que entre los hombres solamente un tercio de su trabajo lo es.
4. Las mujeres participan en las actividades de cuidado en mayor medida que los hombres. Siendo el cuidado infantil donde se registran las mayores brechas de género.
5. La carga de trabajo que las mujeres realizan en materia de cuidado a personas dependientes aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos de los hogares. Más aún, las brechas de género también se acentúan a medida que disminuyen los ingresos de los hogares.
6. Aunque los hombres aumentaron levemente su participación en los trabajos no remunerados, sigue siendo la mitad que la participación de las mujeres. El involucramiento equitativo en el trabajo doméstico y de cuidados sigue siendo una gran deuda en las relaciones de género (Encuesta de uso del tiempo de Uruguay, 2013).

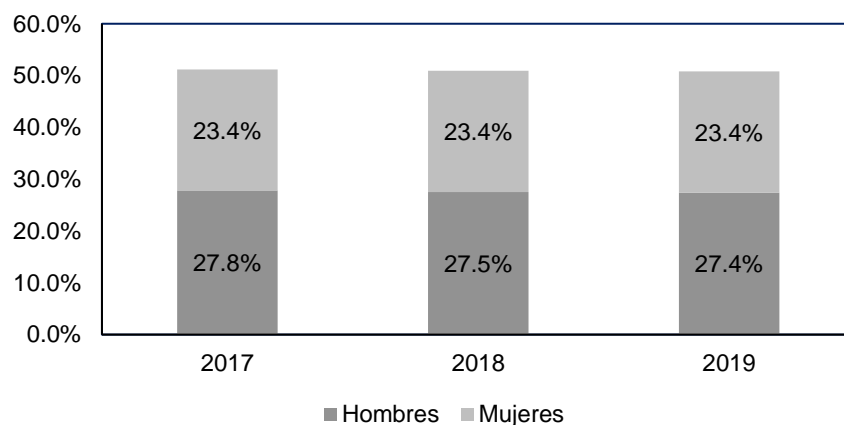
Estadísticas de participación laboral en Uruguay

En Uruguay, las estadísticas recopiladas en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay ayudan a comprender la situación en la que se encuentran las personas que se dedican al cuidado no remunerado. Es por medio de estos datos que se puede obtener una aproximación de cuántas personas se dedican a estas actividades, y la proporción que representan.

La Población Económicamente Activa (PEA) es identificada como aquellas personas que tienen una ocupación o que, sin tenerla, la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Las personas que no realizan labores remuneradas y que no buscan hacerlas, son categorizadas como “inactivas”. La información referente a la PEI permite conocer, el porcentaje de la población que se dedica a los quehaceres del hogar, diferenciados por sexo.

En el gráfico 25, se puede observar la Distribución porcentual de la PEA por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019. Estos datos hacen evidente que no existe una diferencia marcada de la población activa entre mujeres y hombres. Considerando el total de la población, la tasa de actividad es del 50.9%, distribuyéndose en un 23.4% para las mujeres y 27.6% para los hombres.

Gráfico 25. Distribución porcentual de la PEA por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019

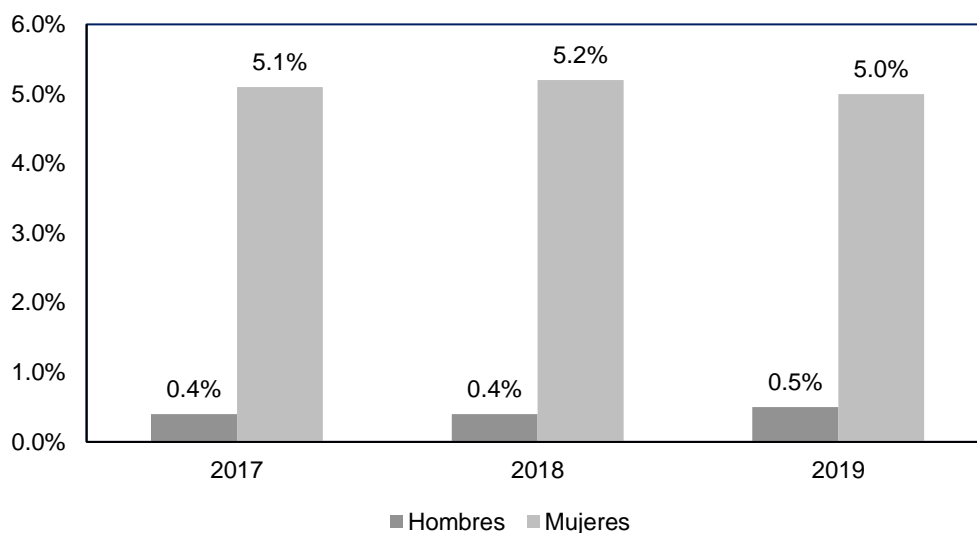


Fuente: elaboración propia con base en Encuesta Continua de Hogares Uruguay (2017, 2018 y 2019).

Para identificar a la población trabajadora del cuidado no remunerado, se pueden revisar las actividades a las que las personas económicamente inactivas se dedican. Del total de la PEI, que en promedio para los tres años fue de 30.5%, un 5.5% es el porcentaje promedio, tanto de hombres y mujeres que se dedica a Labores Domésticas. La desagregación por sexos, apreciada en el gráfico 26, muestra la importante diferencia en la realización de actividades entre hombres y mujeres. Del total de mujeres que se encuentran en la PEI, el 5.1% se dedica a realizar labores domésticas; en caso de los hombres, este porcentaje es únicamente del 0.4%. Esto es una clara indicación de que la mayor parte de la población trabajadora del

cuidado no remunerado está compuesta por mujeres (Encuesta Continua de Hogares Uruguay, 2017, 2018 y 2019).

Gráfico 26. Distribución porcentual de la participación en la realización de labores domésticas no remuneradas por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019



Fuente: elaboración propia con base en Encuesta Continua de Hogares Uruguay (2017, 2018 y 2019).

Esfuerzos para cuantificar el valor económico del trabajo del cuidado no remunerado en el marco de las cuentas nacionales

Con datos proporcionados de la Encuesta de Uso del Tiempo de 2007, Lara y Bucheli (2017) elaboraron un estudio que reveló que las actividades relacionadas al trabajo doméstico no remunerado generaron el 23% del Producto Interno Bruto de Uruguay, para aquel año. Conocido como “producción del hogar” en Uruguay, del total de trabajo doméstico no remunerado, las mujeres produjeron el 71% de estas tareas contra un 14% de los hombres. Cabe resaltar que este tipo de estimaciones no han sido realizadas por parte de las instituciones gubernamentales, sino que por organismos independientes.

7.1.2.2.- Sistema de Salud de Uruguay

La organización del sector salud en Uruguay se compone de una gran evolución histórica. Desde los albores de la Independencia, el Estado, actuó al principio basado en un sistema de beneficencia o caridad, mientras que la aparición de los actores privados surge en 1853 con

la aparición del mutualismo³. El Estado aumentó su presencia con la ley de Asistencia Pública Nacional de 1910 (Martínez, 2007).

En el año 1934, se promulgó, La Ley N.º 9.202 de creación del Ministerio de Salud Pública o “Ley Orgánica de Salud Pública”, que fusionó las dos instituciones públicas existentes hasta ese momento: el Consejo Nacional de Higiene, que tenía funciones fundamentalmente normativas, y la Asistencia Pública Nacional, cuyas funciones eran predominantemente asistenciales.

Durante la década de los noventa, en Uruguay, las políticas neoliberales, implicaron que la dinámica de la sociedad estuviera pautada por las reglas de mercado, deteriorando la participación del Estado en las prestaciones sociales. El Sistema de salud pública se vio afectado por esas circunstancias políticas, con una disminución de recursos del sector público; el desarrollo de la seguridad social fue dirigida a servicios privados con una lógica de mercado en la captación de los beneficiarios (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Coordinación, s.f.).

El desarrollo histórico de conformación del Sistema de Salud uruguayo se ha visto marcado por peculiaridades que lo hacen diferente al resto del continente, entre las que es importante mencionar la creación de las primeras organizaciones mutuales, actualmente llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), fenómeno que comienza a gestarse sobre la segunda mitad del Siglo XIX. Basadas en un sistema de prepago y sin fines de lucro, dichas instituciones se constituyeron bajo los principios de la solidaridad y la ayuda mutua. Es decir, que quienes no necesitaban recibir atención en salud, financiaban colectivamente la atención de aquellas personas que sí la necesitaban. De esta manera, se buscaba evitar que las personas tuvieran que incurrir en un gasto de bolsillo al momento de necesitar atención.

Sin embargo, debido a la disparidad de la capacidad económica de la población, la cobertura de este tipo de instituciones era relativamente limitada, por lo que, a principios del Siglo XX, el Estado comienza a asumir un rol preponderante, con la creación de 40 centros de salud públicos, destinados a la atención de la salud de la población carente de recursos.

³ El término Mutualismo, en Uruguay, hace referencia a las asociaciones civiles que, mediante aportes de sus asociados, tienen por objeto la prestación de servicios de asistencia médica integral por sistema de prepago y sin fines de lucro (Martínez, 2007).

En el año 1933, se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP), manteniendo un enfoque asistencialista. El acceso de la población a los diferentes subsistemas que brindan un conjunto de prestaciones de atención integral a la salud, estaba determinado por la capacidad de pago individual de una cuota mutua⁴ (Oreggioni, 2012).

Recién a mediados del Siglo XX comienzan a incorporarse a la seguridad social mecanismos financieros y de prestación de servicios de salud en busca de un alejamiento del modelo vigente, que hasta el momento se basaba principalmente en la protección de riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia. En el año 1973 se inicia un proceso de unificación y universalización de los diferentes seguros de enfermedad que hasta el momento se venían organizando bajo la forma de convenios obrero-patronales, que culmina, con la creación en el año 1979, de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS). Previamente la cobertura de la salud de los trabajadores privados dependía de la capacidad de los sindicatos de negociar los planes de atención.

DISSE en un principio brindaba cobertura de salud a los trabajadores de la actividad privada. A partir de 1996, y en el marco de la llamada reforma de la seguridad social, se comenzó a cubrir a aquellos jubilados de actividades amparadas por el seguro, que percibieran una jubilación baja y optasen por dicha cobertura. En el año 2002 se incorporaron a la cobertura DISSE los maestros y, en el año 2004, los trabajadores judiciales. Los beneficiarios obtenían como derecho la afiliación a una IAMC, en la que accedían a una prestación integral, a pesar de ello, no estaban exentos de pagar tickets y órdenes al momento de acceder a dichas prestaciones (Oreggioni, 2012).

A partir de 2005, se inició una reforma estructural para el sector salud, la cual se consolida en 2007 con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por medio de la Ley 18.211. Que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad a los servicios de salud (Oreggioni, 2012).

⁴Se aplica el calificativo de mutua a aquellas entidades que, sin tener fin de lucro, integran a un grupo de personas con objetivos solidarios. Quienes adhieren a “la mutua” lo hacen voluntariamente para lograr ayudarse mutuamente y acceder a servicios sociales (Martínez, 2007).

Acciones implementadas con esta Reforma:

- ✓ Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que reúne a todos los fondos de la seguridad social destinados a financiar los servicios de salud.
- ✓ Los trabajadores públicos que hasta ahora no estaban cubiertos en materia de salud pasan a estar cubiertos.
- ✓ Se incorpora a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como una nueva opción asistencial, aumentando las opciones para los beneficiarios de la seguridad social. Dicha opción es inmediata para los nuevos afiliados a la seguridad social.
- ✓ Se igualan las cuotas salud que paga el BPS. El FONASA paga cuotas salud ajustadas por riesgo (edad y sexo) y se paga un complemento por metas asistenciales con el cumplimiento de programas (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Coordinación, s.f.).

2.-Estructura y cobertura del Sistema de Salud con la reforma estructural

El sistema de prestadores es mixto, con prestadores públicos (estatales y paraestatales) y prestadores privados.

Subsistema público de salud

El SNIS está compuesto por un sector público y un sector privado. El principal *prestador de servicios públicos* es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional en la que se atiende alrededor de 37% de la población, básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social. La ASSE es apoyada en esta tarea por La Universidad de la República, que cuenta con servicios en los tres niveles de atención en su Hospital de Clínicas.

Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se llevan a cabo en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son hospitales o clínicas especializadas, que pueden ser de origen público o privado. Hay otros proveedores de servicios para grupos específicos, dentro de los que destacan la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, que cubren alrededor de 5% de la población.

El Banco de Previsión Social (BPS) cuenta con un servicio materno infantil que ofrece atención ambulatoria a los cónyuges e hijos de hasta seis años de edad, de los beneficiarios del seguro de enfermedad que no cuentan con cobertura dentro del sector privado.

El Banco de Seguros del Estado brinda asistencia a todas las personas que sufren accidentes laborales a través de la Central de Servicios Médicos en Montevideo, y de convenios realizados con las IAMC en el interior del país. También integran el sector público, las empresas o entes públicos (energía eléctrica, petróleo, agua, bancos) que destinan, al cuidado y promoción de la salud de sus funcionarios, parte de los ingresos recibidos por concepto de ventas de sus servicios (Aran, 2011).

En Uruguay, la salud pública incluye una red de servicios primarios, compuesta por una red de asistencia primaria, la cual se conforma por policlínicas barriales. Estas son policlínicas municipales en convenio con ASSE, que se encuentran ubicadas en los centros de barrio, su fin es la promoción y educación para la salud, el control de salud con actividades preventivas, el diagnóstico precoz, la recuperación y rehabilitación.

El aseguramiento gratuito en el subsistema público depende del nivel socioeconómico de las personas. Así, dependiendo del ingreso de los hogares, un individuo tendrá acceso a dos categorías (o tipos de “carnet”): la primera es para los sectores más pobres y es la que otorga acceso gratuito a todo el conjunto de prestaciones. Al segundo nivel tienen acceso los hogares de bajos recursos, aunque mayores que los de la categoría anterior, e implica el pago de un arancel sumado a copagos para algunas prestaciones (Filgueira y Hernández, 2012).

Subsistema privado de salud

La *prestación de servicios privada* la dominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de la población uruguaya, las personas beneficiarias de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias. Estas instituciones también actúan como un seguro voluntario de la población con capacidad de pago. Las IAMC están agrupadas en asociaciones de establecimientos de salud del sector privado sin fines de lucro, tales como la Federación Médica del Interior (FEMI), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) y el Plenario de IAMC.

Dentro del sector privado existen las mutualistas, que son asociaciones civiles cuyo fin es la prestación de servicios de asistencia médica por sistema de prepago a sus asociados. Como entidades prestadoras de servicios de asistencia médica, las mutualistas uruguayas (en sentido estricto) se encuentran dentro de la regulación general de las IAMC. Las sociedades mutualistas solamente operaran determinados tipos de seguros: de vida, accidentes, enfermedades y daños. Estas no tienen fines de lucro para la sociedad ni para sus socios, por lo que cobran solamente lo indispensable para cubrir los gastos generales que ocasione su gestión y para constituir las reservas económicas necesarias a fin de poder cumplir sus compromisos para con sus miembros, en caso de algún suceso fatídico (Martínez, 2007).

Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios.

El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de las personas aseguradas. Estos seguros cubren alrededor de 2% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados.

Dentro del sector privado también se ofrecen, las llamadas emergencias móviles, que son seguros de servicios parciales de salud que incluyen asistencia médica de emergencia y servicios de baja complejidad que se prestan a domicilio, en policlínicas o incluso a través de consultas telefónicas (Aran, 2011).

Financiamiento

La prestación se financia a través del Fondo Nacional de Salud. El fondo recibe aportes en función del ingreso de los usuarios y paga a las Instituciones cuotas - salud. Las cuotas se componen por una cápita ajustada por riesgo y un pago por cumplimiento de metas asistenciales (vinculación con el modelo de atención).

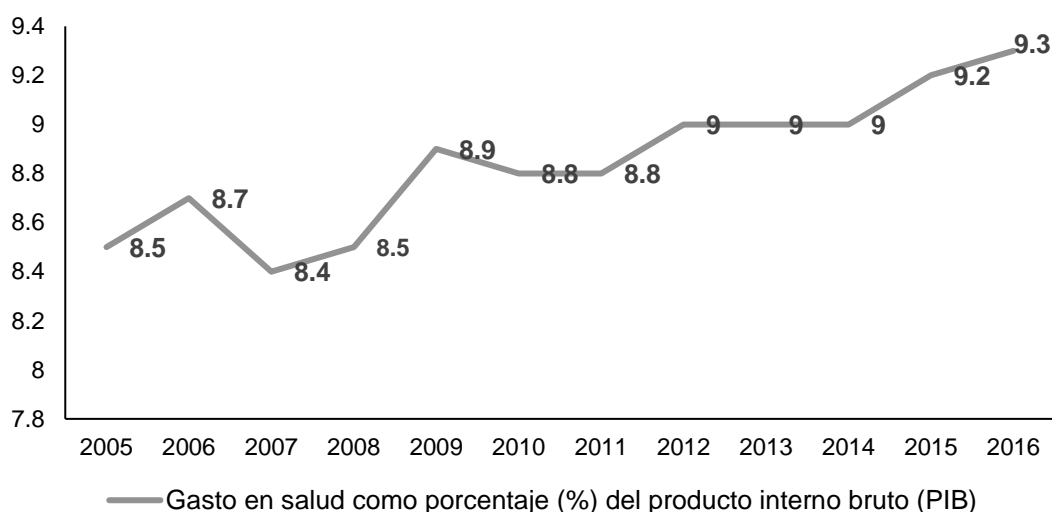
Con la nueva reforma puesta en marcha desde 2005, Uruguay se concentró en apuntar a la integralidad a partir de la inclusión en el modelo de financiamiento de cuota-salud un pago por

metas asistenciales. Inicialmente estas metas fueron dos, vinculadas a la salud del niño y de la mujer. Elaboraron una serie de propuestas específicas: Plan de Salud del Niño y la Niña, Programa Nacional de Salud Adolescente, Servicios de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Salud Mental, Salud Bucal escolar, Salud rural, Tabaco y Nutrición.

Además, para su gestión, se puso como objetivo la descentralización de los Servicios de Salud del Estado del Ministerio de Salud Pública, con la creación de Redes de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud de base regional. También, aumentó la inversión en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), tanto en lo que respecta a la mejora en infraestructura como en recursos humanos (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

En el Gráfico 27, es posible observar el Gasto en salud como porcentaje (%) del PIB, en Uruguay, de 2005 a 2016.

Gráfico 27. Gasto en salud como porcentaje (%) del PIB, en Uruguay, 2005 – 2016



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública, Uruguay (2019).

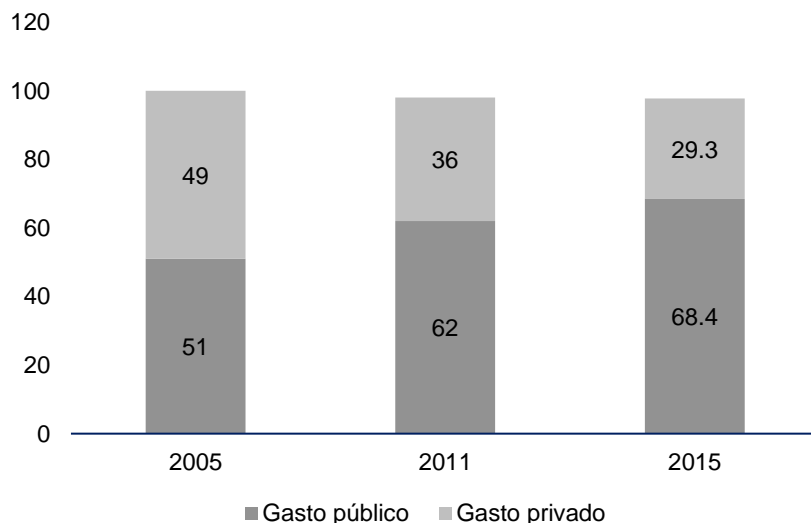
Antes de la reforma estructural de 2007, los recursos destinados a la salud representaban el 8.7% del producto interno bruto (PIB), mientras que para 2016 alcanzó el 9,3%, afirmando una tendencia de crecimiento que arrancó en 2007. El crecimiento de ese gasto se verificó con claridad a partir de 2008, con el comienzo de la implementación de la Reforma de la Salud y el proceso de fortalecimiento presupuestal de la ASSE (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Con la reforma estructural, se incorporó en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) la distribución de medicamentos de alto precio con prestaciones obligatorias, más medicamentos y procedimientos con mayor accesibilidad. Además, se logró cambiar el modelo de atención asistencialista prevaeciente con anterioridad, universalizar el acceso y promover mayores niveles de equidad, tanto en el gasto por beneficiario como en su financiamiento.

Para hacer rendir ese 9.3% del PIB, se decidió que todas las instituciones privadas y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el prestador público, funcionen en la lógica de sistema, mediante convenios de complementación que permitan la eficiencia en la administración de los recursos. En ese contexto, se logró que cualquier habitante de Uruguay, sin importar el lugar donde esté, que necesite una atención inmediata, aunque no sea de emergencia porque no esté en riesgo su vida, la reciba de un prestador integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud. Eso se logró con la promulgación de la Ley de Urgencia y Emergencia (Ministerio de Salud Pública, 2019).

En el Gráfico 28, se aprecia el Financiamiento público y privado del gasto en salud como porcentaje (%) del gasto total en salud, en Uruguay, para los años 2005 y 2015.

Gráfico 28. *Financiamiento público y privado del gasto en salud como porcentaje (%) del gasto total en salud, en Uruguay, en 2005, 2011 y 2015*



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública, Cuentas de Salud en Uruguay (2019).

Posterior a la Reforma de salud, se da un incremento de las fuentes públicas, mientras que las privadas se han visto reducidas. En el año 2005, las fuentes públicas y privadas representaban cada una aproximadamente 50% del gasto. El mayor cambio en la estructura del financiamiento de la salud se dio en el año 2008, con la ampliación del seguro de salud, resultando en un financiamiento público que ya superaba el 60%.

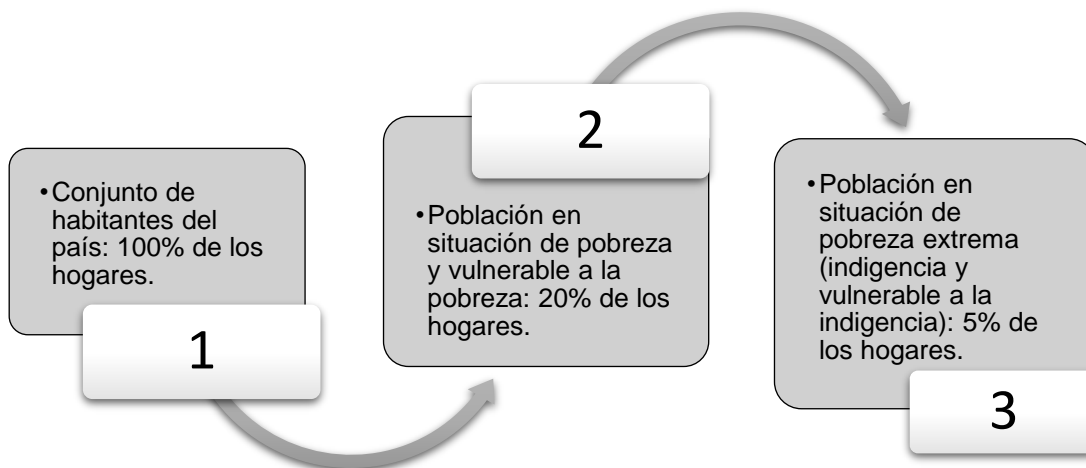
Observando el período 2011-2015, las fuentes públicas de financiamiento pasan de representar el 62% del gasto en 2011 a 68.4% en 2015. Siendo en 2005 del 51%. Las fuentes privadas, por su parte, se reducen de 36% a 29.3% en el período. Siendo en 2005 del 49%.

Al analizar las fuentes públicas de financiamiento, se observa que el aumento fue de 38%, en términos reales, entre 2011 y 2015. Este aumento se explica en un 60% por el incremento del financiamiento a través de contribuciones a la seguridad social, mientras que el 40% restante responde al crecimiento de los fondos asociados a los impuestos generales (Dirección General de JUNASA Área Economía de la Salud, 2017).

3.-Servicios de salud con cobertura universal

Dadas las condiciones de vida de los hogares, es posible distinguir tres aproximaciones poblacionales:

Diagrama 4. *Esquema de la población en sus tres niveles, en Uruguay*



Fuente: elaboración propia con base en Olesker (2013).

Para el caso de la población en su conjunto, Uruguay aborda los Servicios de salud con cobertura universal con el objetivo de alcanzar de manera creciente niveles de igualdad. Allí operan, las reformas estructurales con visión universal y de sustentabilidad en el mediano y largo plazo.

El 20% es abordado a través de acciones focalizadas (y más en particular hacia el 5% de pobreza estructural), operando la Red de Asistencia e Integración Social (RAIS) con el objetivo de la integración hacia la igualdad, dentro de la cual hay un subsistema de acciones aún más focalizadas, con una estrategia de trabajo articulada con las familias (Olesker, 2013).

En la tabla 15, es posible apreciar la organización de las políticas universales y focalizadas en salud, en materia de Protección Social en Uruguay.

Tabla 15. Organización de las políticas universales y focalizadas en salud, en materia de Protección Social en Uruguay

UNIVERSALES	
Institucionalidad/ Políticas	Organismos
Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	-Ministerio de Salud Pública (MSP) -Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) -Hospital de Clínicas -Sanidad Militar -Sanidad Policial
FOCALIZADAS	
Institucionalidad/ Políticas	Organismos
Fortalecimiento Red de Atención del Primer Nivel (RAP)	-Ministerio de Salud Pública (MSP) -Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE)
Salud rural	
Consejerías de Salud	-Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
Salud en Personas Privadas de Libertad	-Administración Nacional de Educación Pública (ANEP)

Fuente: elaboración propia con base en Olesker (2013).

4.-Programas especiales del sistema de salud público en Uruguay

Como primera acción en 2005 y a partir de la realidad social del país, el Ministerio de desarrollo social del Uruguay (MIDES), creado con la finalidad de proponer, generar y accionar políticas nacionales en materia de desarrollo social y hacer frente a la emergencia social existente en ese momento en Uruguay, tuvo el cometido de ejecutar un plan a corto plazo para revertir las

situaciones más agravadas, denominado el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES). Dicho plan consistió en la implementación de una transferencia condicionada de ingresos (Ingreso Ciudadano) y en una serie de programas focalizados en las personas en situación de extrema pobreza, los cuales buscaban un rápido impacto en la reinserción social de este grupo poblacional. Estos programas fueron (Plan de Equidad, 2008):

- ✓ Trabajo por Uruguay.
- ✓ Rutas de Salidas.
- ✓ En el país de Varela yo sí puedo.
- ✓ Mejoramiento del Hábitat.
- ✓ Opciones productivas.

A partir del 2008, y en un contexto social más favorable, entra en vigor el Plan de Equidad, que a diferencia del anterior se propone realizar los cambios estructurales necesarios para modificar los factores que conllevan a la desigualdad y a la injusticia social.

Para ello, dentro del sector salud, es posible recalcar dos reformas: La red de asistencia e integración social (RAIS), y El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos.

La red de asistencia e integración social (RAIS)

La RAIS se orienta a atender los problemas sociales (riesgos), entre los que están contemplados la pobreza, la segmentación social y la desigualdad socioeconómica, así como también un conjunto de atributos (edad, género, origen étnico-racial) o vulneraciones especiales de derechos asociadas a aquellas personas en situación de calle, trabajo infantil y adolescente, explotación sexual comercial, niños/as y adolescentes con ausencia de protección familiar, familias viviendo en hábitats especialmente degradados, infractores de la ley penal (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos

El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA) consiste en una hoja de ruta sobre compromisos de Estado y generación de políticas públicas con perspectiva de género que permitan enfrentar las desigualdades y discriminaciones que afectan a las mujeres en el país. Tiene por antecedentes la creación de Instituto Nacional de la Mujer (INMUJERES)

en 2005 y la Ley de Igualdad de Oportunidades y Derechos que encomienda a dicho instituto la elaboración del Plan, Ley 18.104 del año 2007 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

Es importante destacar también la existencia de *Políticas laborales*, llevadas a cabo por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; produciendo avances a la Salud del trabajador en cuanto a: regulación del trabajo doméstico, limitación de la jornada laboral rural (8 horas), formación permanente y punición al acoso sexual laboral. Y destacar el programa *INFAMILIA (Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia)*, llevado a cabo por Ministerio de Desarrollo Social. Siendo un Programa de infancia, adolescencia y familia, responsable por proveer a las familias en situación de vulnerabilidad, canastas y ayudas ante situaciones concretas (Rey, 2016).

7.1.2.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres en Uruguay, con el SNIS, de 2007 a 2019

La construcción del SNIS (ley N.º 18.211 de 2007) fue el componente principal para que se lograra un importante desarrollo de nuevas condiciones en el ejercicio pleno del derecho a la salud, salud sexual y reproductiva, y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Los avances se han visto plasmados tanto a nivel normativo como en la generación de mejores condiciones para el pleno goce de estos derechos. A pesar de la información encontrada en cuanto a los avances de salud vinculados a las mujeres, es importante recalcar que las estadísticas disponibles de salud en Uruguay no dan información concreta sobre su relación con PEA, y PEI; no obstante, por la cantidad de mujeres en la PEI que se dedican a la realización de labores domésticas, es posible considerar que estas pueden cubrir su acceso a salud en el SNIS.

1.-Calidad de la atención

Diagrama 5. Calidad de atención

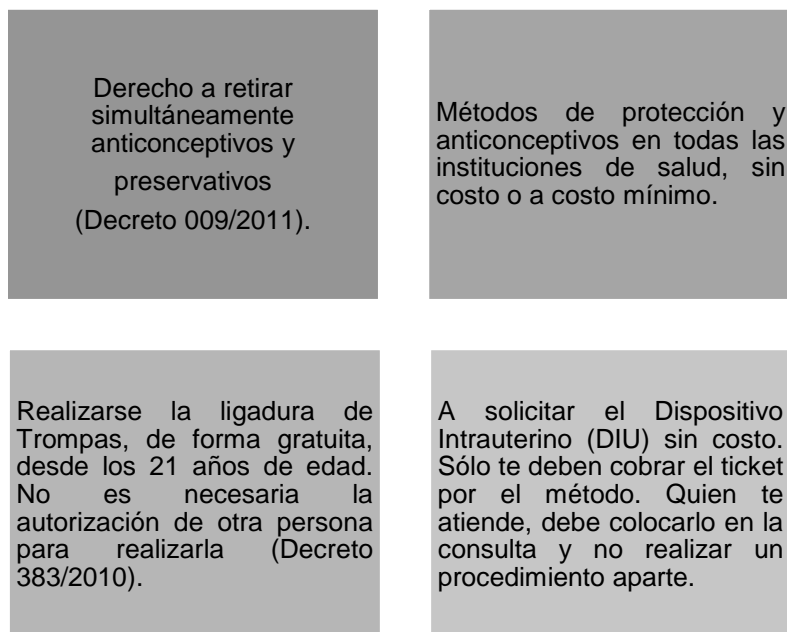
Contar, sea cual sea la institución prestadora de salud, con servicios de salud sexual y reproductiva donde la atención sea amigable, inclusiva, integral, oportuna, de calidad, multidisciplinaria, de carácter confidencial y privada (Ley 18.426 / 2008).

Acceder a su historia clínica y a información sobre su salud, en cualquier momento.

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

2.- Métodos de protección y anticonceptivos

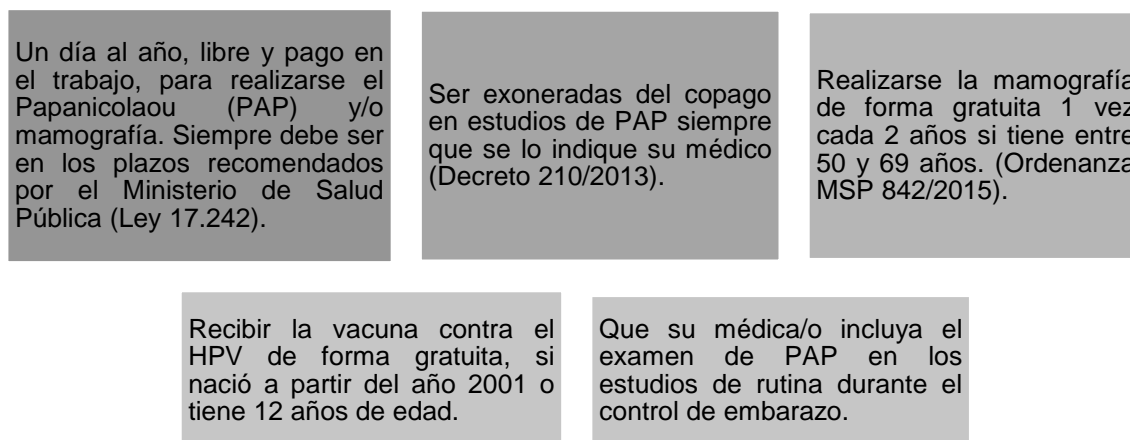
Diagrama 6. Métodos de protección y anticonceptivos



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

3.- Prevención del cáncer genito-mamario

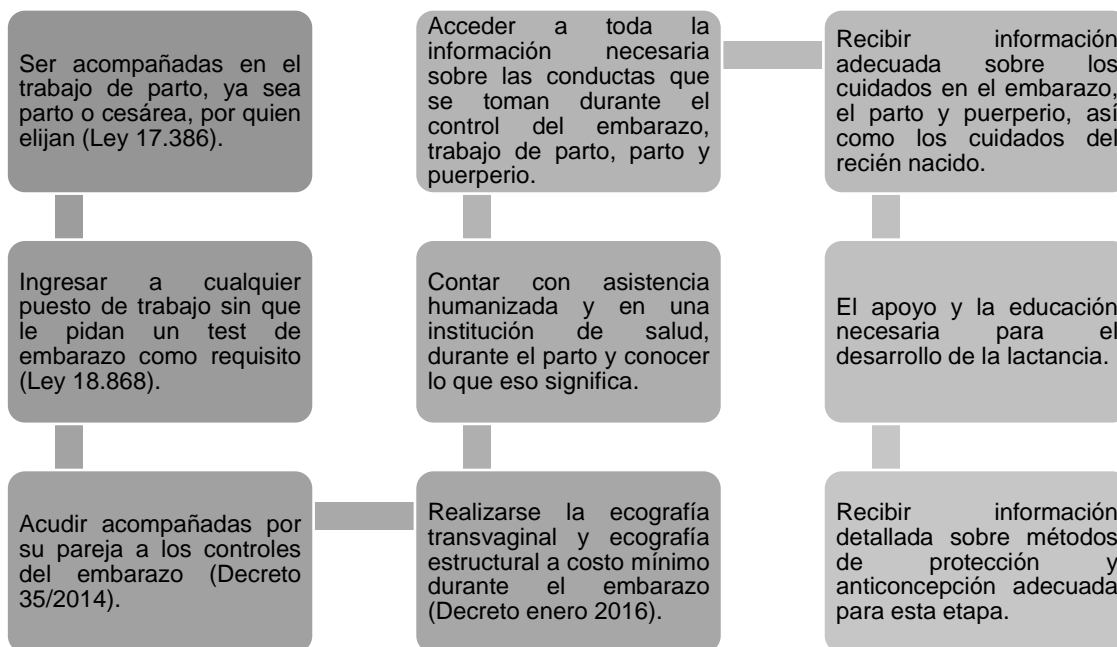
Diagrama 7. Prevención del cáncer genito-mamario



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

4.- Embarazo, parto y puerperio

Diagrama 8. Embarazo, parto y puerperio



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

5.- Interrupción voluntaria del embarazo

Tabla 16. Derechos en la Interrupción voluntaria del embarazo a todas las mujeres uruguayas, o con al menos 1 año de residencia en el país

<ul style="list-style-type: none"> La interrupción voluntaria del embarazo, siempre que estén cursando hasta 12 semanas de gestación. En caso de violación, la interrupción puede realizarse hasta las 14 semanas de embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir información basada en evidencia científica, para tomar decisiones autónomas, donde no se transmitan juicios de valor ni preconceptos (Ley 18.987).
<ul style="list-style-type: none"> Recibir la medicación para realizar la interrupción. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir información, realizarse los estudios necesarios y los controles posteriores para la interrupción, cuando se cursa un embarazo de más de 12 semanas. (Ordenanza MSP 369/2004).

<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir un embarazo, sin fecha límite y por orden médica, si el mismo conlleva grave riesgo de salud, o por anomalías fetales que sean incompatibles con la vida fuera del útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ir a la consulta, solas o acompañadas, aun siendo menor de 18 años de edad.
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con una médica/o de cualquier especialidad si desean interrumpir un embarazo, y ser asesoradas por un equipo conformado por un profesional de la ginecología, un profesional de la psicología, y uno del trabajo social, en el mismo día o al día siguiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de institución en el plazo de 24hs., en caso de que la institución no brinde la prestación, realizando nota ante la Junta Nacional de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser derivadas de inmediato con un profesional que inicie el procedimiento, si el primero que las atendió, declaró objeción de conciencia. El profesional no puede efectuar juicios de valor a la decisión expresada por la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Denunciar el incumplimiento de alguno de estos derechos por parte de la institución prestadora de salud.

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

6.- Reproducción humana asistida

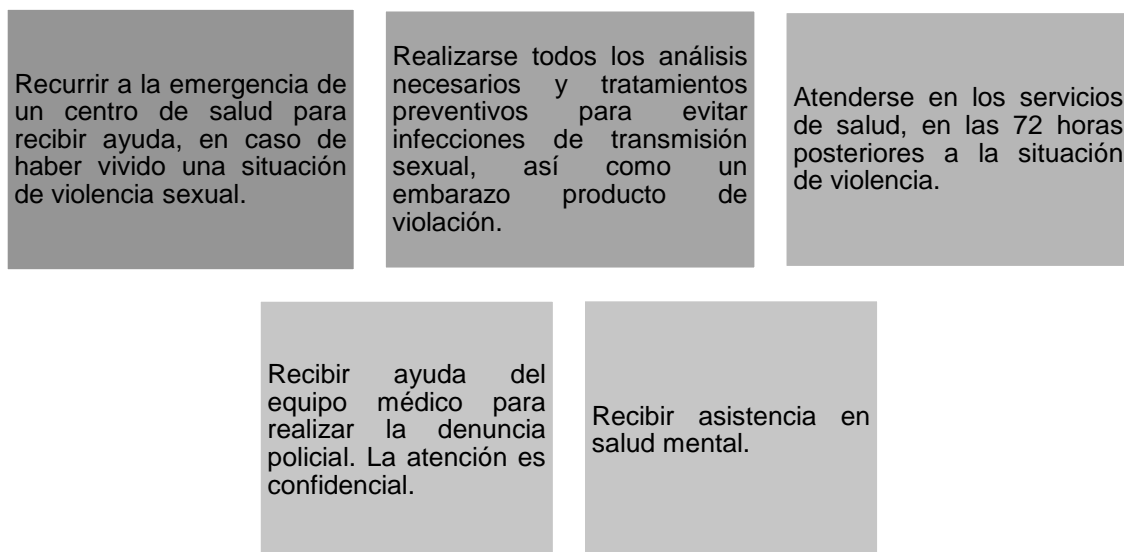
- ❖ Técnicas de reproducción asistida de baja, media o alta complejidad en caso de esterilidad. Esto incluye a mujeres, con o sin pareja (Ley 19.167/2013 Decreto 84/2015). Las técnicas de baja complejidad son cubiertas por su prestador de salud, debiendo realizar un copago. Las de alta complejidad son cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, con un costo que depende de los ingresos de las personas (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019).

7.- Violencia doméstica y en las relaciones de pareja

- ❖ Consultar, recibir orientación y atención por el equipo especializado en violencia (Equipo de Referencia en Violencia) de su centro de salud (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019).

8.- Violencia sexual

Diagrama 9. Violencia sexual



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2019).

9.- Salud mental

- ❖ La atención en salud mental en todos los centros de salud (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019).

10.- ITS-SIDA

- ❖ Solicitar test rápidos de sífilis y/o de VIH de forma inmediata y confidencial a su médica/o de referencia. Si el resultado es positivo tener tratamiento, atención y seguimiento (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019).

Es importante recalcar que, al comparar los 10 indicadores encontrados para Uruguay en cuanto a salud de las mujeres, con los 5 indicadores encontrados para El Salvador, en el capítulo VI, se han encontrado similitudes en cuanto a 4 indicadores de El Salvador: (1)

Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). (3) Prevención y atención de violencia contra las mujeres. (4) Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (5) Lactancia materna, y atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post natal. Los indicadores que El Salvador no ha tomado en cuenta en sus políticas de protección social en salud a las mujeres, encontrados en Uruguay, son: salud mental, Interrupción voluntaria del embarazo y Calidad de la atención.

7.1.3.- Caso Costa Rica

7.1.3.1.-Caracterización de la población trabajadora del cuidado no remunerada en Costa Rica

Encuesta de Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado en Costa Rica para 2017

Al igual que en El Salvador, en Costa Rica se hace uso de las encuestas de uso de tiempo para conocer la distribución de las labores y los tiempos dedicados a estas por los distintos sectores de la población. Uno de los principales objetivos de este instrumento es obtener información acerca del trabajo doméstico no remunerado, incluyendo la cantidad de tiempo dedicado y quiénes lo realizan.

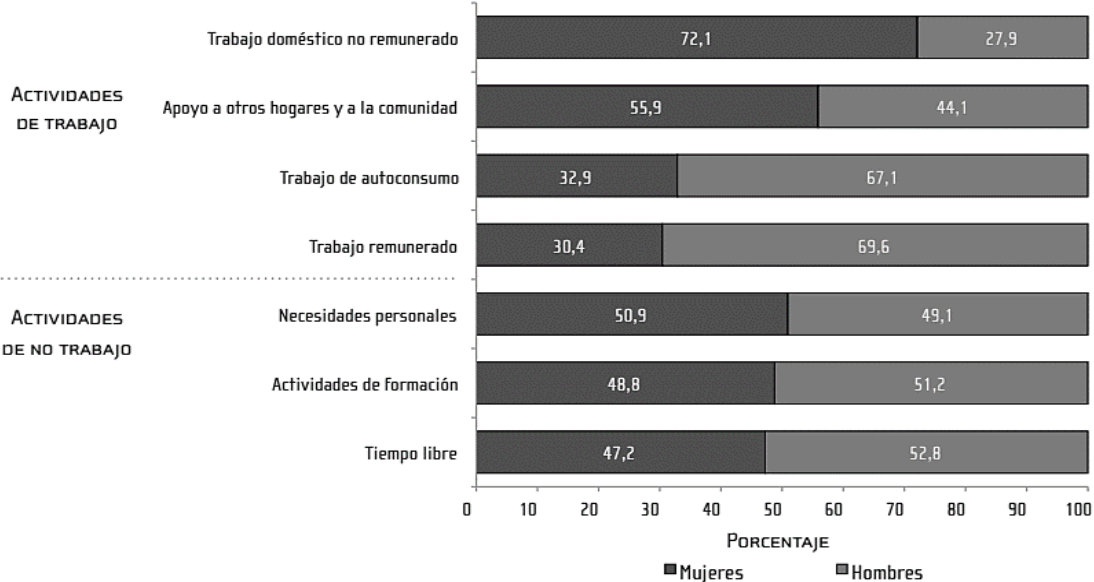
Si bien el interés en esta temática viene desde el inicio de la década de los años 2000, es en 2017 que se lleva a cabo la primera Encuesta Nacional de Uso de Tiempo; los esfuerzos anteriores a este contaban con muestras reducidas en regiones específicas del país. Este instrumento surge de la ratificación de la Ley de Contabilización del aporte del trabajo no remunerado, de 2015, en la que se establece que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Banco Central de Reserva de Costa Rica (BCCR) tienen la responsabilidad de medir la economía del cuidado, que se conforma por el trabajo doméstico no remunerado, con el objetivo de obtener una visión integral de las actividades de este tipo y su contribución al desarrollo socioeconómico del país.

En primer lugar, al analizar los resultados obtenidos respecto al trabajo doméstico no remunerado y la distribución de labores entre hombres y mujeres, se observa una situación similar a la de El Salvador: existe una marcada brecha entre la proporción de tiempo que hombres y mujeres dedican a la realización de estas labores, así como el tiempo dedicado a actividades remuneradas. Como se observa en la gráfica 29, el 72.1% del tiempo dedicado al

trabajo doméstico es realizado por mujeres; mientras tanto, para el caso de las actividades remuneradas y de autoconsumo, son los hombres quienes realizan cerca del 70% del tiempo.

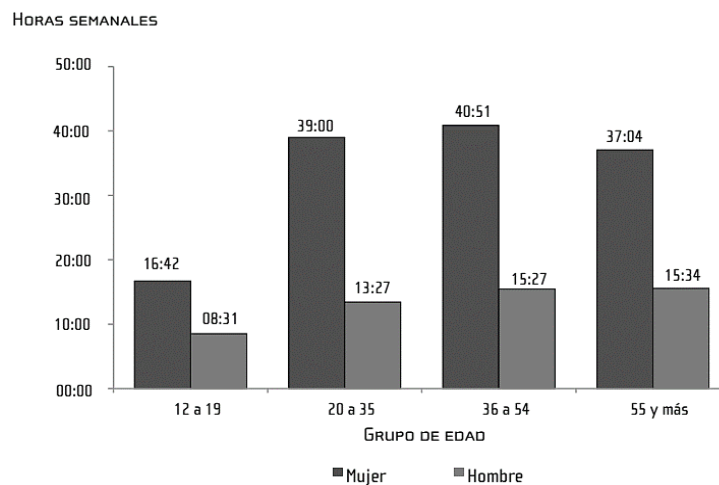
Al entrar en detalle respecto al trabajo doméstico no remunerado se observa que esta brecha del tiempo dedicado a estas labores entre hombres y mujeres, se mantiene a lo largo del ciclo de vida de las personas. Si bien en edades tempranas la diferencia del tiempo dedicado es menor, aún se observa que el tiempo que dedican las mujeres es cercano al doble del que dedican los hombres. Esta brecha se amplía en los grupos de edades siguientes, en donde la proporción de tiempo dedicado por hombres y mujeres es casi de tres a uno.

Gráfico 29. *Distribución porcentual del tiempo social promedio de la población de 12 años y más por sexo, según actividades de trabajo y no trabajo, octubre y noviembre 2017*



Fuente: INEC (2018).

Gráfico 30. *Tiempo social promedio de la población de 12 años y más en trabajo doméstico no remunerado, por grupo de edad y sexo, octubre y noviembre 2017*



Fuente: INEC (2018).

Estadísticas de participación laboral en Costa Rica

En Costa Rica, la información relacionada al empleo de la población es recopilada por el INEC, haciendo uso de la Encuesta Continua de Empleo. Esta encuesta se realiza de forma trimestral, y los resultados a utilizar para este análisis corresponden al cuarto trimestre de 2019. Es importante destacar que en este país la PET se compone por toda aquella con 15 años o más.

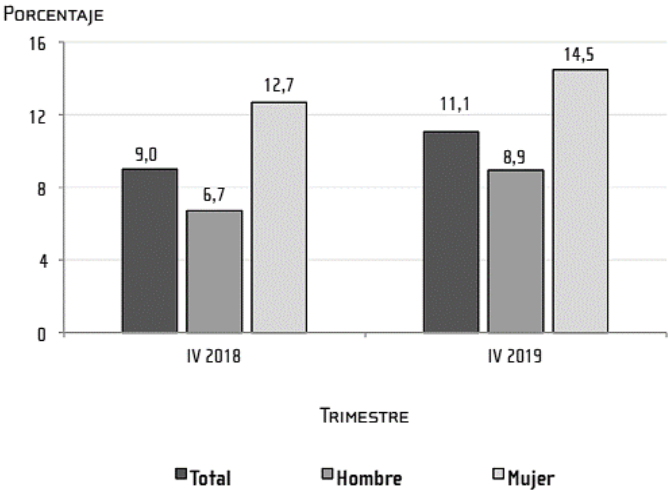
La tasa neta de participación laboral para finales de 2019 se sitúa en 62.9%. Sin embargo, de manera similar al caso de El Salvador, al desagregar este indicador según el sexo de la persona es posible identificar la marcada brecha entre estos grupos: mientras la tasa de participación de las mujeres es de 50.8%, en los hombres es de 74.9%. Este instrumento también considera a las personas como “activas” cuando realizan o buscan activamente realizar labores remuneradas, por lo que la sección de la población que no cuenta con un empleo remunerado cae en la categoría de inactividad, sin distinción del tipo de labor que realicen.

Relacionado a lo anterior, la tasa de ocupación corresponde a la proporción de personas ocupadas respecto a la PET. En este indicador se observa un comportamiento similar: la tasa

de ocupación total es del 55.1%, pero la desagregación por sexo muestra nuevamente diferencias importantes: 42.3% para las mujeres frente a 67.7% para los hombres.

En el caso de la población ocupada, se evidencia que las mujeres resultan desproporcionalmente afectadas por el subempleo. Se considera una situación de subempleo cuando las personas trabajan menos de 40 horas por semana, a pesar del deseo y disponibilidad para trabajar más horas de lo que su ocupación actual le permite. Esta mayor prevalencia de subempleo en las mujeres representa una limitante para la obtención de recursos necesarios para la satisfacción de necesidades propias y de sus familias.

Gráfico 31. *Porcentaje de la población ocupada con subempleo por sexo, IV Trimestre 2018 – IV Trimestre 2019*



Fuente: INEC (2019).

Resulta necesario aclarar que la información proporcionada por esta encuesta no realiza desagregaciones respecto a las actividades a las que se dedican las personas económicamente inactivas. Si bien existen otros instrumentos que brindan información sobre el tiempo dedicado a las labores de cuidado no remunerado y estimaciones de su valor económico, como la Cuenta satélite del trabajo doméstico no remunerado de Costa Rica (CSTDNR), no existe información que identifique el número de personas que se dedica a estas actividades dentro de la PEI.

Esfuerzos para cuantificar el valor económico del trabajo del cuidado no remunerado en el marco de las cuentas nacionales

La Cuenta satélite del trabajo doméstico no remunerado de Costa Rica (CSTDNR), proveniente de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017, reveló que el trabajo doméstico no remunerado, para el año 2017, fue equivalente al 25.3% del PIB, de este valor las mujeres aportaron el 71.4% y los hombres el 26.8%.

Los resultados de la CSTDNR mostraron que, para 2017 en las zonas urbanas, se generó el 68,6% del valor económico total del trabajo doméstico no remunerado, dado que es donde reside el mayor porcentaje de la población del país. Sin embargo, en las zonas rurales las personas dedicaron más horas en promedio a las actividades domésticas no remuneradas. Por lo tanto, el valor económico per cápita fue más alto en las zonas rurales (INAMU, 2019).

7.1.3.2.-Sistema de Salud de Costa Rica

Los orígenes del marco normativo de los servicios de salud en el país centroamericano se remontan al año 1922, cuando se establece la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, según decreto ejecutivo. Sin embargo, en 1923, por el decreto de la Ley N° 52 sobre la Protección de la Salud Pública, se establece el primer Código Sanitario. En éste se establece que el Estado es responsable de conservar y mejorar la salud pública. Esto conlleva a que, en 1927, esta subsecretaría se transformara en la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, por medio del Decreto Ejecutivo N°4 (OPS, 2019).

La primera institución proveedora de servicios de salud surgida de estas reformas legales fue el Banco de Seguros, organización de seguridad social encargada de los seguros de riesgo laborales de la población trabajadora del sector formal. Después de ser renombrada como el Instituto Nacional de Seguros (INS), en el año 1943 se emite la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esta nueva institución estaba encargada de la aplicación de los seguros sociales obligatorios, que abarcan cobertura por riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario. Este sistema contributivo sería financiado por medio de cotizaciones de personas trabajadoras y empleadoras, así como con aportes del Estado (OPS, 2019).

Para el año 1949, por medio de la ley N°809, se crea un nuevo Código Sanitario, quedando derogada la ley N° 52 de 1923. Con esta nueva ley, la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social se transforma en el Ministerio de Salubridad, estableciendo nuevamente que la salud pública es una función del Estado (OPS, 2019).

En este mismo año entró en vigor la Constitución Política de la República de Costa Rica, la cual es vigente en la actualidad. Si bien en ésta no se plantea de forma explícita el derecho a la salud, este derecho ha sido interpretado por los tribunales como derivado de los derechos planteados en otros artículos: el derecho a la vida (art. 21); el derecho a la protección de la salud, ambiente, seguridad e intereses económicos (art. 46); y el deber del Estado de procurar el mayor bienestar a todos los habitantes del país (art. 50) (OPS, 2019).

La seguridad social, sin embargo, sí se encuentra explícitamente contemplada en la Constitución, en el artículo 73, en el que se establece la obligatoriedad de los seguros sociales para las personas trabajadoras del sector formal, y que esta protección queda a cargo de la CCSS, institución autónoma cuyos recursos no pueden ser transferidos a otros usos. Posteriormente, en 1961, por medio de la ley N°2738, se reforma la Constitución para decretar la universalización de los seguros sociales y se garantiza el cumplimiento del pago del Estado como tal y como patrono. Esto representa un paso importante para la construcción de un sistema de salud con acceso universal en Costa Rica (OPS, 2019).

Con estos avances, en 1973 se decreta la Ley General de Salud, que deroga por completo el Código Sanitario de 1949. Esta nueva ley estipula que es responsabilidad del Estado velar por la salud de las personas costarricenses, garantizando el derecho de las prestaciones de salud a todas las personas habitantes del país. Se establece que es el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salubridad Pública, el responsable de definir la política nacional de salud, así como la coordinación y planificación de toda actividad pública o privada relacionada a la salud (OPS, 2019).

Para el año 1989, por decreto ejecutivo, se reconoce el Sistema Nacional de Salud, el cual es definido como el conjunto de instituciones públicas y privadas cuyo objetivo es la mejora y la protección de la salud de la población, en sus actividades con o sin fines de lucro. Además, se establece el Reglamento General del Sistema, en el que se responsabiliza al Ministerio de

Salud de ser el ente rector y coordinador de los servicios dirigidos a la salud y el bienestar de las personas (OPS, 2019).

Durante la década de los noventa se llevó a cabo una importante reforma del sector salud, cuyos principales objetivos eran el aumento de la capacidad institucional y el rediseño de la organización del funcionamiento del sistema de salud, impulsando un modelo de atención con énfasis en la atención primaria. Uno de los más importantes cambios llevados a cabo en esta reforma fue el traslado de todas las funciones de atención de salud del Ministerio de Salud a la CCSS, incluyendo personal, instalaciones y equipos. Con estas nuevas funciones, se estableció, dentro de la CCSS, la red de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y Áreas de Salud, cuyo principal objetivo es cumplir con la cobertura universal que se venía persiguiendo. Para ello, la CCSS divide el territorio del país en un total de siete regiones sanitarias, subdivididas en áreas de salud para las cuales se establece un EBAIS que atendería entre 3,500 a 4,000 personas, de acuerdo con la densidad poblacional de las regiones (OPS, 2019).

Con esta reforma, las funciones del Ministerio de Salud pasan a ser mayormente de dirección, planeación, vigilancia y regulación del desarrollo de la salud, por lo que el principal proveedor de servicios de salud es la CCSS. Sin embargo, el Ministerio de Salud conservó algunos programas de promoción de salud y prevención de enfermedades por medio de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), así como la atención y rehabilitación de personas con adicciones a través del Instituto sobre el Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (OPS, 2019).

Estructura del sistema de salud

En la actualidad, el sistema de salud costarricense está compuesto por instituciones del sector público y privado. Sin embargo, gracias a los avances que se han llevado a cabo por parte del Estado para la universalización del acceso a los servicios de salud para la población, la gran mayoría de los servicios son brindados por el sector público.

Subsector Privado

Este subsector comprende a los proveedores de servicios médicos con fines de lucro, como clínicas y hospitales privados, así como las compañías proveedoras de pólizas de seguros privados. Además, se incluye a las denominadas “cooperativas”, que son organizaciones sin fines de lucro que son contratadas por la CCSS para la provisión de servicios de salud, principalmente para la extensión de la cobertura en áreas donde se requiere. Los servicios prestados por este sector son principalmente financiados con pagos de bolsillo y primas por las pólizas de seguro por parte de los usuarios. Asimismo, el INS, responsable de la cobertura de los riesgos laborales, opera tanto en el sector público como el privado (Sáenz, Acosta, Musier & Bermúdez, 2011).

Subsector Público

El subsector público tiene como principal proveedor de servicios de salud a la CCSS, atendiendo a la población por medio de regímenes contributivos y no contributivos. El Ministerio de Salud, por su parte, a pesar de que su principal rol es el de ente rector del sistema de salud del país, proporciona servicios por medio de sus instituciones adscritas: CEN-CINAI y IAFA, las cuales atienden a personas con carencias nutricionales y problemas de adicciones.

La CCSS maneja tres regímenes: Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM), y el régimen no contributivo. Los servicios del SEM están centrados en brindar prestaciones de atención integral en salud para la población. El SIVM se encarga de proporcionar pensiones por vejez, invalidez, orfandad y viudez. Por su parte, el régimen no contributivo asegura a las personas que, ya sea por condiciones de pobreza o discapacidad, no cotizan al sistema (Sáenz et al., 2011).

La CCSS es financiada por medio de cotizaciones de empleadores, trabajadores y el Estado. La cuota de cotización corresponde al 22.91% de la nómina de salarios: los patronos aportan el 14.16% (9.25% para el SEM + 4.91% para el SIVM), las personas trabajadoras aportan el 8.25% (5.5% para el SEM + 2.75% para el SIVM), y el Estado aporta 0.50%, dividido en partes iguales para el SEM y el SIVM. Para el caso de personas que trabajan de forma independiente, el aporte es del 10.5%, incrementando al 13.5% si los ingresos superan US\$885; el Estado aporta un 0.25% adicional (Sáenz et al., 2011).

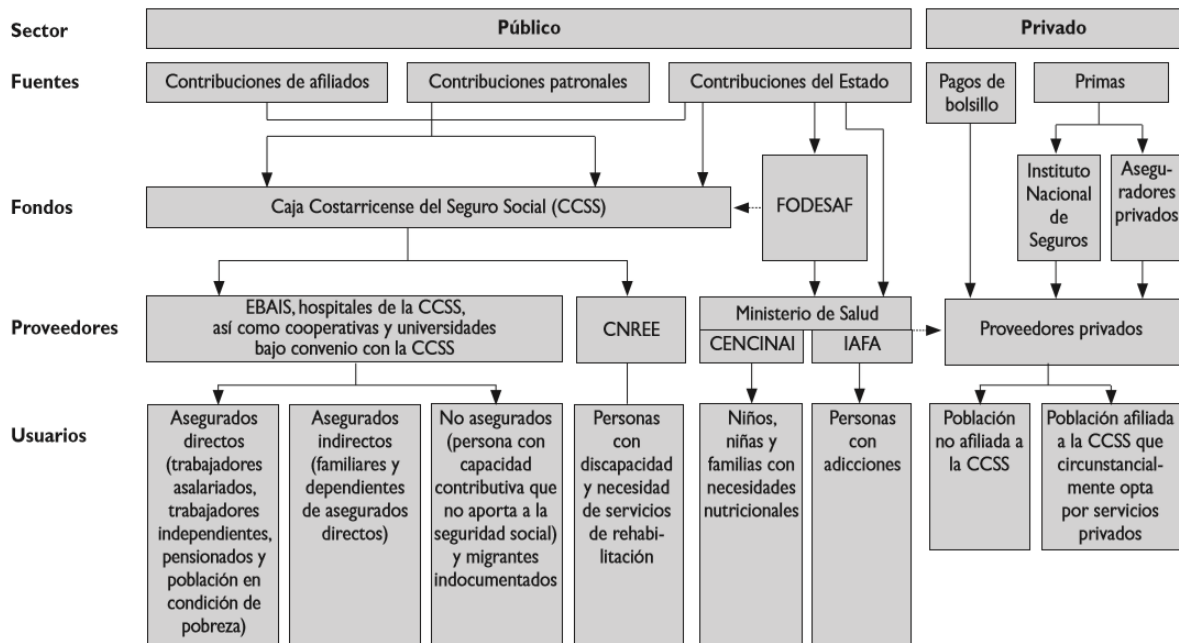
Los servicios del régimen no contributivo son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), además de recursos recaudados por medio de contribuciones especiales a la lotería electrónica y las ventas de licores y cigarrillos (Sáenz et al., 2011).

Tabla 17. Esquema contributivo de la CCSS

Esquema contributivo de aseguramiento		SEM	SIVM	No contributivo	Acumulado
Trabajador asalariado	Patronos	9.25%	4.91%		14.16%
	Trabajadores	5.5%	2.75%		8.25%
	Estado	0.25%	0.25%		0.50%
Trabajador cuenta propia	Trabajador con Ingreso menor a 885 dólares PPA		10.5%		10.5%
	Trabajador con Ingreso mayor a 885 dólares PPA		13.5%		13.5%
	Estado	0.25%	0.25%		0.5%
Asegurado por el Estado	Junta de Protección Social. JPS Ley 7395			95% de la utilidad neta de la lotería electrónica	
	Ley 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos			Monto anual de ₡1000 millones (1.7 millones de dólares)	
	Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares			20% del FODESAF (aprox. 0,3% del PIB)	

Fuente: Sáenz et al. (2011).

Diagrama 10. Estructura del Sistema de Salud de Costa Rica



Fuente: Sáenz et al. (2011).

Financiamiento del sistema de salud

El Ministerio de Salud (MS) y la CCSS, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), llevaron a cabo un estudio para analizar el gasto en salud durante el periodo 2011-2016, haciendo uso de la metodología Systems Health Account (SHA). En este estudio se logra detallar, entre otras cosas, los principales rubros del gasto y fuentes de financiamiento del sistema de salud costarricense (OPS, 2019). En primer lugar, al analizar cómo se distribuye el gasto en salud entre los diferentes actores que forman parte de este sistema, es posible identificar que el Estado, a través de distintas dependencias, es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud. Para el período analizado, se tiene que, en promedio, el Estado, a través de la CCSS, INS y el MS, realiza el 76% del gasto total en salud, con el 24% restante siendo cubierto por los hogares (23%) y aseguradoras privadas (1%). En estos datos es claro el rol protagónico que desempeña la CCSS como principal proveedor de servicios de salud, representando la gran mayoría del gasto realizado por el Estado.

Al analizar las variaciones en los porcentajes año con año, es notable la disminución del gasto privado, principalmente por el gasto de los hogares, cuya contraparte es un aumento constante del gasto por parte del Estado, principalmente en la CCSS.

Tabla 18. *Porcentaje del gasto total en salud, según actor, 2011-2016*

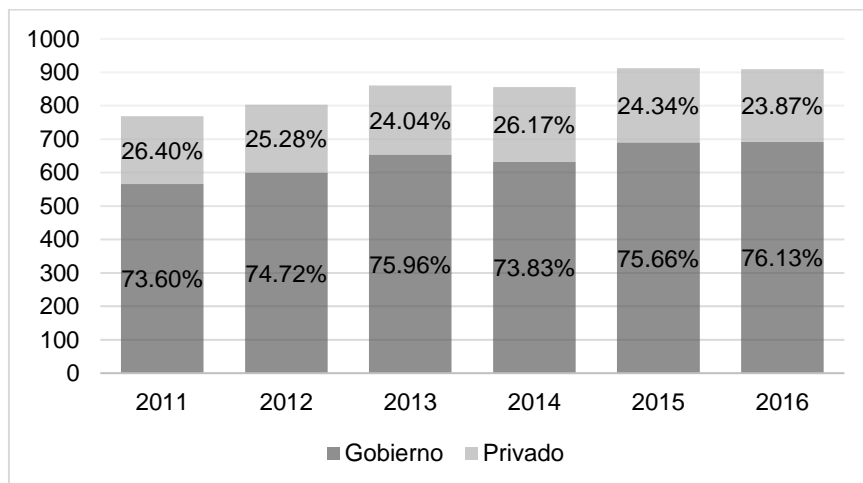
Descripción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	PROMEDIO
CCSS	67.9%	68.5%	68.0%	67.2%	68.9%	69.6%	68.4%
Hogares	25.3%	24.0%	22.3%	23.7%	21.9%	21.4%	23.1%
INS	3.2%	3.5%	5.2%	4.1%	4.4%	4.0%	4.1%
MS	3.3%	3.7%	3.7%	3.6%	3.6%	3.4%	3.6%
Seguros Privados	0.3%	0.4%	0.7%	1.4%	1.3%	1.6%	1.0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia con base en OMS (2019).

Al revisar los datos concernientes al gasto en salud per cápita, se puede observar cómo éste también se ha incrementado de forma sustancial durante el período, a la vez que la participación del Estado en el mismo aumenta. Para el año 2016, el gasto per cápita en salud total alcanzó los US\$909, de los cuales US\$692 provenían del gasto del gobierno, mientras los US\$217 restantes provenían del gasto privado. En términos porcentuales, el gasto del gobierno representó el 76.13% y el gasto privado el 23.87%. Al comparar con el año 2011, se

observa con claridad el aumento tanto en el gasto per cápita total como en la proporción que es cubierta por el Estado: para este año, el gasto per cápita en salud total era de US\$769, los cuales se dividían en un 73.6% del gobierno y 26.4% de gasto privado.

Gráfico 32. Gasto per cápita en salud por sector, 2011-2016, expresado en USD

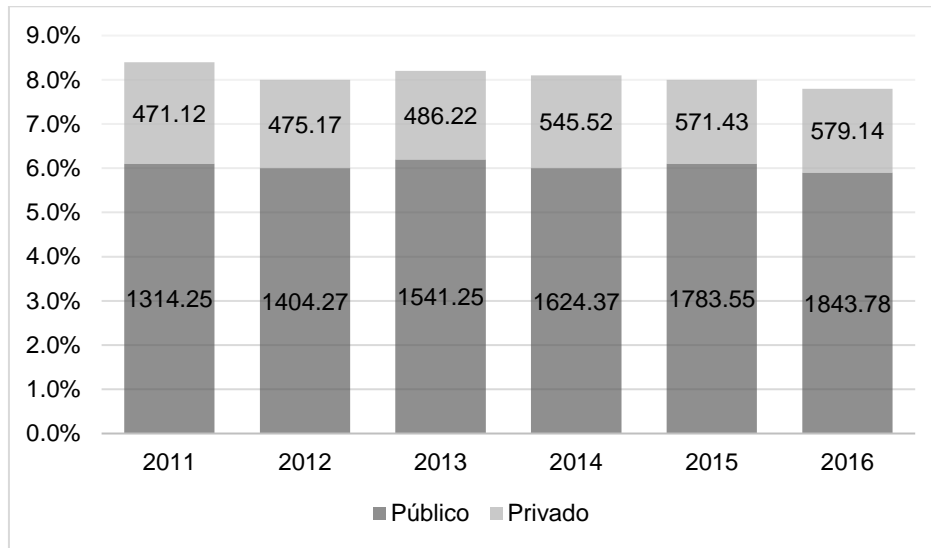


Fuente: elaboración propia con base en OMS (2019).

Al revisar el gasto total en salud como porcentaje del PIB, el promedio durante el período en cuestión es del 8.1%. Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de que el valor monetario del gasto ha aumentado durante los años, el gasto como porcentaje del PIB ha tenido la tendencia contraria: mientras en 2011 éste representaba el 8.4%, para 2016 este valor disminuyó al 7.8%. Sin embargo, esta disminución se explica por la reducción en la participación del gasto privado, ya que el gasto público como porcentaje del PIB ha tenido un comportamiento estable en período, fluctuando entre 5.9% y el 6.2% del PIB.

Como referencia, la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, de la OPS/OMS, plantea que los países que aspiren a alcanzar la Salud Universal deben tener una inversión total en salud de al menos el 6% del PIB, por lo que se concluye que Costa Rica se encuentra en la dirección correcta al superar este valor por cerca de dos puntos porcentuales. Además, al realizar una comparación con los países de América Latina y El Caribe, cuyos niveles promedios de inversión para 2015 alcanzaron el 6.48% del PIB, se observa nuevamente que Costa Rica supera este valor de forma considerable (OPS, 2019).

Gráfico 33. Gasto en salud como porcentaje del PIB y gasto total en salud por sector, 2011-2016, expresado en miles de millones de CRC



Fuente: elaboración propia con base en OMS (2019).

Organización de los servicios de salud

La cobertura universal de los servicios de salud viene dada por el SEM, el cual brinda los siguientes servicios de atención médica:

- a) Programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
- b) Asistencia médica quirúrgica y de especialidades
- c) Atención ambulatoria y hospitalaria
- d) Concesión de medicamentos por medio de servicios de farmacia
- e) Servicios clínicos de exámenes de laboratorio
- f) Servicios de atención de salud oral
- g) Servicios de asistencia social, individual y familiar

Para el caso de las personas en el régimen contributivo, esta cobertura se brinda a la persona que cotiza directamente, así como a las personas de su grupo familiar que dependen de los ingresos de la persona cotizante (cónyuge, padres, hijos y otros familiares dependientes). Las personas que son cubiertas por el régimen no contributivo tienen acceso a todos los servicios brindados por el SEM de la misma manera que las personas cotizantes (Sáenz et al., 2010).

Los servicios de salud se subdividen en tres subniveles de atención: la atención primaria es la red más amplia, cuyos servicios son brindados por las EBAIS, que comprenden considerables servicios de atención de salud. El nivel secundario de atención se refiere a servicios de salas de emergencia, soporte de diagnóstico, atención de consultas con especialistas y servicios quirúrgicos simples; estos son brindados en una red de clínicas especializadas, hospitales periféricos y hospitales regionales. Por su parte, el nivel terciario de atención comprende procedimientos quirúrgicos complejos y servicios que requieren uso de equipos de alta complejidad tecnológica, los que se ofrecen en los hospitales nacionales y hospitales especializados (Sáenz et al., 2010).

Es importante señalar que el acceso a los distintos niveles de atención tiene una estructura jerárquica: las unidades de atención primaria son en las que se inicia el proceso de diagnóstico y tratamiento, y se refiere a los pacientes del segundo o tercer nivel de salud según se requiera. El primer paso en la atención de salud es una cita con el médico general de la EBAIS correspondiente a la región en la que las personas habiten. Por lo tanto, el primer nivel de atención es el principal acceso a los servicios de salud (OPS, 2019).

La atención primaria se compone por cinco programas de atención integral según los grupos de edad y el proceso de vida y género de la población a asistir, cuyo detalle se muestra a continuación, en la tabla 19.

Tabla 19. *Servicios del Programa de Atención Integral en el primer nivel de atención de la CCSS*

Atención integral a la niñez	Atención integral a la adolescencia	Atención integral de la mujer	Atención integral de personas adultas	Atención integral de personas adultas mayores
Crecimiento y desarrollo Programa de inmunizaciones Salud oral Identificación y monitoreo de factores de riesgo	Crecimiento y desarrollo Programa de inmunizaciones Anticoncepción Salud oral hasta los 14 años Identificación y monitoreo de factores de riesgo	Atención pre y post natal Preparación psicosocial para el trabajo de parto Detección y evaluación básica de infertilidad en parejas	Vacunación Atención odontológica Detección y control de desórdenes mentales Prevención y detección de riesgos y	Detección temprana y control de grupos de riesgo Atención odontológica Detección y tratamiento de

Tratamiento de enfermedades Rehabilitación básica	Tratamiento de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> · Detección y referencia de violencia contra las mujeres · Vacunación durante la edad reproductiva · Detección temprana de cáncer de cérvix y mama · Atención odontológica · Morbilidad relacionada a la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> · enfermedades (hipertensión, diabetes, etc.) · Tratamiento de enfermedades · Rehabilitación básica 	<ul style="list-style-type: none"> · enfermedades crónicas · Tratamiento de enfermedades · Rehabilitación básica
--	-----------------------------	--	---	---

Fuente: OMS (2019).

Cobertura de atención del sistema de salud

Gracias a la estructura del sistema de salud costarricense y las interpretaciones de la Constitución Política de las que se deriva la obligación del Estado a brindar atención de salud a toda la población, los servicios ofrecidos tienen un carácter universal. En el caso de las personas que no contribuyen al sistema por su condición de pobreza o vulnerabilidad, dada la función asignada como “patrono” del Estado dentro del sistema, estas personas se consideran directamente cubiertas por el mismo, de modo que obtienen acceso a los mismos servicios de salud que las personas que brindan aportaciones directas al sistema.

La cobertura del sistema de salud para 2016 alcanzaba el 95% de la población, donde la categoría de personas “no cubiertas” hace referencia a aquellas que, a pesar de tener capacidad contributiva, eligen no aportar al sistema. Sin embargo, aún estas personas tienen cobertura para el acceso a servicios de salud en salas de emergencia y programas de atención primarios. Estas personas únicamente deberán pagar en caso de requerir servicios adicionales, como hospitalización o cirugías (OPS, 2019).

Si bien el acceso a los servicios de salud tiene un carácter universal, el principal desafío al que se enfrenta el sistema de salud costarricense se encuentra en la prontitud con la que las personas pueden obtener la atención requerida. En el caso de la atención primaria, la oferta limitada de horarios y cupos de consulta obliga a algunas personas a hacer filas desde horas

de la madrugada, con la esperanza de obtener un lugar para ser atendidas. En el caso de no lograrlo, algunas personas se dirigen directamente al sistema de emergencia para consultas que corresponden a los servicios de atención primaria, lo que resulta en congestión de los hospitales (OPS, 2019).

Esta situación se agrava en los niveles secundarios y terciarios de salud, en cuanto a los tiempos de espera para la obtención de servicios de especialidad y quirúrgicos. Para el 2014, el tiempo promedio de espera para una cirugía general era de 452 días. Y en caso de procedimientos más especializados, como cirugías de reemplazo de articulaciones, el tiempo de espera llegaba hasta los 978 días (OPS, 2019).

Con el objetivo de ampliar la cobertura y mejorar los tiempos de espera, la CCSS complementa el primer nivel de salud por medio de la compra de servicios de cooperativas de salud, que son proveedores privados que brindan atención, aproximadamente, al 15% de la población costarricense. Además, recientemente se han puesto en marcha dos mecanismos adicionales para el mismo objetivo. En primer lugar, el modelo de medicina mixta da la posibilidad a la persona asegurada de seleccionar algún médico privado registrado en la CCSS y pagar por la consulta, pero los medicamentos y exámenes que se receten son cubiertos por la CCSS en los centros de atención que la institución disponga. En segundo lugar, el modelo de médico de empresa consiste en la contratación de un médico privado por parte de las empresas para brindar atención a los empleados del centro de trabajo, siguiendo el mismo proceso de cobertura de la medicina mixta para la cobertura de medicamentos y servicios de diagnóstico adicionales que se requieran (OPS, 2019).

7.1.3.3.- Políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud pública en Costa Rica

La atención Integral de la Salud para la mujer adolescente, joven y adulta

La atención en salud a la población en Costa Rica se basa en una estrategia de ciclo de vida, por lo que se ofrecen servicios de atención primaria, desde la CCSS, con el objetivo de contribuir al desarrollo de las personas con acciones según su edad. Desde la atención prenatal para las madres embarazadas, se implementan acciones de monitoreo e inmunizaciones; durante la adolescencia se realizan programas para el tratamiento de

enfermedades y monitoreo de factores de riesgo, además de iniciar con programas de educación sexual y reproductiva, con acceso a métodos anticonceptivos. Durante la vida adulta se brinda a la mujer atención integral en temas de prevención y detección de enfermedades como el cáncer, así como programas de apoyo para víctimas de violencia y atención prenatal. Para las personas adultas mayores se continúa brindando atención integral, con especial atención a la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas y desórdenes mentales, además de servicios de rehabilitación básica.

Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

A partir de las reformas estructurales en materia de salud durante la década de 1990, el sistema de salud costarricense ha alcanzado un alto nivel de integración con las diferentes organizaciones que lo componen, tanto del sector público como el sector privado. La CCSS es la principal proveedora de servicios de salud a nivel nacional, y es responsable de la atención integral de las personas costarricenses, de quienes un 95% se encuentran bajo la cobertura de este sistema. La red de atención primaria está compuesta por las EBAIS, que brindan servicios de salud esencial y refieren a las personas usuarias a los niveles posteriores de salud según se requiera.

Acceso a salud de mujeres en mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad

El INAMU es uno de los principales organismos gubernamentales a cargo de mejorar las condiciones de vida para las mujeres costarricenses. Esta institución realiza labores importantes para el fomento del emprendurismo y empleabilidad de las mujeres, para lograr avances en la reducción de la pobreza de esta parte de la población. Para el año, en conjunto con el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) 2016 se logró impactar directamente a 6,857 mujeres en condiciones de pobreza y pobreza extrema, quienes recibieron capacitaciones en materia de empoderamiento económico, salud sexual y reproductiva, así como derechos humanos y prevención de la violencia. Además, estas personas recibían un subsidio económico durante el periodo de capacitación (Presidencia de la República de Costa Rica, s.f.).

Seguridad alimentaria y nutricional, aliviando el hambre y la desnutrición crónica

Las acciones encaminadas a las mejoras en la nutrición de la población son llevadas a cabo por la Secretaría de la Política de Alimentación y Nutrición (SEPAN), siendo un órgano adscrito al Ministerio de Salud. A pesar de que esta secretaría forma parte del Ministerio de Salud desde 1973, se tuvo un periodo sin funcionalidad de la misma de casi seis años. Sin embargo, fue reactivada a inicios del año 2015. Con esto se llevó a cabo una importante revisión y actualización del marco de acciones estratégicas e integración de temas como sistemas alimentarios sostenibles, seguridad alimentaria y nutricional, cambio climático, entre otros.

Según el Ministerio de Salud (2018), entre los avances importantes que se han tenido en esta área se encuentra el desarrollo de un Sistema de Vigilancia Nutricional, enfocándose en la población de entre 0 y 19 años de edad. Durante el año 2016 se llevó a cabo el “Primer Censo Peso/Talla Escolar en Cota Rica” en todas las escuelas del país. Asimismo, se llevó a cabo el desarrollo del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINSAN), que aborda indicadores relacionados al estado nutricional de la población, acceso y disponibilidad de alimentos y servicios básicos, entre otros.

De igual forma se han realizado avances notables en los programas de alimentación escolar, como la elaboración del Plan para Abordaje Integral de la Obesidad y el Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Preescolar y Escolar, con el objetivo de desarrollar programas de alimentación escolar sostenibles y saludables. Entre las principales acciones se encuentra la promoción de “Escuelas Sostenibles”, en las que se implementan cambios en los menús, adopción de huertos pedagógicos, reformas de infraestructura y equipo (cocinas, comedores y bodegas).

Para 2018, algunos de los logros de estas acciones son:

- Capacitaciones sobre educación alimentaria y nutricional para 10,800 niños y niñas y 1,200 padres y madres de familia, centradas en promover hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.
- Implementación y fortalecimiento de huertos estudiantiles en cerca del 50% de las Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles
- Sensibilización de aproximadamente 120 integrantes de las Juntas de Educación de las escuelas y los Comités de Desarrollo Específico de CEN-CINAI, sobre la

importancia de obtener alimentos de las familias que poseen huertos, contribuyendo a dinamizar las economías locales y ofrecer productos de sus propias comunidades a la población estudiantil.

- Capacitación de 300 agricultores familiares para fortalecer sus sistemas productivos, con énfasis en buenas prácticas agrícolas para garantizar la calidad e inocuidad de los productos que se brindan a los centros escolares.
- Identificación de menores que presentan malnutrición para brindar atención integral especializada.

La atención psicológica y física a todas las formas de violencia

Para el sistema de salud costarricense, la violencia contra las mujeres no es solo un problema público y de seguridad ciudadana, sino que también es un grave problema de salud pública debido a las consecuencias físicas y mentales que tiene sobre la salud de las mujeres. Es por ello que el Ministerio de Salud, como ente rector, juega un papel fundamental en el combate a la violencia contra las mujeres e intrafamiliar por medio del desarrollo de programas y estrategias.

En el marco del Plan Nacional para la atención y prevención de la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familiares, así como por hostigamiento sexual y violación 2010-2015 (PLANOVI-Mujer), una de las principales líneas estratégicas ha sido el fortalecimiento del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) para la conducción, coordinación y ejecución de acciones en este plan. Es así como el INAMU presenta en 2017 la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las edades 2017-2032, con el objetivo de continuar los esfuerzos del PLANOVI-Mujer 2010-2015.

De forma más específica en esta temática, el INAMU desempeña un rol importante para la atención de las víctimas de violencia de género, brindando asistencia psicológica, asesoría legal y albergue temporal para las mujeres y sus hijas e hijos en casos de riesgo de feminicidio.

Según las estadísticas del INAMU (2019), durante el año 2018 se brindó un total de 9,293 atenciones relacionadas a casos de violencia de género. De este total, el 42% responde a asistencia legal, el 30% a atención psicológica, y el 28% restante a trabajo social.

Salud Sexual y reproductiva

Según el Ministerio de Salud (2018), la educación en materia de salud sexual y salud reproductiva está a cargo del Ministerio de Salud. Estos procesos de educación se llevan a cabo desde edades tempranas, con el objetivo de crear conciencia en las personas adolescentes para llevar una vida sexual responsable, reduciendo así los casos de embarazos durante la adolescencia o ITS. Se ha llevado a cabo el Plan Estratégico Nacional en Salud para la Persona Adolescente 2010-2018 (PENSPA), en el que se priorizaba el abordaje de temas como la violencia, malnutrición, salud mental, salud sexual y salud reproductiva.

Una de las estrategias para alcanzar estos objetivos es el acceso universal a condones masculinos y femeninos. El fin de esta estrategia es facilitar que las instituciones y que proveen servicios vinculados a la salud sexual y reproductiva puedan garantizar el acceso oportuno y efectivo de condones. Además, busca promover prácticas, conocimientos y actitudes que acerquen a la población a vivir una sexualidad segura, informada, placentera y en corresponsabilidad.

Logros:

- Se capacitó a 200 funcionarios/as y 25 jóvenes promotores de las redes interinstitucionales de niñez y adolescencia de las regiones de Cruz y Liberia en temas de salud sexual y reproductiva de la persona adolescente, divulgación de la norma nacional de atención a la persona adolescente, relaciones impropias, violencia y género y la Ley de Paternidad Responsable.
- Sensibilización de 32.318 adolescentes y jóvenes en derechos humanos, salud sexual y reproductiva, desarrollo humano y proyecto de vida, para la prevención del embarazo adolescente por parte de la Unidad de Coordinación Local-CIAMA, en la Región Central Occidente
- Disminución considerable de los nacimientos en adolescentes. Mientras estos conformaban un 19.4% del total en 2012, para 2017 esta proporción se ha reducido a un 15.1%.

Prevención del riesgo reproductivo y de las principales causas de morbilidad derivadas de la salud sexual de las mujeres

Una de las problemáticas de salud más importantes en este país es la del cáncer, que representa una gran parte de todas sus muertes. Es por ello que existe el Concejo Nacional del Cáncer, que apoya al Ministerio de Salud en la implementación de acciones encaminadas al combate de esta enfermedad. Es de esta manera que se ha desarrollado el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. Una de sus principales acciones es el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer, que consiste en incrementar la capacidad de resolución de los establecimientos de salud por medio de la integración de equipos de profesionales multidisciplinarios. Además, este proyecto contenía una declaratoria del cáncer como prioridad e interés institucional. (Ministerio de Salud, 2018)

A pesar de estos esfuerzos, se tuvo un incremento en el porcentaje de muertes por cáncer respecto al total de muertes, que pasó del 50% al 52% entre 2012 y 2016, respectivamente (Ministerio de Salud, 2018).

Lactancia materna, y atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post natal

En cuanto a lactancia materna, en Costa Rica existe una Política Pública de Lactancia Materna, establecida por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional de Lactancia Materna. En esta política se establece que el amamantamiento es la norma biológica que orienta la alimentación de las niñas y los niños, por lo que se busca garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional se alimente con leche materna de forma exclusiva hasta por lo menos 6 meses de edad. Esto implica un esfuerzo para concientizar a la población, en el que las personas en los altos mandos de las instituciones públicas y privadas de todos los sectores aseguren la capacitación de su recurso humano en esta materia.

También se realizan esfuerzos para la mejora de la atención de las madres durante el embarazo, así como después del mismo, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. Para ello se lleva a cabo un sistema de evaluaciones conjuntas de los servicios de gineco-obstetricia por medio de la CCSS. Estas acciones se fomentan por medio

de normativas nacionales de los derechos de las mujeres y los niños y niñas a recibir atención con calidad por personal calificado y competente.

En el caso de los embarazos durante la adolescencia, CEN-CINAI se ha propuesto fortalecer las acciones dirigidas a las adolescentes madres, para ofrecerles servicios de calidad y articulados con otras instituciones del estado responsables de la protección y promoción del desarrollo humano, de acuerdo con las necesidades de este grupo de población (Ministerio de Salud, 2018).

Para 2018, algunos de los logros de estas acciones son:

- Tasa de mortalidad infantil baja y estable. El periodo 2014-2018 se considera como el que tiene los niveles más bajos de la historia del país. Para niños y niñas menores de un año, las tasas oscilan entre las 7.8 y 8.11 defunciones por cada mil nacimientos.
- La tasa de mortalidad materna también es baja y con un comportamiento estable, con un valor menor a 3 defunciones por cada diez mil nacimientos.
- Se ha brindado atención anual a aproximadamente 700 adolescentes embarazadas y madres, como un grupo diferenciado que recibe los servicios de alimentación complementaria por parte de CEN-CENAI, fortaleciendo la realización de sesiones educativas con temas relacionados con habilidades para su proyecto de vida, salud con énfasis materia sexual y reproductiva, que contribuya con información para la reducción de embarazos subsecuentes, los cuales limitan un crecimiento y desarrollo socioemocional adecuado de ellas y sus hijos e hijas.

7.2.- Financiamiento y Esperanza de vida como indicadores de eficiencia para los sistemas de salud, de Chile, Uruguay y Costa Rica

Al realizar una inversión en salud podría esperarse un resultado satisfactorio para el mejoramiento de la salud de las personas, pero muchas veces los presupuestos asignados a la rama de salud son mal distribuidos y tienen un bajo o nulo impacto sobre las personas, es así como se correlaciona la inversión en salud y la esperanza de vida, ocupándose esta última como indicador para medir la eficiencia de los fondos destinados a la atención de salud.

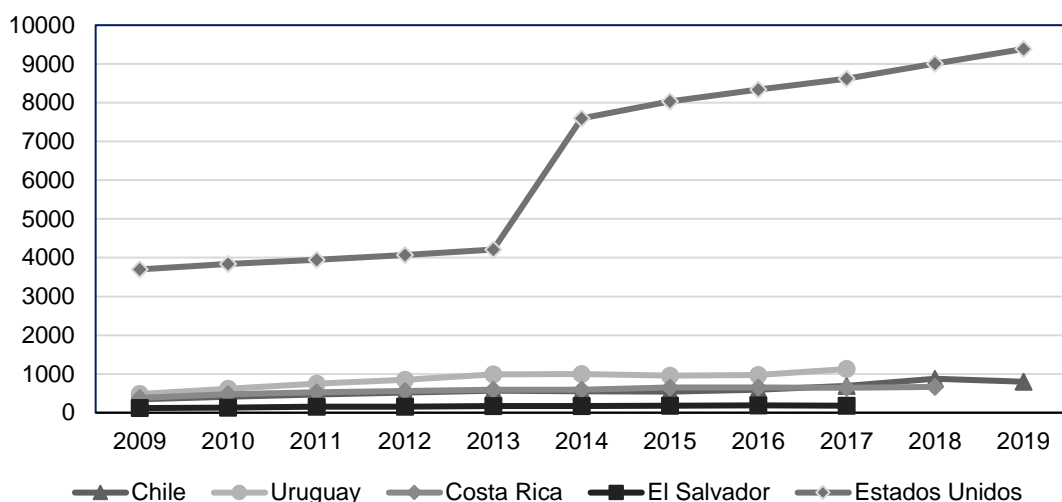
Con base en esta información podemos observar la gráfica 34, que señala el gasto público en salud del gobierno general per cápita (US \$ a precios actuales), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, se observa que existe una gran brecha, por un lado

teniendo a Chile, Uruguay, Costa Rica y El Salvador que han tenido una evolución mucho más baja del gasto en Salud pública per cápita a comparación de Estados Unidos, pero al contrastar esta información con el indicador de esperanza de vida, el cual es definido como la media de la cantidad de años que vive una determinada población, presentado en la gráfica 35, se muestra que el gasto tan elevado en salud por parte de Estados Unidos no tiene un impacto en el aumento de vida de su población, caso contrario que el de Chile y Costa Rica que han tenido un aumento creciente de la esperanza de vida siendo para 2018, de 80 años, en Chile y Costa Rica aproximadamente. Para el caso de Estados Unidos esta brecha entre Gasto en salud per cápita y esperanza de vida, puede ser explicada debido a que el aumento del gasto podría estar muy focalizado en grupos minoritarios haciendo irrelevante los efectos dentro del país.

Para el caso de Uruguay, la esperanza de vida es menor que en Chile y Costa Rica, siendo de 77 años para 2018 y su financiamiento destinado al Gasto en salud es mayor. Al comparar Uruguay con Estados Unidos se observa que, es menor la esperanza de vida que en el país norteamericano, y que el financiamiento destinado al Gasto en salud en Estados Unidos, es mayor. Esto quiere decir que no hay un solo modelo que garantice la Salud de la población, y que esta meta se puede alcanzar con estrategias diferentes. Lo que no puede faltar son instituciones eficientes, que tracen objetivos de largo plazo y sean rigurosas en su cumplimiento (Radio Carve 850, 2017; Uruguay Natural, 2014).

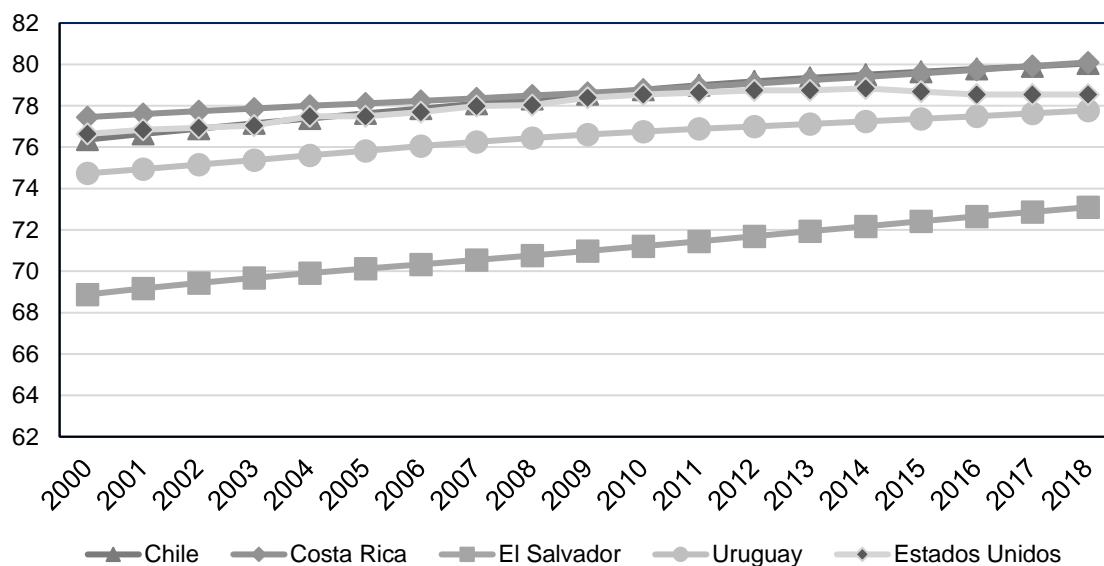
El éxito latente en la atención sanitaria de Chile, Costa Rica y Uruguay, recae en que sus sistemas de salud combinan el financiamiento y normas pautadas por sus Ministerios de Salud Pública con la opción de prestadores públicos y privados sin fines de lucro, además sus inversiones en salud han sido efectivas gracias a una adecuada administración de los fondos destinados.

Gráfico 34. Gasto público per cápita en salud del gobierno general (US \$ a precios actuales), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2009 a 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de Datos macro ORBYT.

Gráfico 35. Esperanza de vida al nacer, total (años), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018

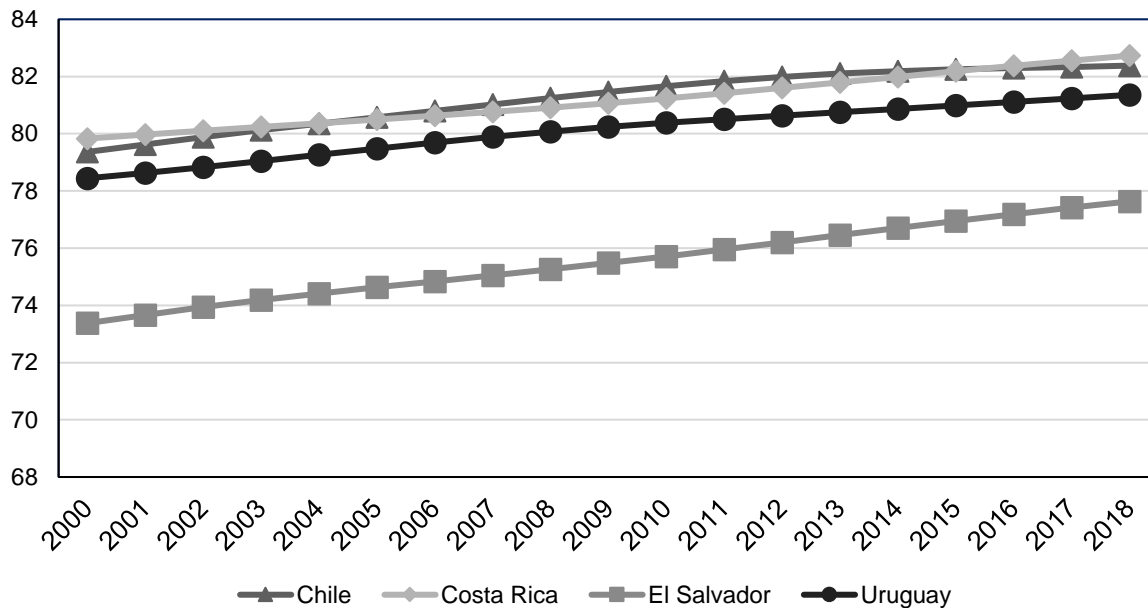


Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Si se utiliza como indicador de medida la esperanza de vida de las mujeres, en Chile, Uruguay, Costa Rica y El Salvador y EEUU para analizar la efectividad de las políticas públicas en salud destinadas a esta población en cada país, es importante observar también su evolución. En el

gráfico 36, se aprecia que la esperanza de vida de las mujeres en Chile, Uruguay y Costa Rica es mayor que en El Salvador; para 2018 fue de 82 años en Chile y Costa Rica, y de 81 años en Uruguay. En cambio, para El Salvador fue de 77 años.

Gráfico 36. Esperanza de vida al nacer de mujeres en años, para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

7.3.-Recomendaciones de buenas prácticas

7.3.1.-Chile

Dentro de las fortalezas implacables de la protección social en salud para el país de Chile y que podrían replicarse en El Salvador, se tiene:

1. Impulsar una red crecientemente articulada de programas sociales y políticas sectoriales:

Con un enfoque de protección social que abarque ambos regímenes, tanto contributivos como no contributivos. Esta integración intersectorial sirve de punto cohesivo para brindar una atención más eficaz y lograr de esta manera crear vínculos entre el sistema de salud público y privado.

2. *Gestión del gobierno central con las municipalidades de acuerdo con el entorno sociodemográfico que estas tengan:*

Para un correcto manejo de los programas sociales y que el acceso a estos sea en verdad para las poblaciones más vulnerables es importante que el gobierno central gestione con las municipalidades y estas accedan a los programas sociales según el entorno sociodemográfico que estas tengan y así se brinden informes de las verdaderas demandas de las familias vulnerables.

3. *Creación de una red de información centralizada sobre los programas sociales y políticas sectoriales llevadas a cabo:*

Que permita identificar las necesidades de la población y el incluir cada vez más, programas que logren cubrir a la población vulnerable. Por ejemplo, en Chile, a pesar de que esta red no habla directamente acerca de la población trabajadora del cuidado no remunerado, ni su acceso a la atención de salud esencial, sus programas incluyen esfuerzos por universalizar la protección social, por medio de los subsidios de vivienda, capacitaciones y atención en salud.

4. *Implementar un sistema de salud en el que personas cotizantes tengan la opción de adquirir planes de seguros privados o cotizar al sistema público de salud:*

En el caso de Chile, la adquisición de planes privados representa un costo adicional para las personas cotizantes. La existencia de esta opción contribuye al aumento de la capacidad financiera del sector público, que posibilita una mejora continua de la calidad de atención pública para toda la población, quedando en evidencia el carácter universal de la protección.

7.3.2.- Uruguay

Las buenas prácticas que El Salvador puede replicar de Uruguay se encuentran englobadas en dos pilares:

1. *Integración y pluralidad de opciones para la atención:*

El Sistema de salud uruguayo combina el financiamiento y normas pautadas por el Ministerio de Salud Pública, con la opción de prestadores públicos y privados. Como

buena práctica se propone la elaboración de políticas sociales, que apunten a un concepto integral de la salud pública, involucrando determinantes como educación, vivienda, transporte, alimentación y el combate a la pobreza y a la indigencia. Es decir, lograr que el sistema sanitario no deje a ningún sector de la población sin atención. Sumado a este punto, es necesario la construcción de un tipo de sistema que posea la posibilidad, para la población, de acceder a una variedad de opciones para la atención médica. No solo tratamientos médicos de calidad en centros privados, sino que también, tratamientos médicos de calidad para las personas que no pueden permitirse el lujo de pagar por ellos.

2. Buena estructura y Coordinación:

Acompañado a una buena integración y pluralidad, del sistema sanitario, se deben implementar políticas que sean ser coherentes, para que redunden en una mejor calidad de vida y en la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Generando un sector salud que funcione bajo una lógica de cooperación diferente. El eje conductor sería una nueva concepción de Estado, configuración que fijaría metas, las auditaría y evaluaría. A su vez, sería fiscalizador de lo que regula. Colocando al frente ocho principios de la seguridad social: cobertura universal, tratamiento igualitario, solidaridad, redistribución del ingreso, integralidad y suficiencia de los beneficios, sustentabilidad financiera, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación social.

7.3.3.- Costa Rica

1. Estructura legal e institucional sólida:

Un aspecto importante en el éxito del sistema de salud costarricense es la importancia dada a un marco legal claramente encaminado a lograr la cobertura universal de la población del país. Si bien no ha existido una modificación a la Constitución Política para incluir explícitamente la salud como un derecho fundamental de las personas, las interpretaciones y desarrollo de leyes secundarias han permitido el desarrollo institucional del sistema. Por otro lado, la centralización de la provisión de los servicios de salud en la CCSS, con el Ministerio de Salud actuando como ente rector, así como la efectiva coordinación con el sector privado, han contribuido al desarrollo de

mecanismos que contribuyen a la ampliación del acceso y calidad de los servicios de salud.

2. *Prioridad de la inversión en salud en el gasto público:*

Además de una institucionalidad sólida, un elemento crucial para la obtención de resultados positivos de la cobertura en salud de Costa Rica es el importante nivel de inversión que se brinda al sistema. Los altos niveles de inversión con respecto al PIB, así como per cápita, superan considerablemente a los del resto de países de la región centroamericana, e incluso se encuentran por encima de los niveles recomendados por la OMS/OPS para los países que busquen alcanzar la cobertura universal. Además, existe una marcada tendencia a la disminución de los gastos en salud del sector privado, lo que indica que el Estado ha ido aumentando su participación en la cobertura de los costos del sistema. A pesar de las limitaciones con respecto a los tiempos de espera para la obtención de atención médica por parte de la población, existe una base importante sobre la que continuar avanzando para la mejora en la calidad y prontitud del acceso a servicios de salud.

CONCLUSIONES

Las relaciones establecidas en esta investigación sobre la población trabajadora del cuidado no remunerado, y su acceso a la atención esencial en salud, en el contexto de la realidad socioeconómica del país son caracterizadas por una fuerte división sexual del trabajo con desventaja para las mujeres, que dedican parte importante de su tiempo a realizar tareas por las cuales no perciben una remuneración, condicionando así su participación en el mercado de trabajo. Sumado a esto hay una falta de reconocimiento del trabajo del cuidado no remunerado, entendiéndose como gratuito en el país, excluyendo así a esta población, conformada principalmente por mujeres, de la seguridad social, pensiones de vejez y previsión sanitaria.

El desarrollo del presente estudio ha revelado hallazgos relevantes en vinculación con el objetivo que se deseaba alcanzar en esta investigación, el cual consistía en analizar desde la protección social no contributiva, el acceso a la atención de salud esencial, en El Salvador, de las personas trabajadoras del cuidado no remunerado, para el período mayo 2009 a diciembre 2019. A continuación, se presentan las conclusiones generales de la investigación:

Con respecto a la pregunta de investigación planteada sobre si el estado de la protección social no contributiva en El Salvador, limita el cumplimiento del derecho de la población trabajadora del cuidado no remunerado, a acceder a la atención de salud esencial, se encontró que no es posible determinar con exactitud el cumplimiento de los derechos para esta población, debido a que las instituciones no cuentan con los instrumentos adecuados para medir el impacto de las acciones de política, en materia de protección social en salud, que se llevan a cabo en el país. Sin embargo, tomando en cuenta la situación de esta población por un lado y el principio de universalización por el otro, es posible hacer algunas valoraciones:

Sobre la concepción de la protección social como un derecho humano:

Es importante destacar que la protección social es un avance que busca cubrir todo aquello que la seguridad social no logra abarcar. La investigación realizada ha permitido conocer la evolución a través del tiempo de las definiciones de la protección social, así como la concepción del bienestar social como un derecho. Desde las primeras ideas basadas en la

asistencia temporal para personas en situaciones de pobreza extrema, pasando por el desarrollo de sistemas de seguridad social para la mitigación de riesgos y la mejora de las condiciones de las personas trabajadoras, llegando a las concepciones más recientes que consideran una amplia gama de servicios y acceso universal, no ligadas a contribuciones como los esquemas de seguridad social.

En El Salvador, la visión sobre la atención de salud esencial data desde finales de la década de 1940, transformándose a lo largo del tiempo conforme ha evolucionado el pensamiento y la política económica del país. Comenzando con la creación del Ministerio de Asistencia Social, en 1948, que recoge todos los esfuerzos realizados en materia de seguridad social con enfoque de derechos humanos. El enfoque universal de los derechos humanos inicia formalmente hasta 2010 con la creación del Sistema de Protección Social Universal, pero es hasta 2014 que entra en vigor la Ley de Desarrollo y Protección Social que ampara dicho sistema.

Sobre la universalización y el financiamiento de la protección social en salud:

El Gasto Nacional en salud del MINSAL, se vio incrementado sostenidamente en todo el período de estudio, evolucionando de \$449.4 millones de dólares, en 2009, a \$640.9 millones de dólares, en 2018. Las implicaciones que la segmentación del presupuesto en salud en El Salvador conlleva para la población trabajadora del cuidado no remunerada (en su mayoría mujeres), son negativas, puesto que, al haber menos fondos para el sector público en general, existen aún menos fondos para las acciones que sean destinadas a la cobertura de estas trabajadoras. Además, al haber una baja cobertura de los programas de salud pública conlleva a que las personas gasten más de su bolsillo para palear sus necesidades en salud. Y si esta población trabajadora del cuidado no remunerada no cuenta con ingresos debido a al carácter no remunerado del trabajo de cuidados que realizan, no podrán acceder a servicios de salud, porque no la pueden costear.

Esta situación se ve agravada con las iniciativas gubernamentales de brindar exenciones fiscales para grandes empresarios, ya que las grandes cantidades de ingresos que dejan de entrar a las arcas del Estado limitan la capacidad de invertir recursos en programas sociales destinados al acceso a la salud, especialmente en el ámbito no contributivo. Según López (2017), para el año 2010, el total del gasto tributario por impuestos se estimó en \$1,049

millones de dólares, lo que representa más de dos veces el presupuesto dedicado al MINSAL en ese mismo año.

Con relación a la cobertura de programas sociales en el presupuesto de El Salvador, existe una contradicción dentro de la legislación ya que, la Ley de responsabilidad fiscal frena la garantía universal que la Ley de Desarrollo y Protección Social se propone cumplir; conllevando a que el estado acote el crecimiento de los programas sociales. No es solo de pensar en el gasto público, sino que hay que avanzar en una estructura fiscal que sea más progresiva. No hay un accionar universal, ya que, al no contar con los recursos necesarios, se sobrepone la necesidad de focalizar a la idea de derechos universalmente garantizados.

Resulta interesante que, se han dado avances paulatinos en la última década con respecto a la universalización del derecho a la salud, en El Salvador, y que también se han firmado pactos y convenios internacionales, en materia de protección social. Sin embargo, es importante resaltar que no se menciona de manera específica la generación de un reconocimiento económico y social de las labores que realiza la población trabajadora del cuidado no remunerado.

Por otra parte, no existe consenso entre los partidos políticos del estado salvadoreño para el seguimiento de los programas, generando que estos avances puedan ser frágiles a lo largo del tiempo y que dependan de la voluntad política de cada gobierno, como se ha podido constatar con la llegada a la presidencia de Nayib Bukele, al no haber claridad de la línea presupuestaria, ni de acciones concretas que se pretenden realizar, no se vislumbran posibilidades de avance hacia este cumplimiento; por el contrario, se identifican retrocesos.

Para complementar este estudio, se consideró la relevancia de realizar una revisión de los sistemas de salud de otros países de la región latinoamericana, específicamente: Chile, Costa Rica y Uruguay, puesto que muestran avances importantes en la universalización del derecho y acceso de la población a los servicios de salud, ayudando a visualizar mecanismos que pueden ser utilizados como referencia para seguir ejemplos de buenas prácticas. A pesar de las diferencias que existen entre estos países y El Salvador, se puede concluir que existen aspectos socioeconómicos y geográficos en los que hay similitudes, con los que se evidencia que es posible avanzar hacia la cobertura universal en salud.

Así, el análisis de los sistemas de protección social de Chile, Uruguay y Costa Rica, reveló que los países no solo deben tener capacidad para proveer de recursos suficientes el financiamiento de las acciones en materia de salud, sino también que estos sean utilizados de forma eficiente para llevar a cabo las acciones de forma competente y oportuna. La investigación muestra que los niveles de gasto per cápita en salud de estos tres países son considerablemente superiores que en el caso de El Salvador. Aunado a esto, el uso eficiente de estos recursos contribuye a posicionar sus servicios de atenciones sanitarias entre los mejores y más asequibles en la región latinoamericana, logrando superar la referencia planteada por la OPS/OMS en su estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal, que plantea que los países que aspiren a alcanzar la Salud Universal deben tener una inversión total en salud de al menos el 6% del PIB, caso contrario al de El Salvador, que no logra superar esta referencia.

Un aspecto destacable, encontrado en la investigación, es el indicador de la esperanza de vida al nacer, que sirve como una medida del grado de éxito de los sistemas de salud. Estos tres países tienen ventaja respecto al resto de los de la región latinoamericana: Chile, con 80 años; Costa Rica, con 80; Uruguay, con 77. Si bien los países analizados aún tienen áreas de oportunidad en cuanto a sus sistemas de salud, los esfuerzos realizados muestran la importancia del compromiso que los estados deben tener para trabajar de forma constante en el desarrollo de normativas y mecanismos que contribuyan a ampliar el acceso y calidad de los servicios de protección social para sus poblaciones. Además, estos países cuentan con instituciones eficientes y rigurosas en la aplicación de las normativas pertinentes a cargo de llevar los diferentes programas.

Para los tres casos analizados, la universalización del acceso a los sistemas de protección social es un elemento clave para garantizar el mayor bienestar posible de la población, contribuyendo especialmente a las condiciones de las personas que se encuentran fuera de la esfera de la economía formal o realización de actividades remuneradas, de manera que estas situaciones no representan un obstáculo para la obtención de atención de salud.

Sobre las políticas de protección social vinculadas al acceso a la salud de las mujeres en el período de estudio:

Con respecto a la protección social en El Salvador, existen carencias en la creación de programas que garanticen la mejora de la vida y la universalización de los derechos. Una de las dificultades viene de la falta de información sólida y de herramientas, que segmenten a la sociedad de tal forma que se puedan identificar las características y necesidades de los diferentes grupos poblacionales, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables y grupos invisibilizados. Tal es el caso de las trabajadoras del cuidado no remunerado.

Sin embargo, a lo largo del período analizado se han realizado esfuerzos para proveer de acceso a salud a las mujeres, durante el gobierno del presidente Mauricio Funes, de junio 2009 a mayo 2014, y el gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén, de junio 2014 a mayo 2019. Como aporte investigativo, en base a los avances realizados en las distintas áreas de protección social no contributiva para las mujeres, se crearon 5 indicadores:

- 1.-Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- 2.-Ciudad mujer y ciudad mujer joven en su acceso a salud
- 3.-Prevención y atención de violencia contra las mujeres
- 4.-Salud Sexual y Reproductiva (SSR)
- 5.-Lactancia materna, y atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post natal

A lo largo de los 10 años analizados, se aprecian resultados positivos en cuanto a servicios de salud pública, brindados por el MINSAL a las mujeres. Estos resultados son un avance para la autonomía física de esta población femenina, procurándoles vivir una vida libre de violencia, y poder decidir sobre la reproducción y la sexualidad. Además, es importante resaltar que, se formularon políticas de salud desde un enfoque de derechos, reconociendo que el Estado tiene un papel en garantizar los servicios de salud a las personas; y que cada etapa de la vida tiene particularidades que deben tomarse en cuenta al momento de brindar atenciones.

Resultados positivos:

- ❖ El acercamiento de los servicios del MINSAL benefició a las mujeres, a través de medidas como la ampliación en los horarios de atención ginecológica en los hospitales e inversión en infraestructura.

- ❖ Se redujo la tasa de mortalidad materna, gracias a la atención hospitalaria del parto, la inscripción precoz y la planificación familiar.
- ❖ Se han aplicado Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de
- ❖ Violencia en el Sistema Nacional de Salud, permitiendo identificar hechos de violencia contra las mujeres, dándoles atención y seguimiento.
- ❖ Se brindó acceso al servicio de anticonceptivos modernos a mujeres, adquiriendo herramientas para tomar decisiones informadas, y el reconocimiento de su derecho a planificar y decidir en qué momento tener o no tener hijos/hijas.
- ❖ Se brindaron servicios de salud para la prevención y atención ITS/VIH.

No obstante, a pesar de los avances positivos que se encontraron en la implementación de políticas, programas, planes y acciones para el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, de junio 2009 a mayo 2019, es posible afirmar que es necesario un esfuerzo mayor que logre disminuir las brechas en el acceso a la salud. Desde un enfoque inclusivo y de derechos, los servicios de salud deben incorporar las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres en relación con los diferentes perfiles de salud y perfiles epidemiológicos. En particular se debe complementar la atención de la salud reproductiva (donde actualmente destaca la centralidad de la salud materna, prenatal, postnatal y vinculada al nacimiento), con la promoción de la salud sexual y la planificación familiar, tanto entre mujeres como hombres, promoviendo la corresponsabilidad de ambos en la salud sexual y reproductiva.

Pero contrario a ello, las políticas públicas en El Salvador parecen encaminarse en otro sentido a partir de junio de 2019, con el inicio del gobierno del presidente Nayib Bukele, ya que, pese a lo planteado en la plataforma de gobierno presentada durante su campaña electoral, llamada Plan Cuscatlán, que incluye iniciativas de mejoramiento para el acceso y atención en salud en sus múltiples aristas, esto realmente no representa un plan sólido a seguir con respecto a presupuesto y seguimiento de programas, puesto que solamente se abordan de manera superficial las propuestas referentes al sistema de salud.

Así, a pesar de las propuestas e iniciativas que se enmarcan en el Plan Cuscatlán, no existe información sólida del seguimiento de los programas sociales que se tenían antes de junio de 2019, y las premisas que se tienen se basan en la eliminación de 5 secretarías claves para la ejecución de estos programas:

- ❖ Secretaría de Inclusión Social.
- ❖ Secretaría de Transparencia y Anticorrupción.
- ❖ Secretaría de Gobernabilidad.
- ❖ Secretaría de Vulnerabilidad.
- ❖ Secretaría Técnica y de Planificación de la presidencia.

También se ha dado una reducción presupuestaria de programas importantes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y de suma importancia para la atención de violencia y generación de ingresos como lo es Ciudad Mujer, por lo que no se ven iniciativas concretas que garanticen el cumplimiento de los derechos para esta población, según lo establecido en el Plan Cuscatlán.

La investigación realizada permite afirmar que la administración del gobierno del presidente Nayib Bukele está desmontando los avances logrados con las reformas de 2009 y que han tenido logros significativos en la reducción de mortalidad materna e infantil entre otras áreas. El actual Gobierno clausuró 17 ECOS familiares y recortó US\$33.5 millones al primer nivel de atención de salud.

Sobre la protección social en salud de la población trabajadora del cuidado no remunerada en El Salvador:

La información estadística revisada indica claramente que las labores de cuidado no remunerado son realizadas en su mayoría por mujeres, lo que muestra la influencia de las ideas tradicionales de los roles de género en la división del trabajo del hogar. Además, la carga de trabajo que las mujeres realizan en materia de cuidado a personas dependientes aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos de los hogares. Más aún, las brechas de género también se acentúan a medida que disminuyen los ingresos de los hogares. El reconocimiento de este hecho, así como de otras características de esta población, son de utilidad para considerar si las acciones de política pública encaminadas a la ampliación del acceso a los servicios de salud esencial son adecuadas para esta población en particular, y también pueden tomarse como referencia para la elaboración de sugerencias o planificaciones de acciones futuras. A partir de ello, se puede concluir que:

En El Salvador las mujeres se ven particularmente en desventaja debido a la estructura actual de la organización social de los cuidados, ya que la mayoría de las responsabilidades de las labores de cuidado dentro del hogar recaen sobre ellas y, entre las consecuencias de esta distribución no equitativa de las labores de cuidado, está la falta de oportunidades para participar en el mercado formal y en la economía productiva, limitando o anulando sus posibilidades de tener autonomía económica desde la etapa de su vida productiva-reproductiva hasta su etapa de adultas mayores, lo que a su vez, en un estado que aun prioriza la seguridad social por sobre la protección social, tiene implicaciones en su acceso a la salud.

La investigación realizada de los informes de labores de los principales proveedores de servicios de salud del país, como el MINSAL y el ISSS, con el propósito de caracterizar la atención de estos subsistemas y conocer el acceso de la población trabajadora del cuidado no remunerado a estos servicios, reveló que, no existen fuentes estadísticas que contengan la información necesaria para poder identificar con exactitud las características de las personas a quienes se prestan servicios, y mucho menos información sobre la cobertura para las personas trabajadoras del cuidado no remunerado. Además, hay una desconexión entre el trabajo de la DIGESTYC y la Encuesta de Hogares con las estadísticas de salud. A pesar de que existe un marco legal en el que se busca mejorar este aspecto, no hay una ampliación del mismo, ni mucho menos, un cumplimiento.

Posterior a la encuesta del uso del tiempo de 2017, no se encontraron avances en cuanto a su seguimiento. Esta desactualización de las estadísticas del país no ha permitido conocer si hay una mejoría en la situación de la población en general, no existen pautas para confirmar si lo que se hace es suficiente, poco o demasiado, no se pueden medir las acciones de protección social en salud de forma certera, y no hay buenas referencias para calificar los avances.

Lo anterior representa una violación de los mandatos contenidos dentro de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres, así como la Ley Integral Para una Vida Libre de Violencia, ya que en estas se requiere el desarrollo de instrumentos de información y estadísticas que contribuyan a visibilizar estas problemáticas.

Se concluye que no existen acciones concretas por parte del ministerio de salud que prioricen a la población trabajadora del cuidado no remunerado. No es posible hacer esta vinculación

directa ya que no se ha desarrollado un sistema de información centralizado que permita visibilizar a esta población.

Se encontró también que se dieron avances en cuanto a servicios de salud pública y autonomía física de las mujeres salvadoreñas, así como en el reconocimiento, dentro de la normativa nacional, de la salud de la población como un derecho. Sin embargo, estos avances se encuentran enmarcados en un contexto de fragilidad, ya que, en la práctica, el cumplimiento de la normativa depende de la voluntad política del gobierno de turno, lo que podría causar retrocesos entre un gobierno y otro. Para consolidar estos avances el Estado juega un papel fundamental como pilar para garantizar los servicios de salud de la población, pero además es indispensable la creación de políticas, programas, planes, y acciones que tengan como objetivo la salud de mujeres trabajadoras del cuidado no remunerado.

Es importante dirigir la atención a esta población trabajadora del cuidado no remunerado porque, a pesar de que su labor permite la reproducción de la vida y el funcionamiento del sistema económico, su invisibilización en la política pública, tiene impactos sociales que afectan el cumplimiento de su derecho a la salud física y mental.

Al analizar el período completo de estudio, de mayo 2009 a diciembre 2019, es posible afirmar que, a pesar de que sí se han logrado avances positivos en cuanto a políticas, programas, planes y acciones destinados a la salud de las mujeres en El Salvador, no hay acciones que tengan como objetivo particular la salud de mujeres trabajadoras del cuidado no remunerado, lo cual constituye un incumplimiento tanto la legislación del Estado salvadoreño como pactos de derechos y de protección de las mujeres, al no garantizar el derecho a la salud en toda la población de manera equitativa, es decir, en función de sus necesidades particulares.

Esto es particularmente importante en relación al período de gobierno que inició en el último tramo del período de estudio: desde una perspectiva de género, el plan parte de gobierno del presidente Nayib Bukele parte de una premisa importante, ya que se plantean iniciativas para la prevención y el mejoramiento de las causas estructurales generadoras de la desigualdad, la violencia y la discriminación que enfrentan las mujeres, sin embargo, no se habla directamente de cómo se reconocerá el trabajo de las mujeres que se dedican al cuidado no remunerado desde un enfoque de protección social; más bien las acciones contenidas en este plan van dirigidas para la inserción laboral de esta población, dejando de lado los factores

sociales, por lo que se continúa invisibilizando la importancia de las labores del cuidado y su rol en la economía y en la sociedad, y cómo estas son determinantes de la condiciones en que las mujeres que realizan estas actividades, acceden a los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

De manera específica, para la creación e implementación eficiente de programas sociales, se recomienda la actualización de datos que sirvan para la segmentación de la población vulnerable, y con dicha información crear modelos algorítmicos dinámicos de agrupamiento que alimenten los avances en materia de protección social, basados en la encuesta de hogares de propósitos múltiples y la actualización de preguntas a implementar para la realización de un Censo más actualizado. Además, se recomienda incluir dentro de las tareas de los tres órganos del Estado, la creación y aplicación conjunta de un pacto nacional para el cumplimiento de los derechos humanos.

Deben existir avances, instrumentos legales e institucionales concretos, que estén enfocados especialmente en la población trabajadora del cuidado no remunerado, que no cotiza, ni posee beneficios del sector formal. Facilitando la corresponsabilidad pública y social, que conlleven a una implicación equitativa de mujeres y hombres, en estas labores no pagadas.

Según las experiencias de los países estudiados, se propone una serie de recomendaciones para la mejora del funcionamiento del sistema de salud salvadoreño, que contribuyan a ampliar el enfoque de derechos humanos para el acceso a la atención de salud de la población, con particular énfasis en la población trabajadora del cuidado no remunerado:

1. Impulsar una red crecientemente articulada de programas sociales y políticas sectoriales
2. Gestión del gobierno central con las municipalidades de acuerdo con el entorno sociodemográfico que estas tengan
3. Creación de una red de información centralizada sobre los programas sociales y políticas sectoriales llevadas a cabo
4. Implementar un sistema de salud en el que personas cotizantes tengan la opción de adquirir planes de seguros privados o cotizar al sistema público de salud
5. Integración y pluralidad de opciones para la atención
6. Buena estructura y Coordinación
7. Estructura legal e institucional sólida
8. Prioridad de la inversión en salud en el gasto público

A pesar de las diferencias en los métodos que los países implementan para alcanzar el objetivo de la cobertura universal de la protección social, existe una serie de elementos comunes de vital importancia para lograrlo, de los cuales se pueden tomar ideas para aplicar en El Salvador en beneficio de la población trabajadora del cuidado no remunerado: es necesario que la universalización de la protección social en salud tome un papel central en la formulación de políticas, de manera que se desarrolle un marco normativo sólido que se cumpla en la práctica y que no depende de la voluntad política de cada gobierno, sobre el que se construyan los avances en esta materia. Además, es importante que este objetivo mantenga su prioridad aún en momentos de cambios políticos en el país, ya que los avances en esta materia requieren esfuerzos sostenidos por largos periodos de tiempo.

También es necesario que esta prioridad se vea reflejada en el financiamiento que se destina para esta área del gobierno, asegurando que este sea suficiente para impulsar las medidas y programas para ampliar el acceso a la protección. Finalmente, en cuanto a la implementación de Políticas, programas y planes, es necesario una mejor administración y organización de estas acciones. Deben ser reguladas y fuertemente apoyadas por el Estado. Además, se debe tomar en cuenta, de forma visible, a las trabajadoras del hogar no remuneradas, reconociéndolas como una población que, por el trabajo exigente que realiza sin paga y derechos a cotización, necesita de atenciones en salud diferenciadas en su ciclo de vida. Además, es necesario reconocer su aporte a la economía nacional. Se necesitan esfuerzos mejores que rompan con las brechas en el acceso a la salud, y que incorporen las necesidades diferenciadas entre hombres y mujeres.

Es necesaria la preparación de información estadística y documental que permita realizar un análisis de los resultados obtenidos con las medidas aplicadas, de manera que se conozca su efectividad y se pueda tomar decisiones encaminadas a mejorar las prácticas para alcanzar los objetivos trazados de la manera más eficiente posible. En específico debe existir una conexión entre el trabajo de la DIGESTYC con la Encuesta de Hogares y la ENUT, y las estadísticas de salud, permitiendo un cruce entre estas, para generar políticas públicas que realmente beneficien a poblaciones desatendidas, incorporando a la población trabajadora del cuidado no remunerado.

En cuanto al tema fiscal, es necesario avanzar en una estructura tributaria de carácter más progresivo. En la medida en que la recaudación de los gobiernos continúe dependiendo

mayormente de impuestos regresivos, como el IVA, las mejoras que puedan tener los programas sociales representarán un costo social que afectará en mayor medida a la población más precarizada. Es necesaria una reforma fiscal que busque garantizar el financiamiento del sistema de protección social universal, mediante impuestos progresivos como impuesto al patrimonio y a la herencia.

Finalmente, si quiere impulsar programas sociales que realmente beneficien a población trabajadora del cuidado no remunerada, es necesario incorporar en el diseño de las políticas públicas, una visión de los cuidados, que parta de las propuestas de la economía feminista. Esto es, poner en práctica las 3R del trabajo del cuidado: primero, mediante el reconocimiento del cuidado; segundo, por medio de la reducción del cuidado a partir del levantamiento de una infraestructura integral de cuidados de carácter pública y/o garantizada desde el sector empleador; y tercero, a través de una redistribución del cuidado, interpretándose como una tarea social y colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.). *El derecho internacional de los derechos humanos*. Naciones Unidas.
<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
- Aguilar, J. (s.f.). *Informe El Salvador - Situación actual de las trabajadoras del hogar*. Centro Internacional de Formación de la OIT. https://actrav-courses.itsilo.org/es/a2-05069/a2-05069-resources/materiales-semana-de-estudio-en-madrid/el-salvador/informe-el-salvador-situacion-actual-de-las-trabajadoras-del-hogar/at_download/file
- Agencia Latinoamericana de Información. (2020). *Balance del primer año de gobierno del presidente Bukele*. América Latina en Movimiento.
<https://www.alainet.org/es/articulo/207377>
- Álvarez, I. (2018). *Corresponsabilidad social en los cuidados*. Conceptos básicos y legislación vigente en El Salvador, <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/14871.pdf>
- Álvarez, I. (2019). *Aportes para el debate sobre la tributación para la equidad de género en El Salvador*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/15770.pdf>
- Banco Central de Reserva. (2017). *Aporte de las mujeres a la economía desde las políticas públicas, del cuidado, la corresponsabilidad y las cuentas satélites*.
<https://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1272775791.pdf>
- Banco Integrado de Programas Sociales. (s.f.). *Guía de programas sociales del Estado de Chile*. <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas>
- Banco Mundial. (s.f.). *Datos de libre acceso del Banco Mundial*.
<https://datos.bancomundial.org/>
- Barrera, S., y Aguilar, J. (2016). *ITVX Economía: Saira Barrera de la UCA y Julia Aguilar, de Fundación Friedrich Ebert*. <https://www.youtube.com/watch?v=RxWQqj4DaLc>
- Batthyany, K. (2017). *Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*.
<https://www.somosiberoamerica.org/investigaciones/genero-trabajo-no-remunerado-cuidados-uruguay/>
- Carve 850, (2017). *Para 2050, Uruguay tendrá un promedio de esperanza de vida de 82 años*. <http://www.carve850.com.uy/2017/12/04/para-2050-uruguay-tendra-un-promedio-de-esperanza-de-vida-de-82-anos/>

- Carve 850, (2017). *¿Cuánto representa el trabajo en el hogar en el PBI?*.
<https://soundcloud.com/radio-carve/cuanto-representa-el-trabajo-en-tareas-del-hogar-a-la-economia-nacional>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *El Sistema de Protección Social Universal de El Salvador*. Posibilidades para la articulación.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40043/1/S1600251_es.pdf
- Cisneros, G., Chavarría, M, y Soto, J. (2017). *Naturaleza de la estructura fiscal en el salvador y su impacto sobre la proporcionalidad de las fuerzas productivas, el crecimiento y desempeño económico para el periodo 1990-2015*.
<http://www.uca.edu.sv/economia/wp-content/uploads/03-Naturaleza-de-la-estructura-fiscal-en-El-Salvador-y-su-impacto-sobre-la-proporcionalidad.pdf>
- Comunidad Mujer. (2019). *¿Cuánto aportamos al PIB?*. Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile. <https://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2020/03/Cu%C3%A1nto-aportamos-al-PIB.-Estudio-de-Valoraci%C3%B3n-Econ%C3%B3mica-del-TDCNR-en-Chile.pdf>
- Departamento de Economía UCA. (2019). *Análisis socioeconómico de El Salvador: un enfoque estructural 1985 – primer trimestre 2019*. El Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- Diario El Mundo. (2019). *Bukele observa ley de deportes y dice no se tomó en cuenta al INDES*. <https://diario.elmundo.sv/bukele-observa-ley-de-deportes-y-dice-no-se-tomo-en-cuenta-al-indes/>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2010). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2009*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=5%3Aehpm-2009>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2011). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2010*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=10%3Aehpm-2010>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2012). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2011*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=380%3Apublicacion-ehpm-2011>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2013). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2012*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=463%3Apublicacion-ehpm-2012>

- Dirección General de Estadística y Censos. (2014). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=495%3Apublicacion-ehpm-2013>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2015). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2014*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=559%3Apublicacion-ehpm-2014>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2016). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2015*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=578%3Apublicacion-ehpm-2015>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2017). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2016*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=616%3Apublicacion-ehpm-2016>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=652%3Apublicacion-ehpm-2017>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2018*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=685%3Apublicacion-ehpm-2018>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2020). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019*. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=724%3Apublicacion-ehpm-2019>
- Dirección General de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Principales Resultados*. http://aplicaciones.digestyc.gob.sv/observatorio.genero/uso_tiempo/Informe%20de%20Resultado%20de%20Encuesta%20Nacional%20de%20Uso%20del%20Tiempo,%20El%20Salvador%202017.pdf
- Dirección General de JUNASA Área Economía de la Salud. (2017). *Cuentas de salud en Uruguay 2011-2015*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/INFORME%20Cuentas%20de%20Salud%202011-2015.pdf>
- Deveraux, S. y Sabates-Wheeler, R. (2004). *Transformative Social Protection*. UNICEF. https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Transformative_Social_Protection.pdf
- Escobar, M. (2017a). *Pisos de Protección Social en El Salvador: Conceptos y Legislación Nacional e Internacional*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/13748.pdf>

- Escobar, M. (2017b). *Pisos de Protección Social en El Salvador: Programas, Cobertura, Inversión Gubernamental y Sostenibilidad Financiera*. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/13764.pdf>
- Escobar, M. (2018a). *El Salvador: El reto de la protección social en una creciente economía informal*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/15017.pdf>
- Escobar, M. (2018b). *Pisos de protección social en El Salvador: Avances y retos para la equidad de género*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/14870.pdf>
- Encuesta nacional del uso del tiempo. (2015). *Metadatos: Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo ENUT 2015*. <http://webanterior.ine.cl/estadisticas/menu-sociales/enut>
- Fleury, S. y Molina, G. (2000). *Modelos de Protección Social*. Academia.edu. https://www.academia.edu/20696433/MODELOS_DE_PROTECCION_SOCIAL
- Filgueira, F. y Hernández, D. (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Uruguay*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4036/1/S1201032_es.pdf
- FOCOS. (2019). *Las dudas tras la disolución de la Secretaría Técnica de Presidencia*. <https://focostv.com/las-dudas-tras-la-disolucion-de-la-secretaria-tecnica-de-presidencia-2/>
- Fondo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2016). *Estudio de Caso Seguridad Alimentaria y Nutricional para la Niñez y los Hogares Salvadoreños (SANNHOS)*. <https://www.sdgfund.org/es/estudio-de-caso/el-salvador-seguridad-alimentaria-y-nutricional-para-la-ni%C3%B1ez-y-los-hogares>
- Fondo Solidario para la Salud. (2020). *Institución: Historia*. <http://www.fosalud.gob.sv/fondo-solidario-para-la-salud-fosalud/#:~:text=El%20Fondo%20Solidario%20para%20la,Salvador%20en%20el%20a%C3%B1o%202004.&text=Progresivamente%2C%20Fosalud%20fue%20incrementando%20el,semana%20y%20los%20d%C3%ADas%20festivos>.
- Fundación Salvadoreña Para El Desarrollo Económico Y Social. (2016). *Informe de Coyuntura Social Septiembre 2015-2016*. <http://fusades.org/sites/default/files/Informe%20de%20Coyuntura%20Social%20Septiembre%202015-2016.pdf>
- Gómez, E., (2008). *“La valoración del trabajo no remunerado: Una estrategia clave para la política de igualdad de género”*. Organización Panamericana de la Salud. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.

- Handal, G. y Portillo, I. (2011). *Valoración económica desde una perspectiva de género del trabajo doméstico no remunerado de El Salvador*. Tesis de pregrado, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, Antiguo Cuscatlán, El Salvador.
- Instituto Nacional de la Mujer. (2019). *Valor del trabajo doméstico no remunerado equivale al 25,3% del PIB*. <https://www.inamu.go.cr/valor-del-trabajo-domestico-no-remunerado-equivale-al-25-3-del-pib>
- Index Mundi. (s.f.). *Uruguay – Expectativa de vida al nacer*. <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=uy&v=30&l=es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*. <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Uso+del+tiempo+y+el+trabajo+no+remunerado/579b3fdb-c0e8-4745-ab1d-a9aef24ab5a5>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2019*. http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=590504fd-5f0d-42ff-a94c-fba714fb3f65&groupId=10181
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2018*. <http://ine.gub.uy/documents/10181/30873/echb0419/21521369-cc14-47bf-a8d7-a5bdca3c1bd>
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2017*. http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=72b74187-3cca-4c4f-9da8-c50ca77465c5&groupId=10181
- Informe República de El Salvador. (2017). *Informe de El Salvador sobre la aplicación del protocolo adicional a la convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. Segundo agrupamiento de derechos. http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/INFORME_EL_SALVADOR_SEGUNDO_AGRUPAMIENTO_DERECHOS_PSS_MARZO_2017-2.pdf
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. (2015). *Evaluación de la Política Nacional de las Mujeres 2011 – 2014*. San Salvador, El Salvador. https://actrav-courses.itcilo.org/es/a2-05069/a2-05069-resources/materiales-semana-de-estudio-en-madrid/el-salvador/informe-el-salvador-situacion-actual-de-las-trabajadoras-del-hogar/at_download/file
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. (2019). *Informe de Rendición de Cuentas Gestión 2014 – 2019*. San Salvador, El Salvador.

- <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/instituto-salvadoreno-para-el-desarrollo-de-la-mujer/documents/rendicion-de-cuentas>
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. (2018). *Informe de situación y condición de las mujeres 2017*. Primer Informe intermedio del Plan Nacional de Igualdad 2016-2020. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/instituto-salvadoreno-para-el-desarrollo-de-la-mujer/documents/rendicion-de-cuentas>
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2012). *Historia: Marco Institucional*.
http://www.issv.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=84
- Lara, C. y Bucheli, M. (2017). *Producción del hogar por edad y sexo: nueva evidencia para Uruguay*. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1691/169149895006/movil/index.html>
- La Prensa Gráfica. (2019). *Presidente Bukele anuncia Plan Nacional de Salud*.
<https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Presidente-Bukele-anuncia-Plan-Nacional-de-Salud-20190827-0535.html>
- López, M. (2017). *Incentivos fiscales y gasto tributario en El Salvador*.
<http://www.uca.edu.sv/economia/wp-content/uploads/behvol.8no.76feb2017.pdf>
- Martínez, E. (2019). *Cátedras de la materia Economía y Género ciclo 02/2019*.
- Martínez, J. (2019). *Cátedras de la materia Economía Solidaria ciclo 01/2019*.
- Martínez, J. (2007). *La Salud, el Mutualismo y la Seguridad Social en el Uruguay. Pasado, Presente y Futuro*. https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action;jsessionid=p2Py9DEhTGZ1MLrLgu6oTj1edk-F066zRvaDdHyEop_aTHdjF9G1!-38102260?ressource.ressourceId=5491
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Las Mujeres tenemos derechos*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/las-mujeres-tenemos-derechos>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Pobreza, inclusión social y desigualdad en Uruguay. Avances y desafíos pendientes*.
<http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61796/1/pobreza-inclusion-social-y-desigualdad-en-uruguay.-avances-y-desafios-pendientes.-2015.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *El Sistema de Salud en el Uruguay*. Dirección General de Coordinación.
http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Uruguay.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Cuentas de Salud en Uruguay*.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=cuentas-de-salud-laura-rivas&Itemid=307
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Logro de la reforma sanitaria*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-aumento-recursos-para-salud-hasta-llegar-95-del-pbi>
- Ministerio de Salud. (2015). *Historia: Marco Institucional*. <https://www.salud.gob.sv/historia/>
- Ministerio de Salud. (2017). *Instituciones de Salud entregan Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Portal de transparencia. <https://www.salud.gob.sv/08-03-2017-instituciones-de-salud-entregan-ley-del-sistema-nacional-integrado-de-salud/>
- Ministerio de Salud El Salvador. (2016). *LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_deberes_y_derechos_pacientes_y_prestadores_servicios_de_salud.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). *CÓDIGO DE SALUD*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004). *LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCION DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_especial_fondo_solidario_para_la_salud.pdf
- Ministerio de Salud El Salvador. (2019). *LEY DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD*.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/leysistemanacionalintegradosalud.pdf>
- Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social. (2005). *LEY DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_del_sistema_basico_de_salud_integral.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2013). *LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_de_promocion_proteccion_y_apoyo_a_la_lactancia_materna.pdf

- Ministerio de Salud de El Salvador. (2014). *LEY DE DESARROLLO Y PROTECCIÓN SOCIAL*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_desarrollo_y_proteccion_social.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2015). *Salud y equidad hasta el último rincón de El Salvador, Informe de labores 2014-2015*.
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/MINSAL_Informe_de_Labores_2014_2015_v2.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2017). *Boletín de prensa Ministerio de Salud rinde cuentas de gestión 2016-2017*. <https://www.salud.gob.sv/12-09-2017-ministerio-de-salud-rinde-cuentas-de-gestion-2016-2017/>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2018). *Boletín de prensa Autoridades de Salud presentaron en la Comisión de Hacienda presupuesto 2019*.
<https://www.salud.gob.sv/13-11-2018-autoridades-de-salud-presentaron-en-la-comision-de-hacienda-presupuesto-2019/>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2019). *Salud y equidad hasta el último rincón de El Salvador, Informe de labores 2018-2019*. <https://www.salud.gob.sv/informe-de-labores-2018-2019/>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2019). *Reforma de Salud Legado salvadoreño a la salud universal*. <https://www.salud.gob.sv/informe-de-labores-2018-2019/>
- Moreno, K. (2020). *El trabajo cosmético del Gobierno por las mujeres salvadoreñas*. Revista Gato encerrado. <https://gatoencerrado.news/2020/06/01/el-trabajo-cosmetico-del-gobierno-por-las-mujeres-salvadorenas/>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.
https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
- Ocampo, R. (2016). *El Sistema de Protección Social Universal de El Salvador Posibilidades para la articulación de sus componentes*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40043/S1600251_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Observatorio Chileno de Salud Pública. (s.f.). *Protección social en salud*.
<http://www.ochisap.cl/index.php/proteccion-social-y-aseguramiento-de-salud/proteccion-social-en-salud>
- Organización Internacional del Trabajo. (1948). *Convenio sobre el servicio del empleo*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312233:NO
- Organización Internacional del Trabajo. (1951). *Convenio sobre igualdad de remuneración*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312245:NO
- Organización Internacional del Trabajo. (1958). *Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación)*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312256:NO
- Organización Internacional del Trabajo. (1981). *Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312301:NO
- Organización Internacional del Trabajo. (1981). *Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312300:NO
- Organización Internacional del Trabajo. (2009). *Seguridad Social para Todos*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_sec_soc_14145.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). *NORMLEX, Information System on International Labour Standards*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12030:0::NO:::#Seguridad_social
- Olesker, D. (2013). *El sistema de protección social en Uruguay*.
<https://dds.cepal.org/proteccionsocial/sistemas-de-proteccion-social/2013-12-seminario-politicas-publicas-igualdad/docs/Presentacion-CEPAL-Olesker-Daniel.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres*. Organización Mundial de la Salud.

- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=43957-valorar-trabajo-no-remunerado-cuidado-salud-transformar-vida-mujeres-957&category_slug=agenda-salud-sostenible-americas-2018-2030-9479&Itemid=270&lang=es
- Oreggioni, I. (2012). *II El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=468-capitulo-2-pdf&Itemid=307
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>
- Pérez, A. (2005). *ECONOMÍA DEL GÉNERO Y ECONOMÍA FEMINISTA ¿CONCILIACIÓN O RUPTURA?*.
https://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/ECONOMICAS_6/Economia/64%20a%20perez%20orozco.pdf
- Pérez, A. (2014). *Subversión feminista de la economía*.
https://www.researchgate.net/publication/309669671_La_sostenibilidad_de_la_vida_en_el_centro_y_eso_que_significa
- Plan Quinquenal de Desarrollo Gobierno de El Salvador 2010-2014.
- Plan Cuscatlán. (2019). *Un nuevo gobierno para El Salvador*.
<https://www.plancuscatlan.com/home.php>
- Portal de Transparencia Fiscal. (s.f.). <https://www.transparenciafiscal.gob.sv/ptf/es/PTF2-Index.html>
- República de El Salvador. (2003). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR*.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Constituci%C3%B3n_Rep%C3%BAblica_El_Salvador.pdf
- Rey, M. (2016). *Salud colectiva reformas y sistema de salud en Uruguay: un análisis comparativo entre los primeros pasos sistémicos del sector y la actualidad del sistema nacional integrado de salud*. Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza (ILACVN). <https://core.ac.uk/reader/80118694>
- Rodríguez, C. (2015). *Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/>

- Sáenz, M., Bermúdez, J. y Acosta, M. (2010). *Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica*. World Health Report 2010, background paper 11. WHO.
<https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/CostaRicaNo11.pdf>
- Sáenz, M., Acosta, M., Muisier, J. y Bermúdez, J. (2011). *Sistema de Salud de Costa Rica*. Salud Pública de México, Volumen 53 (suplemento 2) 156-167.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011
- Salvador, S. y de los Santos, D. (2016). *Economía del cuidado, relaciones de trabajo y normas internacionales*. FES Sindical. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/13600.pdf>
- Salvador, S. (2015). *Política de cuidados en El Salvador Opciones, metas y desafíos*.
http://www.aecid.sv/wp-content/uploads/2016/04/Politica-de-Cuidados-en-El-Salvador_CEPAL-abril-2016.pdf
- Salazar, A. (2017). *Ministerio de Salud presenta logros de programa Nutrimos El Salvador*.
<https://verdaddigital.com/17036/>
- Secretaría de Inclusión Social. (2015). *Memoria de labores junio 2014 a mayo 2015*.
<http://inclusion-social.egob.sv/memoria-de-labores-de-junio-2014-a-mayo-2015/>
- Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República de El Salvador. (2018). *La inversión pública y privada en El Salvador*.
http://secretariatecnica.egob.sv/wp-content/uploads/2019/06/Informe-de-inversi%C3%B3n_2014-2018.pdf
- Urriola, R. (2016). *Chile: protección social*.
<https://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/ProteccionSocialdeSalud12-2006.pdf>
- Uruguay Natural, (2014). *Esperanza de vida de los uruguayos creció de 73 a 77 años*.
<https://marcapaisuruguay.gub.uy/esperanza-de-vida-de-los-uruguayos-crecio-de-73-77-anos/>

ANEXOS

Anexo 1: Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 23:

1. *Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.*
2. *Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.*
3. *Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social (Naciones Unidas, 1948).*

Artículo 25:

1. *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” (Naciones Unidas, 1948)*

Anexo 2: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 9:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social (Naciones Unidas, 1966).

Artículo 10:

1. *Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.*
2. *Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen*

se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social (Naciones Unidas, 1966).

Artículo 12:

1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966).*

Anexo 3: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 23:

1. *La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Naciones Unidas, 1966).*

Anexo 4: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)

Artículo 10 literal h:

h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”, formando parte relevante del acceso a la información de salud.

Artículo 11 inciso 1, literal e y f.

e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas.

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Artículo 14, inciso 2, literales c y h:

c) Beneficiarse directamente de los programas de seguridad social.

- h) *Gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones.*

Anexo 5: DATOS EHPM 2009-2019

Pob. Mayor de 16 años			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	2,219,421	1,846,018	4,065,439
2010	2,255,794	1,871,766	4,127,560
2011	2,280,267	1,931,907	4,212,174
2012	2,332,324	1,976,313	4,308,637
2013	2,380,119	2,011,334	4,391,453
2014	2,464,781	2,062,955	4,527,736
2015	2,493,459	2,123,196	4,616,655
2016	2,565,108	2,145,443	4,710,551
2017	2,600,462	2,180,068	4,780,530
2018	2,660,399	2,240,142	4,900,541
2019	2,721,404	2,274,341	4,995,745
P.E.A TOTAL			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	1056167	1495500	2551667
2010	1066161	1514123	2580284
2011	1072458	1568675	2641133
2012	1116935	1607819	2724754
2013	1172976	1622180	2795156
2014	1178500	1664497	2842997
2015	1164614	1703352	2867966
2016	1212299	1719354	2931653
2017	1204448	1756340	2960788
2018	1225175	1779815	3004990
2019	1274253	1830613	3104866
P.E.A DESOCUPADA			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	52106	134982	187088
2010	54465	127341	181806
2011	46780	127978	174758
2012	48411	117028	165439

2013	54597	111052	165649
2014	55816	143099	198915
2015	57862	143072	200934
2016	64713	139923	204636
2017	62656	146038	208694
2018	60231	130493	190724
2019	69208	127539	196747

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

P.E.I.			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	1,163,254	350,518	1,513,772
2010	1,189,633	357,643	1,547,276
2011	1,207,809	363,232	1,571,041
2012	1,215,389	368,494	1,583,883
2013	1,207,143	389,154	1,596,297
2014	1,286,281	398,458	1,684,739
2015	1,328,845	419,844	1,748,689
2016	1,352,809	426,089	1,778,898
2017	1,396,014	423,728	1,819,742
2018	1,435,224	460,327	1,895,551
2019	1,447,150	443,728	1,890,878
Tasa de Participación			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	0.4759	0.8101	0.6276
2010	0.4726	0.8089	0.6251
2011	0.4703	0.812	0.627
2012	0.4789	0.8135	0.6324
2013	0.4928	0.8065	0.6365
2014	0.4781	0.8069	0.6279
2015	0.4671	0.8023	0.6212
2016	0.4726	0.8014	0.6224
2017	0.4632	0.8056	0.6193

2018	0.4605	0.7945	0.6132
2019	0.4682	0.8049	0.6215
Tasa de Inactividad			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	0.5241	0.1899	0.3724
2010	0.5274	0.1911	0.3749
2011	0.5297	0.188	0.373
2012	0.5211	0.1865	0.3676
2013	0.5072	0.1935	0.3635
2014	0.5219	0.1931	0.3721
2015	0.5329	0.1977	0.3788
2016	0.5274	0.1986	0.3776
2017	0.5368	0.1944	0.3807
2018	0.5395	0.2055	0.3868
2019	0.5318	0.1951	0.3785

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

P.E.I. QUE HACER DOMÉSTICO			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	798653	6719	805372
2010	807356	4808	812164
2011	829105	3563	832668
2012	829339	2899	832238
2013	802157	6966	809123
2014	882414	5630	888044
2015	924474	7886	932360
2016	929747	5583	935330
2017	970395	7490	977885
2018	999205	11058	1010263
2019	988016	9620	997636
% P.E.I. QUE HACER DOMÉSTICO			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	0.6866	0.0192	0.532

2010	0.6787	0.0134	0.5249
2011	0.6865	0.0098	0.53
2012	0.6824	0.0079	0.5254
2013	0.6645	0.0179	0.5069
2014	0.686	0.0141	0.5271
2015	0.6957	0.0188	0.5332
2016	0.6873	0.0131	0.5258
2017	0.6951	0.0177	0.5374
2018	0.6962	0.024	0.533
2019	0.6827	0.0217	0.5276
% P.E.I. QUE HACER DOMÉSTICO SEXO			
	Mujeres	Hombres	Total
2009	0.9917	0.0083	1
2010	0.9941	0.0059	1
2011	0.9957	0.0043	1
2012	0.9965	0.0035	1
2013	0.9914	0.0086	1
2014	0.9937	0.0063	1
2015	0.9915	0.0085	1
2016	0.994	0.006	1
2017	0.9923	0.0077	1
2018	0.9891	0.0109	1
2019	0.9904	0.0096	1

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

Anexo 6: Tasa de participación según sexo, para el periodo 2009-2019

Tasa de participación según sexo, 2009-2019			
Año	Mujeres	Hombres	Total
2009	47.59%	81.01%	62.76%
2010	47.26%	80.89%	62.51%
2011	47.03%	81.20%	62.70%
2012	47.89%	81.35%	63.24%
2013	49.28%	80.65%	63.65%

2014	47.81%	80.69%	62.79%
2015	46.71%	80.23%	62.12%
2016	47.26%	80.14%	62.24%
2017	46.32%	80.56%	61.93%
2018	46.05%	79.45%	61.32%
2019	46.82%	80.49%	62.15%
PROMEDIO	47.28%	80.61%	62.49%

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

Anexo 7: PEI que se dedica a realizar labores domésticas, según sexo, para el periodo 2009-2019

% P.E.I QUEHACER DOMÉSTICO			
Año	Mujeres	Hombres	Total
2009	68.66%	1.92%	53.20%
2010	67.87%	1.34%	52.49%
2011	68.65%	0.98%	53.00%
2012	68.24%	0.79%	52.54%
2013	66.45%	1.79%	50.69%
2014	68.60%	1.41%	52.71%
2015	69.57%	1.88%	53.32%
2016	68.73%	1.31%	52.58%
2017	69.51%	1.77%	53.74%
2018	69.62%	2.40%	53.30%
2019	68.27%	2.17%	52.76%
PROMEDIO	68.56%	1.61%	52.76%

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

Anexo 8: personas económicamente inactivas que se dedican a realizar labores domésticas, según sexo. Promedio 2009-2018

% P.E.I QUEHACER DOMÉSTICO SEXO			
Año	Mujeres	Hombres	Total
2009	99.17%	0.83%	100.00%
2010	99.41%	0.59%	100.00%

2011	99.57%	0.43%	100.00%
2012	99.65%	0.35%	100.00%
2013	99.14%	0.86%	100.00%
2014	99.37%	0.63%	100.00%
2015	99.15%	0.85%	100.00%
2016	99.40%	0.60%	100.00%
2017	99.23%	0.77%	100.00%
2018	98.91%	1.09%	100.00%
2019	99.04%	0.96%	100.00%
PROMEDIO	99.28%	0.72%	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de La EHPM 2009-2019.

Anexo 9: Tasas de crecimiento del PIB, Presupuesto General y Presupuesto en salud, en El Salvador de 2011 a 2019

AÑO	PIB	PRESUPUESTO GENERAL	PRESUPUESTO EN SALUD
2009	-2.10		
2010	2.10		
2011	3.80	21.75	6.47
2012	2.80	-14.47	-2.91
2013	2.20	7.22	17.97
2014	1.70	28.70	2.73
2015	2.40	-16.82	5.44
2016	2.50	-0.91	2.06
2017	2.30	10.37	3.56
2018	2.40	2.62	-1.85
2019	2.40	19.54	6.76

Fuente: Elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

Anexo 10: Tasas de crecimiento del presupuesto en salud y del presupuesto del MINSAL, en El Salvador de 2011 a 2019

AÑO	PRESUPUESTO EN SALUD	PRESUPUESTO DEL MINSAL
------------	-----------------------------	-------------------------------

2011	6.47	8.28
2012	-2.91	4.68
2013	17.97	11.25
2014	2.73	1.03
2015	5.44	9.54
2016	2.06	2.52
2017	3.56	0.72
2018	-1.85	3.48
2019	6.76	6.51

Fuente: Elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

Anexo 11: Proporción del presupuesto de salud que se otorgó al MINSAL, de 2010 a 2019

AÑO	Proporción del presupuesto de salud que se otorgó al MINSAL
2010	46.03
2011	46.82
2012	50.48
2013	47.60
2014	46.82
2015	48.64
2016	48.86
2017	47.52
2018	50.10
2019	49.98

Fuente: Elaboración propia con datos del Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador.

Anexo 12: Gasto nacional en salud y Gasto nacional en salud MINSAL en millones de US \$, Gasto público en salud y Gasto privado en salud en Porcentaje 2008-2018

Año	Gasto nacional en salud (en millones de US \$)	Gasto nacional en salud MINSAL (en millones de US \$)	Gasto público en salud Porcentaje	Gasto privado en salud Porcentaje
2008	1331.6	391.3	60%	40%
2009	1411.4	449.4	61%	39%
2010	1480.5	493.6	62%	38%
2011	1575.3	532.7	64%	36%
2012	1596.6	522.1	63%	37%
2013	1685	623.3	67%	33%
2014	1702.5	588.8	66%	34%
2015	1785.2	609.5	66%	34%
2016	1855.8	641.9	67%	33%
2017	1920.9	643.7	67%	33%
2018	1937.7	640.9	67%	33%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de MINSAL, 2019.

Anexo 13: gasto nacional en salud MINSAL 2007-2018 (en millones de US \$)

Año	MINSAL	ISSS	IBM	COSAM
2007	81	222	269	236
2008	87	219	350	240
2009	98	227	334	189
2010	108	234	392	235
2011	117	242	484	251
2012	114	237	528	262
2013	137	236	509	349
2014	128	250	517	275
2015	131	262	627	343

2016	136	273	572	668
2017	136	290	631	356
2018	135	292	616	491

Fuente: Elaboración propia con base en datos de MINSAL, 2019.

Anexo 14: Proyectos de inversión pública MINSAL 2009 – 2019 (en millones de US \$)

Año	Proyectos de inversión pública MINSAL
2009	45.92
2010	19.39
2011	23.6
2012	44.2
2013	48.58
2014	57.39
2015	33.33
2016	26.7
2017	40.86
2018	9.1
2019	11.45

Fuente: Elaboración propia con base en datos de MINSAL, 2019.

Anexo 15: Gasto en salud como porcentaje (%) del PIB, en Uruguay, 2005 - 2016

Año	Gasto en salud como porcentaje (%) del PIB
2005	8.5
2006	8.7
2007	8.4
2008	8.5
2009	8.9
2010	8.8
2011	8.8
2012	9
2013	9

2014	9
2015	9.2
2016	9.3

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública, Uruguay (2019).

Anexo 16: Financiamiento público y privado del gasto en salud como porcentaje (%) del gasto total en salud, en Uruguay, en 2005, 2011 y 2015

Año	Gasto público	Gasto privado
2005	51	49
2011	62	36
2015	68.4	29.3

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública, Cuentas de Salud en Uruguay (2019).

Anexo 17: Gasto interno en salud del gobierno general per cápita (US \$ a precios actuales), para Uruguay, Estados Unidos y El Salvador, 2006 al 2017.

Año	Uruguay	El Salvador	Estados Unidos
2006	494	209	6820
2007	571	214	7176
2008	800	226	7421
2009	813	241	7699
2010	1026	246	7957
2011	1223	267	8170
2012	1323	259	8441
2013	1489	272	8648
2014	1468	276	9068
2015	1399	283	9538
2016	1401	294	9941
2017	1401	282	10246

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Index Mundi, 2018.

Anexo 18: Gasto per cápita en salud por sector, Costa Rica, 2011-2016, expresado en USD

Gasto en salud per cápita						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gobierno	566	600	654	632	690	692
Privado	203	203	207	224	222	217
Total	769	803	861	856	912	909
Porcentajes						
Gobierno	73.60%	74.72%	75.96%	73.83%	75.66%	76.13%
Privado	26.40%	25.28%	24.04%	26.17%	24.34%	23.87%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: elaboración propia con base en OMS (2019).

Anexo 19: Gasto en salud como porcentaje del PIB y gasto total en salud por sector, Costa Rica, 2011-2016, expresado en miles de millones de CRC.

Gasto total en salud como porcentaje del PIB según sector y en miles de millones de CRC						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Público	6.1%	6.0%	6.2%	6.0%	6.1%	5.9%
Privado	2.3%	2.0%	2.0%	2.1%	1.9%	1.9%
TOTAL	8.4%	8.0%	8.2%	8.1%	8.0%	7.8%
Porcentajes						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Público	1314.25	1404.27	1541.25	1624.37	1783.55	1843.78
Privado	471.12	475.17	486.22	545.52	571.43	579.14

Fuente: elaboración propia con base en OMS (2019).

Anexo 20. Programas públicos en salud que se consolidaron en el Plan de Equidad.

Programa	Descripción	Cobertura
La red de asistencia e integración social (RAIS)		
Asignaciones familiares (AFAM)	El régimen de Asignaciones Familiares tiene sus orígenes en 1943 y surge como una transferencia monetaria en función de la cantidad de niños y adolescentes en el hogar para los trabajadores formales de determinados sectores. Luego de una serie de modificaciones, finalmente en el 2008 se crea la AFAM PE (por Plan de Equidad) y se consolida la asignación familiar como una transferencia no contributiva ampliando considerablemente la cantidad de beneficiarios y asegurando una mejor focalización para incidir sobre los hogares en peor situación (Ley 18227). La AFAM PE exige como contraprestación la asistencia a un centro educativo y la atención en salud.	Cobertura a menores de 18 años y personas con discapacidad que pertenecen a hogares en situación de vulnerabilidad social.
Programas de Intervención en Proximidad	Se denominan de esta forma porque su modalidad de intervención supone la búsqueda activa de la población objetivo, trabajando desde el hogar y entorno de sus beneficiarios, desde donde se impulsan las trayectorias de los mismos hacia la inclusión social y los servicios universales. El programa que se ubica en esta categoría para el sector salud es “Uruguay Crece Contigo”, orientado a la primera infancia en situación de riesgo social y sanitario.	Cobertura a primera infancia.
El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos		
Uruguay Social	<i>-Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo:</i> Ley N.º 18.987 de 2012, que habilita por decisión de la mujer la interrupción del	Cobertura a mujeres.

	<p>embarazo hasta las 12 semanas de edad gestacional.</p> <p><i>-Servicios de Violencia Basada en Género:</i> Instalados de forma descentralizada, brindan atención psicosocial legal a mujeres adultas en situación de violencia doméstica.</p>	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Desarrollo Social, 2015.

Anexo 21. Distribución porcentual de la participación en la realización de labores domésticas no remuneradas por sexo en Uruguay, de 2017 a 2019.

2017			
	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	48.4	51.6
Activos	51.1	27.8	23.4
Ocupados	47.1	25.9	21.1
Desocupados	4	1.8	2.2
Inactivos	30.1	11	19.1
Quehaceres del hogar	5.5	0.4	5.1
2018			
	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	48.4	51.6
Activos	50.9	27.5	23.4
Ocupados	46.7	25.6	21
Desocupados	4.2	1.9	2.4
Inactivos	30.6	11.4	19.2
Quehaceres del hogar	5.6	0.4	5.2
2019			
	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	48.5	51.5
Activos	50.8	27.4	23.4
Ocupados	46.3	25.4	20.9

Desocupados	4.5	2	2.5
Inactivos	30.9	11.7	19.2
Quehaceres del hogar	5.5	0.5	5

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Continua de Hogares Uruguay, 2017, 2018 y 2019.

Anexo 22. Gasto público per cápita en salud del gobierno general (US \$ a precios actuales), para Chile, El Salvador y Estados Unidos., de 2009 a 2019.

Año	Chile	Uruguay	Costa Rica	El Salvador	Estados Unidos
2009	346	482	382	120	3698
2010	410	616	481	133	3841
2011	470	752	530	159	3946
2012	519	849	559	155	4071
2013	566	989	590	170	4211
2014	551	1000	595	172	7599
2015	547	957	648	182	8033
2016	591	977	650	189	8340
2017	692	1127	639	180	8620
2018	876		666		9009
2019	797				9386

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Datos macro ORBYT.

Anexo 23. Esperanza de vida al nacer, total (años), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018.

	Chile	Costa Rica	El Salvador	Uruguay	Estados Unidos
2000	76	77	69	75	77
2001	77	78	69	75	77
2002	77	78	69	75	77
2003	77	78	70	75	77
2004	77	78	70	76	77
2005	78	78	70	76	77

2006	78	78	70	76	78
2007	78	78	71	76	78
2008	78	78	71	76	78
2009	79	79	71	77	78
2010	79	79	71	77	79
2011	79	79	71	77	79
2012	79	79	72	77	79
2013	79	79	72	77	79
2014	80	79	72	77	79
2015	80	80	72	77	79
2016	80	80	73	77	79
2017	80	80	73	78	79
2018	80	80	73	78	79

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Anexo 24. Esperanza de vida al nacer en mujeres, total (años), para Chile, Uruguay, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos, de 2000 a 2018.

	Chile	Costa Rica	El Salvador	Uruguay	Estados Unidos
2000	79	80	73	78	79
2001	80	80	74	79	80
2002	80	80	74	79	80
2003	80	80	74	79	80
2004	80	80	74	79	80
2005	81	80	75	79	80
2006	81	81	75	80	80
2007	81	81	75	80	81
2008	81	81	75	80	81
2009	81	81	75	80	81
2010	82	81	76	80	81
2011	82	81	76	81	81
2012	82	82	76	81	81
2013	82	82	76	81	81

2014	82	82	77	81	81
2015	82	82	77	81	81
2016	82	82	77	81	81
2017	82	83	77	81	81
2018	82	83	78	81	81

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.