

Perú

Mujeres, sistemas de salud y economías saludables.

Felicia M. Knaul, Héctor Arreola Ornelas, Julio Rosado.



Fundación
Mexicana
para la Salud



UNIVERSITY OF MIAMI
INSTITUTE for ADVANCED
STUDY of the AMERICAS



Mujeres, sistemas de salud y economías saludables.*

Felicia M. Knaul^Ω; Héctor Arreola-Ornelas^Π; Julio Rosado^Δ

Borrador: Marzo 17, 2016

Introducción

Existe un vínculo directo entre la falta de acceso de las mujeres al poder y a la toma de decisiones y la invisibilidad de sus contribuciones a la economía y al propio sistema de salud a través del trabajo no remunerado que desarrollan diariamente en el hogar, la comunidad y en el propio sistema de salud.¹ El desarrollo humano no solo depende de las mejoras en los ingresos, la escolaridad, la salud, sino también de otros factores, como las actividades de cuidados.² La agenda 2030 para el desarrollo sostenible ha posicionado el empoderamiento económico de la mujer y la reducción de brechas de la mujer como uno de sus objetivos primordiales. Pocas veces, los gobiernos han fijado metas y plazos claros para la reducción de una de las vertientes de la desigualdad de género como en este compromiso multilateral. La convergencia en un tema de diversas aristas como los derechos humanos básicos, el desarrollo humano, o el crecimiento económico sugiere que el empoderamiento económico debe ser abordado desde varios flancos, siendo algunos de ellos, y de relevancia, la distribución del trabajo y el trabajo del cuidado.

La necesidad de mejorar el estatus y liberar el potencial de mujeres y niñas en todo el mundo es cada vez más reconocida como un imperativo moral y de desarrollo. Dentro de este amplio enfoque de renovada atención y compromiso mundial, la salud de las mujeres y los niños ha vuelto a ser una prioridad.^{3,4} Por lo que las niñas y las mujeres son un pilar crucial de la respuesta social a las necesidades de salud, a pesar de las persistentes manifestaciones de desigualdad social y de género en todo el mundo. Esta respuesta involucra a los diferentes niveles del sistema de salud: i) el hogar, donde las mujeres desempeñan un papel clave en la producción doméstica de atención de la salud; ii) la comunidad, donde la mayoría de los trabajadores de salud son mujeres; y iii) el sistema de salud formal, donde las mujeres son ya la mayoría de la fuerza de trabajo en la mayoría de los países, aunque a menudo con una baja representación en las posiciones de liderazgo.^{3,4}

Como una necesidad imperante, la Iniciativa Mujer y Salud de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en conjunto con la revista *The Lancet*, crearon en 2012 la Comisión Mujer y Salud para identificar y promover enfoques eficaces que eliminen las barreras de género y mejoren la experiencia de las mujeres como consumidoras y proveedoras de atención sanitaria.^{3,4} Por su parte, en agosto de 2015, y de manera paralela, un Grupo de Expertos, convocados por la Asociación para la Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC), se reunió en Manila para

^Ω University of Miami Institute for Advanced Study of the Americas, Tómatelo a Pecho AC, Universalidad y Competitividad en Salud, Fundación Mexicana para la Salud.

^Π Universalidad y Competitividad en Salud, Fundación Mexicana para la Salud.

^Δ Universalidad y Competitividad en Salud, Fundación Mexicana para la Salud.

* En el marco de la Iniciativa Mujer y Salud y como una continuación del trabajo Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., et al., (2015). Women and Health: the key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165-1210, gracias al apoyo de EMD Serono a través de la Fundación Mexicana para la Salud.

desarrollar una serie de herramientas, a partir de la iniciativa “Mujeres Sanas, Economías Sanas”, para apoyar, en las economías de la región, a funcionarios gubernamentales, responsables políticos, sociedad civil, y al sector privado, que buscan mejorar la participación económica femenina a través de una mejor salud.⁵

El análisis de las diferentes relaciones entre el sector salud y las mujeres, así como sus contribuciones en la producción de la salud, nos permite visualizar tanto los efectos de la salud sobre el crecimiento económico, las barreras de género y discriminación, así como las oportunidades para lograr mujeres más saludables, mercados laborales saludables y economías saludables.



Oportunidades y retos

Es un hecho que las mujeres son un motor para el crecimiento y desarrollo sostenido no solo en Perú, sino en las economías en el mundo. Además, varias de las actividades de cuidado que realizan, propician mejoras a la salud desde el interior del hogar y la familia, y brindan un empuje insoslayable de la respuesta social organizada en salud.

Perú es la 48a. economía del mundo, la cual en el año 2014 se estimó en 201,021 millones de dólares,^{6,7} de los cuales el sector salud representó el 5.5%,⁸ es decir 11,056 millones de dólares, lo que equivale a 359 dólares per cápita.⁹ Se estima que el número de personas que viven debajo de la línea de pobreza nacional, fue de 22.7%,¹⁰ en ese mismo año, y que el empleo informal en la economía, como porcentaje del empleo total no agrícola, fue de 69%.¹¹ La economía peruana es considerada, de acuerdo a la clasificación de ingresos del Banco Mundial, como una economía de ingresos medios altos (aunque rebasa sólo por poco el límite inferior de este grupo).¹²

En términos de salud, en los últimos años, y al igual que en toda América Latina, el sistema de salud peruano ha presentado logros en considerables que le han permitido aumentar sus niveles en la esperanza de vida, disminuciones en la mortalidad infantil, entre otros. Sin embargo, todavía prevalecen importantes retos en la materia.¹³

Las llamadas enfermedades del rezago -como enfermedades transmisibles o la mortalidad materna- siguen teniendo una presencia importante en las tasas de morbilidad y mortalidad de la región: el VIH/Sida, las diarreas y la mortalidad materna son todavía la sexta, séptima y octava causa de muerte en Latinoamérica, respectivamente. En Perú, las diarreas representan la tercera causa de muerte, el VIH/Sida la sexta, y la mortalidad materna la causa número ocho.¹³ En América Latina y el Caribe estas mismas causas (VIH/SIDA, diarreas y mortalidad materna) representan las 6a., 7a., y 8a., respectivamente.

La reforma al sistema de salud peruano de 2013 -que inició desde la última década del siglo pasado y que contó con una etapa intermedia en 2001-, tuvo como fondo un objetivo sanitario: mejorar la salud (específicamente problemas del rezago como la mortalidad materno infantil) priorizando las zonas de mayor pobreza en dicho país. Por otro lado, tuvo también un objetivo gerencial: institucionalizar y hacer sostenible los logros sanitarios.¹⁴

El escenario político, económico y social hicieron favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud en el marco de una política pública de inclusión social. Un ejemplo de la inclusión en la política de salud lo constituye el Seguro Integral de Salud, mecanismos por el cual se promueve el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza. El Seguro Integral de Salud lo componen diversas prestaciones de salud con base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el cual es una lista priorizada de condiciones e intervenciones. En particular son de resaltar, en el tema de inclusión, las modalidades de SIS gratuito y SIS independiente, que van dirigidas a la población pobre y a la población que no cuenta con otro seguro de salud (como gran parte de los trabajadores informales).¹⁵

Este mismo escenario político, económico y social son claves para impulsar otro tipo de reformas en objetivos instrumentales, como mejoras cualitativas y cuantitativas en los recursos humanos

que propicien una mejor integración del personal de salud capacitado en aras de alcanzar los objetivos explícitos de la reforma del sistema de salud.

Los cambios poblacionales como el envejecimiento demográfico o las modificaciones en los estilos de vida, han incrementado la participación de las enfermedades no transmisibles en las tasas de mortalidad. En el Perú el 67 por ciento de la mortalidad obedece a estas causas (entre las mujeres es del 71 por ciento), mientras que en América Latina es el 82 por ciento.¹³ El incremento entre 1990 y 2015 en este tipo de enfermedades ha sido del 48 por ciento.

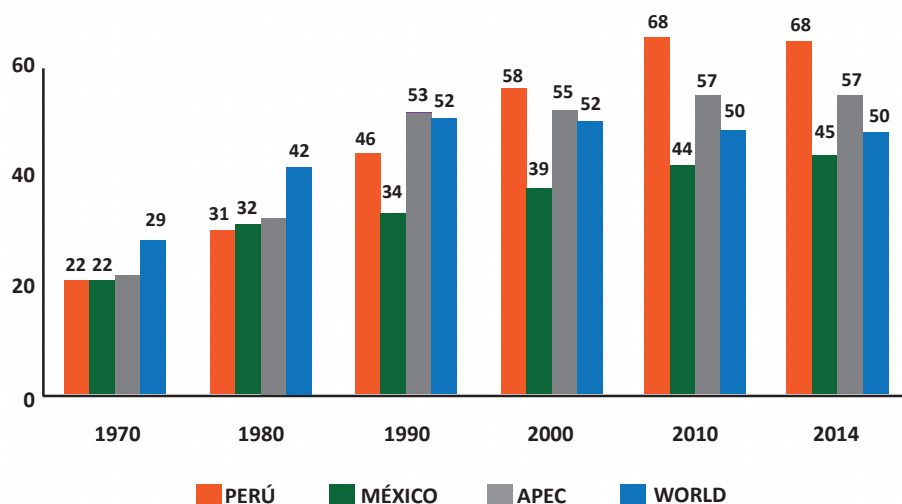
La participación laboral de la mujer como motor de cambio

Al tiempo que se ha producido esta transformación en el perfil de las enfermedades y las prioridades en materia de salud, lo ha hecho también la participación de las mujeres en el mercado laboral en general y en el mercado de la salud en particular.

A nivel mundial se ha observado un incremento sostenido de la participación laboral de las mujeres en todos los ámbitos. Dicho cambio ha venido impulsado por el incremento en los niveles de escolaridad que ha pasado de 4.6 años promedio en 1950 a 9.7 años promedio en 2010. En Perú la situación ha sido similar pasando 2.2 años a 8.7 años, en el mismo periodo. La mayor educación ha detonado en búsqueda de mayores y nuevos espacios para el desarrollo personal de las mujeres como la participación laboral.

En los últimos 45 años, la participación laboral de la mujer en Perú se ha incrementado un 214 por ciento, en contraste con lo que sucede con las economías en América Latina y el Caribe en donde el incremento ha sido de 138 por ciento, mientras que a nivel mundial este incremento ha sido de 72 por ciento (Figura 1).^{15,16}

Figura 1. Tasa de participación laboral de la mujer (% con respecto al total de mujeres de 15 o más años)



Sin embargo, la desigual distribución del trabajo sigue siendo una constante. En los países tanto de altos ingresos como de bajos ingresos, las mujeres siguen trabajando menos horas en un empleo remunerado, mientras que asumen la gran mayoría de las labores de cuidado y las tareas domésticas no remuneradas. En promedio, las mujeres se encargan al menos dos veces y media más de estas labores que los hombres. Aunque esta desigualdad de género sigue siendo importante, ha disminuido con el tiempo, fundamentalmente porque se ha reducido en cierta medida el tiempo que dedican las mujeres a las tareas domésticas, mientras que apenas ha disminuido el tiempo dedicado al cuidado de sus hijos. Sin embargo, las mujeres continúan trabajando jornadas más largas que sus contrapartes masculinas si se toma en consideración tanto el trabajo remunerado como no remunerado.^{18,19}

Las mujeres empleadas (ya sea como trabajadoras autónomas o como trabajadoras asalariadas o a sueldo) tienen unas jornadas de trabajo más largas en promedio que los hombres empleados: la brecha de género es de 73 minutos y de 33 minutos por día en los países en desarrollo y desarrollados, respectivamente.^{20,21} Aun cuando las mujeres están empleadas, siguen asumiendo la mayor parte de las labores de cuidado y las tareas domésticas no remuneradas, lo cual limita su capacidad para aumentar sus horas en un empleo remunerado, formal y asalariado. Algunas estimaciones apuntan que, si se cierran las brechas de género en el trabajo, el PIB la región de América Latina podría crecer 14% para el 2025 solo por este factor.²²

En Perú se observa un patrón similar: en total, las mujeres en Perú trabajan a la semana 9 horas y cuarto más que los hombres, y la mayor brecha se da entre el grupo de edad 18 a 49 años (son 13 horas de diferencia entre mujeres y hombres). Pero si se observa sólo el trabajo no remunerado, que es donde muchas de las actividades asociadas al cuidado están categorizadas, las mujeres dedican 23 horas más de tiempo a la semana que sus contrapartes masculinas (39 horas con 28 minutos por 15 horas 54 minutos, respectivamente).²³

En cuanto al tipo de trabajo; si bien de cada 100 mujeres en edad de trabajar 71 constituyen la fuerza laboral (para los hombres es de 88 de cada 100), los trabajos que desempeñan están concentrados en actividades agropecuarias de subsistencia, autoconsumo, sin derechos ni beneficios laborales. Por ejemplo, el 75,9% de las mujeres peruanas que trabajan, lo hacen en el sector informal, sin prestaciones. De ahí que sólo el 26,9% de las mujeres que trabajan está afiliado a algún sistema de protección social que incluya el derecho a prestaciones familiares e infantiles cuando el beneficiario es menor, a un subsidio por maternidad, enfermedad o invalidez cuando es adulto, o a una pensión de vejez una vez jubilada. Esta cantidad tampoco es elevada para los hombres, aunque es casi 12 puntos porcentuales mayor que la de las mujeres.²⁴

Cuando se hacen estimaciones en base al salario de trabajadores independientes los datos indican que los hombres ganan USD\$975 contra USD\$556 de las mujeres, lo que equivale a una diferencia de 1.76 veces en favor de los hombres.

La región presenta amplios desafíos para alcanzar una verdadera equidad de género en su mercado laboral, comenzando por el sector salud, en donde las mujeres tienen una presencia cada vez mayor. PERU ENTRE ELLOS.

La contribución de la mujer a la producción de la salud en Perú

Las mujeres del mundo y latinoamericanas participan de manera muy importante en el sector de la salud de la región, y no solo lo hacen con su presencia y sus contribuciones en clínicas, hospitales o centros de cuidado, sino que también lo hacen y de forma muy importante y mayoritaria, en sus hogares, atendiendo la salud de sus miembros, cuidando a los más pequeños y a los mayores, previniendo la propagación de enfermedades y contribuyendo a la cura cuando éstas ocurren.

A nivel mundial las contribuciones de las mujeres a la salud se estiman en 4.8 por ciento del PIB de 2010, lo que equivale a 3.1 trillones de dólares. Esta cifra representa casi un 20 por ciento de la economía de los Estados Unidos, y poco más 45% del gasto total global en salud estimado. Esto implica que cada mujer en el mundo contribuye a la salud en promedio con US\$1,200 al año.

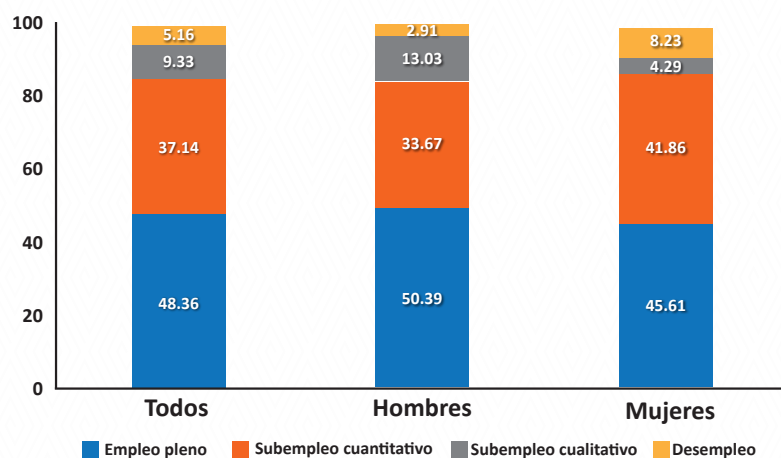
Por su parte, en Perú se calcula que el total de las contribuciones de las mujeres peruanas en la producción de la salud representa entre el 1.3 por ciento y el 2.7 por ciento del PIB de Perú de 2014, lo cual se traduce en un valor de entre 2 y 4.8 billones de dólares. Sin embargo, si se consideran las actividades conjuntas de promoción de la salud -tales como el cuidado de los integrantes de la familia, la limpieza de la ropa, la preparación de los alimentos, entre otros- esta proporción va de 3.3 por ciento a 5.7 por ciento del PIB de Perú de 2014, es decir, entre 5.3 y 8.1 billones de dólares.

Tabla 1:
Distribución por ocupación de hombres y mujeres en la producción de servicios de Salud remunerados según tipo de empleo

		Mujeres	% Columna % Renglón	Hombres	% Columna % Renglón	Todos	% Columna % Renglón
Trabajadores asalariados	Médicos generales y especialistas	14,351	6.8 45.1	17,449	16.2 54.9	31,800	10.0 100.0
	Enfermería -Profesionales y técnico	101,876	48.4 85.7	17,006	15.8 14.3	118,882	37.4 100.0
	Otros profesionales en salud	15,876	7.5 64.1	8,899	8.3 35.9	24,775	7.8 100.0
	Técnicos en salud	26,591	12.6 54.0	22,625	21.0 46.0	49,216	15.5 100.0
	Otras ocupaciones no profesionales	51,810	24.6 55.5	41,588	38.7 44.5	93,398	29.4 100.0
	Total	210,503	100.0 66.2	107,568	100.0 33.8	318,070	100.0 100.0
	Autoempleados	Médicos generales y especialistas	2,780	4.0 27.2	7,445	14.0 72.8	10,225
Enfermería -Profesionales y técnico		9,004	12.9 74.3	3,112	5.8 25.7	12,116	9.8 100.0
Otros profesionales en salud		10,606	15.2 41.6	14,890	27.9 58.4	25,497	20.7 100.0
Técnicos en salud		13,740	19.6 59.8	9,238	17.3 40.2	22,978	18.6 100.0
Otras ocupaciones no profesionales		33,878	48.4 64.5	18,671	35.0 35.5	52,549	42.6 100.0
Total		70,007	100.0 56.7	53,357	100.0 43.3	123,364	100.0 100.0
Trabajadores en empresas familiares sin pago		Médicos generales y especialistas	0	0.0 0.0	0	0.0 0.0	0
	Enfermería -Profesionales y técnico	399	9.0 100.0	0	0.0 0.0	399	4.6 100.0
	Otros profesionales en salud	0	0.0 0.0	0	0.0 0.0	0	0.0 0.0
	Técnicos en salud	266	6.0 47.4	295	7.0 52.6	562	6.5 100.0
	Otras ocupaciones no profesionales	3,782	85.0 48.9	3,948	93.0 51.1	7,731	88.9 100.0
	Total	4,448	100.0 51.2	4,244	100.0 48.8	8,691	100.0 100.0

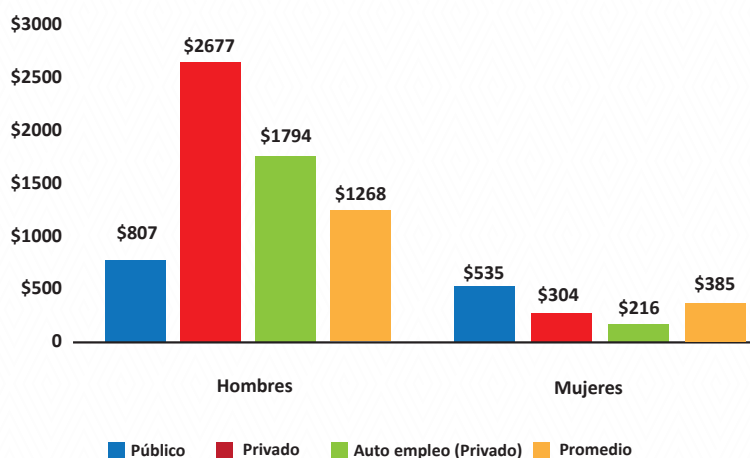
Actualmente, el 63 por ciento del trabajo remunerado en la producción de salud es realizado por mujeres. En detalle, se tiene que, 41% de los médicos en funciones son mujeres, el 85% son enfermeras, 56% técnicos en salud, 53% tienen alguna otra profesión en salud, y el 58% tienen otras ocupaciones no profesionales en salud (todo ello considerando trabajadores asalariados, auto empleados y trabajadores en negocios familiares sin pago) (ver tabla1). No obstante, esta creciente presencia no se traduce en un mayor valor económico, ya que en el campo de la salud se mantiene la discriminación y exclusión que caracteriza al trabajo femenino en otros sectores de la economía. El desempleo o subempleo de las mujeres médicas alcanza el 54 por ciento, contra un 50 por ciento de los hombres. Y el 46 por ciento de las mujeres médicas está desempleada totalmente, mientras que el 54 por ciento restante tiene algún tipo de subempleo o de desempleo (Figura 2).

Figura 2. Empleo de médicos en Perú 2014 por género



A nivel salarial la brecha es mucho mayor: el sueldo de las mujeres que se dedican a la medicina es 3.3 veces menor que el de sus pares masculinos. En el sector público esta diferencia es menor (1.5 veces), mientras que en el sector privado -sector en el que trabaja la mayoría de las mujeres- se dispara a 8.5 veces (ver Figura 3). La mayor parte de las mujeres médicas peruanas no ejercen en el sector público. El 52 por ciento trabaja en el sector privado; en tanto, 61 por ciento de los hombres laboran en la medicina pública.

Figura 3. Salarios mensuales de los médicos en Perú ejerciendo su profesión según tipo de sector donde laboran, 2014



La discriminación de género tanto a nivel salarial como ocupacional, provoca que en Perú el valor monetario del trabajo remunerado femenino en el sector salud, como en el resto de la economía, sea inferior al que generan los hombres. Mientras que el valor del trabajo femenino en el campo de la salud es de 1.23 billones de dólares, el de los hombres alcanza 1.36 billones de dólares. De no existir esta serie de discriminaciones en contra de las mujeres en cuanto a salario y beneficios de la seguridad social, se estima que el valor de las contribuciones remuneradas de las mujeres en la producción de salud en Perú subiría hasta 2.51 billones de dólares

El trabajo de las mujeres en la producción de salud va más allá de su participación en la economía remunerada. Se estima que, en Perú, la contribución no remunerada de las mujeres a la producción de la salud representa entre el 42 y el 48 por ciento (el 42 por ciento corresponde al escenario más bajo de salario mínimo y el 48 por ciento al escenario más amplio, cuando se hace el ajuste por discriminación de dinero y las contribuciones totales a la seguridad social).

Una parte de la gran contribución de las mujeres a la promoción y producción de la salud se explica por las labores asociadas al cuidado que éstas realizan. Las mujeres en Perú dedican en promedio 39 horas con 28 minutos a la semana al trabajo no remunerado, que es donde muchas de las actividades asociadas al cuidado están categorizadas (los hombres dedican 15 horas 54 minutos a la semana al trabajo no remunerado).²⁵

Esto se refleja en el tiempo dedicado a actividades típicamente vinculadas con las labores de cuidado, como el cuidado de bebés, niños y adolescentes. A estas actividades las mujeres dedican 8 horas a la semana (los hombres 4.48). Para el cuidado de miembros del hogar que presentan algún problema de salud son poco más de 4 horas a la semana las que dedican las mujeres (por 3 horas de los hombres); y 16.47 para el cuidado de miembros del hogar con dificultades físicas, mentales o enfermedad avanzada (los hombres dedican 8.55).²⁶

Las políticas públicas para el cambio y el desarrollo sostenible de las mujeres, el sistema de salud y la economía.

Con el fin de disminuir estas brechas y reconocer el valioso trabajo que billones de mujeres a nivel mundial y millones de latinoamericanas realizan para elevar la salud de los habitantes y las economías, es necesario que tanto los gobiernos, como las organizaciones privadas implementen una serie de medidas que promuevan y consoliden la igualdad. Las políticas de cuidado son una pieza clave para estos propósitos, no sólo por la producción de servicios de salud que estas medidas conllevan, sino por toda la serie de implicaciones que estas tienen en el desarrollo humano, social, y económico.

Comúnmente, y por razones de género en un gran número de casos, los trabajos de cuidado se desenvuelven bajo una organización social que naturaliza el cuidado como asunto doméstico y familiar, y casi exclusivamente de mujeres. En la actualidad, y en parte a la visibilidad que los Objetivos del Desarrollo Sostenible tienen, el tema del cuidado es cada más frecuente en el discurso del desarrollo internacional, y se reconoce la desigual distribución del trabajo del cuidado no remunerado y del trabajo doméstico entre mujeres y hombres, y las fuertes y estrechas implicaciones que esto tiene en las desigualdades económicas y sociales por razones de género.

Perú no escapa a la generalidad de las políticas de cuidado en la región: segmentadas, poca vinculación, y concentradas en áreas de licencias laborales, como las licencias para ausencia de trabajo por maternidad y paternidad sin menoscabo del ingreso. No obstante, en este tema, las licencias que contempla la regulación son menores a las 14 semanas que establece como duración mínima el Convenio núm. 183 de la OIT (sólo 9 países de la región tienen 14 o más semanas de licencia); y si bien se encuentra entre los 15 países de América Latina con licencias de paternidad, éstas no se extienden a más de 15 días.²⁷

Aunque no hay referencias al gozo de licencias parentales, en Perú hay una ley que permite extender el periodo de licencia por maternidad en caso de nacimiento de un hijo o hija con discapacidad. También hay regulación en cuanto al derecho a una licencia para el cuidado de niños o niñas enfermos. Aspectos como el cuidado de familiares enfermos, de dependientes (no recién nacidos) con discapacidad, de personas en fase terminal, o personas de la tercera edad no son contemplados en la regulación de gobierno.²⁸

Como en toda la región latinoamericana, Perú cuenta con normativa que alude a la operación de centros de cuidado para niños y niñas durante sus primeros años de vida. La experiencia regional con respecto a la regulación del cuidado infantil indica un tránsito hacia la creciente institucionalización de enfoques integrales de atención dirigidas a niñas y a niños en situación de pobreza y vulnerabilidad.²⁹

Las políticas públicas de cuidado deben encaminarse a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia, a la vez de intervenir sobre la organización social del cuidado, observando los derechos al cuidado, abordando sus riesgos y necesidades y contribuyendo al logro de la igualdad sustantiva. En la práctica, las políticas de cuidado tienen efectos sobre la distribución de responsabilidades entre Estado, mercado, familias y comunidades a través de configuraciones determinadas del bienestar. Sin olvidar las implicaciones directas que las políticas de cuidado tienen en la reconfiguración de las relaciones de género y en materia de igualdad de género. Éstas pueden contribuir a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres, particularmente de las mujeres en situación de pobreza, sin embargo, un diseño erróneo o ciego a consideraciones de género del entramado de las políticas de cuidado puede reforzar e incrementar muchas de las inequidades por razón de género entre mujeres y hombres.^{30,31}

El cierre de las brechas entre mujeres y hombres, no solo en materia de distribución del trabajo, sino en general, va más allá del mero diseño y aplicación de políticas públicas. Es necesario el empuje de las mujeres y hombres para la consecución de mejores niveles de igualdad y el posicionamiento de estos temas en la agenda pública y privada. En estos menesteres, una mayor representación de las mujeres en puestos de responsabilidad y toma de decisiones tanto a nivel público como privado es clave. Y en esta área también hay mucho camino por recorrer.

En Perú, es de notar que los a nivel de gabinete ministerial, en el 2016, solo una cuarta parte de las oficinas están dirigidas por mujeres. Esta una proporción similar a la participación de las mujeres en el parlamento: 26.9% de los parlamentarios electos en la legislatura 2016/2021 son mujeres. Si bien se han tenido avances notables a partir del año 2000, la brecha sigue siendo considerable, e inclusive, en promedio, la distribución por sexo de los parlamentarios en la última década ha sido inferior a la establecida en la ley de cuotas.³²

A nivel local, los avances en la participación de la mujer han sido ciertamente bajos en los cargos altos de poder. En los últimos 20 años, el porcentaje de mujeres electas como alcaldes es de 3.2% del total. Esta cifra se contrapone con los puestos de regidores, donde en los últimos tres años ha habido un incremento sustancial de la participación femenina, donde de cada 100 regidores 43 son mujeres.³³

Aun y cuando la información disponible es escasa en cuanto a los puestos en niveles de decisión en el sector privado, es indudable que las brechas de género son marcadamente favorables a los hombres. A nivel regional, el promedio de mujeres en puestos de alta dirección en empresas privadas en el 2016 fue de 20% respecto al total de posiciones; y no todas las empresas cuentan con al menos una mujer dentro de sus figuras directivas: se estima que sólo un poco más de la mitad de las empresas cuentan con mujeres en posiciones claves.³⁴

Es esencial que las sociedades reconozcan que tanto las mujeres como los hombres tienen el derecho y la responsabilidad de trabajar y de prestar cuidados. Por este motivo, los gobiernos deberían presentar un conjunto de medidas de política integradas, que se apoyen en las normas internacionales del trabajo, con miras a reconocer las labores de cuidado no remuneradas, y a reducirlas y redistribuirlas entre las mujeres y los hombres, y entre las familias y las sociedades. Las labores de cuidado no remuneradas también deberían valorarse y remunerarse en función del papel primordial que desempeñan para el mantenimiento, la prosperidad y el bienestar de las sociedades. La inversión en cuidados crea un círculo virtuoso de redistribución y reducción del trabajo de cuidado no remunerado que, junto con la creación de trabajo remunerado, puede apoyar el crecimiento económico, minimizar la transferencia generacional de pobreza e incrementar la inclusión social. Además, al promover la creación de empleo, este tipo de inversión en efectivo como medida contra cíclica en recesiones económicas.^{35,36}

Referencias

- ¹ Stuart, S. (2007). The contribution of women to the economy and social protection especially in relation to unpaid work performed by women in the caribbean. *Caribbean development review*, 37.
- ² United Nations Development Programme. (1999). *The Human Development Report, 1999*. United Nations, New York, NY.
- ³ Langer, A., Frenk, J., & Horton, R. (2012). Women and Health Initiative: integrating needs and response. *The Lancet*, 380(9842), 631-632.
- ⁴ Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., et al., (2015). Women and Health: the key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165-1210.
- ⁵ APEC. Healthy women, healthy economies. En línea en: <http://healthywomen.apec.org> Accesado: Marzo 15, 2017.
- ⁶ Banco Mundial, GDP ranking. World Development Indicators. Online in: <http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table> Accessed: January 22, 2017.
- ⁷ Banco Mundial, GDP (current US\$). World Development Indicators. Online in: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD> Accessed: January 22, 2017.
- ⁸ Banco Mundial, Health expenditure, total (% of GDP). World Development Indicators. Online in <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> Accessed: January 22, 2017.
- ⁹ Banco Mundial, Health expenditure per capita (current US\$). World Development Indicators. Online in: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP> Accessed: January 22, 2017.
- ¹⁰ Banco Mundial, Poverty headcount ratio at national poverty lines (% of population). World Development Indicators. Online in: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC> Accessed: Marzo 15, 2017.
- ¹¹ Banco Mundial, Empleo informal (% del total de empleo no agrícola). World Development Indicators. Online in: <http://data.worldbank.org/indicator/SL.ISV.IFRM.ZS> Accessed: Marzo 15, 2017.

- ¹² Banco Mundial, Grupos de países y préstamos del Banco Mundial. Online in: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519> Accessed: Marzo 15, 2017.
- ¹³ Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD 2015. University of Washington Online in: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Accessed: January 22, 2017.
- ¹⁴ <http://www.monografias.com/trabajos101/reforma-salud-peru-2013-2014/reforma-salud-peru-2013-2014.shtml#ixzz4bWAuRUbY>
- ¹⁵ Seguro Integral de Salud, 2017. <http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/index.html>
- ¹⁶ Valdez, T., & Gomariz, E. (1995). *Mujeres latinoamericanas en cifras. Tomo Comparativo*. Ministerio de Asuntos Sociales de España-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Santiago.
- ¹⁷ Banco Mundial. Labor force participation rate, female (% of female population ages 15+) (modeled ILO estimate). En línea: <http://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.FE.ZS> Acceso: marzo 15, 2017.
- ¹⁸ International Labour Organization, 2016. “Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016”, International Labour Organization.
- ¹⁹ International Labour Organization, 2014 “Maternity and paternity at work. Law practice across the world, 2014”, International Labour Organization.
- ²⁰ International Labour Organization, 2014 “Maternity and paternity at work. Law practice across the world, 2014”, International Labour Organization.
- ²¹ International Labour Organization, 2016. “Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016”, International Labour Organization.
- ²² McKinsey Global Institute, 2015. “The power of parity: How advancing women’s equality can add \$12 trillion to global growth”, McKinsey & Company.
- ²³ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ²⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ²⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ²⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ²⁷ Rico María y Robles Claudia, 2016. “Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad” Cepal.
- ²⁸ Rico María y Robles Claudia, 2016. “Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad” Cepal.
- ²⁹ Rico María y Robles Claudia, 2016. “Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad” Cepal.
- ³⁰ United Nations Research Institute for Social Development, 2016. “Care Policies: Realizing their transformative Potential (chapter 3)”. in “Policy Innovations for Transformative Change: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development”, UNRISD
- ³¹ Rico María y Robles Claudia, 2016. “Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad” Cepal.
- ³² Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ³³ Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016. “Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombre”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú
- ³⁴ Grant Thornton, 2017. “Women in business. New perspectives on risk and reward”. Grant Thornton International Ltd
- ³⁵ United Nations Research Institute for Social Development, 2016. “Care Policies: Realizing their transformative Potential (chapter 3)”. in “Policy Innovations for Transformative Change: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development”, UNRISD.
- ³⁶ Rico María y Robles Claudia, 2016. “Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad” Cepal.