

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Condiciones de trabajo, vida y salud de las trabajadoras del hogar en la  
Ciudad de México.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

**CECILIA GONZÁLEZ COSME**

D I R E C T O R A

**DRA. ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES**

Ciudad de México, marzo de 2019

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## Agradecimientos

Debo de agradecer de manera especial y sincera a mi directora de tesis la Dr. Roselia Arminda Rosales Flores por su dedicación y tiempo para la realización de esta investigación bajo su dirección. Por haberme brindado su paciencia, comprensión y disponibilidad en todo momento y sobre todo por darme la oportunidad de recurrir a sus conocimientos durante mi formación profesional.

Quiero expresar también mis más sinceros agradecimientos a la Dra. Ma. Guadalupe De Dios Bravo, a la Mtra. Claudia Alicia López Ortiz y al Dr. Juan Manuel Mendoza Rodríguez por su importante participación como lectores que ha permitido enriquecer el trabajo realizado y quienes también han sido parte de mi formación académica.

No puedo olvidar en mis agradecimientos a las 50 mujeres que participaron en esta tesis ya que me abrieron las puertas de sus casas y trabajos, dándome la oportunidad de convivir y conocerlas para compartirme un poco de sus vidas.

Dedico esta tesis a mi mamá, Sara Cosme Hernández que siempre me ha brindado su cariño y su apoyo incondicional durante toda mi vida, y quien han sido mi fuente de inspiración para realizar esta investigación. Por ser la mujer más valiente, fuerte y guerrera frente a las adversidades siendo el mejor ejemplo a seguir. Agradezco sus consejos y sus preocupaciones así como el esfuerzo que ha realizado, el cual agradezco y admiro, para que hoy pueda terminar mi licenciatura. Este logro no es solo mío sino también de ella. A mi hermano Javier Cosme Hernández a quien también le agradezco infinitamente, por el apoyo y la compañía que me ha brindado para que yo pueda concluir con mi licenciatura.

A mi compañero de vida Pablo Eliseo Vega Sánchez, quien ha estado durante este proceso, que con su amor, paciencia, confianza, respeto y comprensión se ha convertido en uno de mis pilares para alcanzar mis metas.

A la Universidad de la Ciudad de México por el apoyo otorgado para la impresión y empastado de esta tesis. Y principalmente por haberme dado la oportunidad de estudiar una licenciatura que me permitió tener una mirada crítica frente a diferentes situaciones y lo más importante por enseñarme que nada humano me es ajeno.

## Contenido

1. Introducción .....	1
2. Capítulo I Delimitación del problema.....	4
2.1. Planteamiento del problema .....	4
2.2. Hipótesis .....	10
2.3. Objetivo General .....	11
2.4. Objetivos Específicos .....	11
2.5. Justificación.....	11
2.6. Antecedentes .....	14
3. Capítulo II Estado del arte .....	18
3.1. Condiciones del trabajo del hogar en México y en otros países.....	18
3.2. Relación laboral del trabajo del hogar entre trabajadoras y empleadoras .....	23
3.3. Estado de salud de las trabajadoras del hogar .....	26
4. Capítulo III Marco teórico.....	31
4.1. Concepto de Trabajo .....	31
4.2. Conceptualización de trabajo del hogar y trabajadoras del hogar. ....	32
4.3. Perfil de la trabajadora del hogar y características del trabajo del hogar. ....	34
4.4. Reproducción social y modos de reproducción .....	35
4.5. Proceso de salud enfermedad .....	39
4.6. Determinantes sociales de la salud (DSS) .....	41
4.7. Salud en el trabajo.....	44
5. Capítulo IV Metodología.....	51
5.1. Población, Muestra, Método e Instrumento de recolección de datos.....	51
5.2. Plan de análisis.....	52
6. Capítulo V Resultados de la investigación .....	54
6.1. Perfil sociodemográfico de las trabajadoras del hogar .....	54
6.2. Escolaridad.....	55
6.3. Condiciones materiales .....	55
6.4. Seguridad social .....	57
6.5. Años laborados.....	58
6.6. Contratación .....	58
6.7. Jornada laboral.....	59

6.8. Empleadoras a la semana .....	60
6.9. Salario .....	60
6.10. Transporte.....	61
6.11. Actividades del trabajo del hogar.....	62
6.12. Beneficios y prestaciones del trabajo del hogar .....	63
6.13. Actividades deportivas y culturales.....	64
6.14. Riesgos y exigencias en el trabajo del hogar.....	64
6.15. Satisfacción Laboral .....	67
6.16. Perfil patológico .....	68
6.17. Daños a la salud relacionados a los riesgos y exigencias laborales.....	69
6.18. Daños a la salud relacionados a satisfacción laboral, vacaciones, aguinaldo y salario. ....	71
7. Discusión.....	71
8. Conclusiones .....	76
Anexo I .....	85
Referencias.....	91

## Gráficas

Gráfica N°1. Grupos de edad de las trabajadoras del hogar.....	54
Gráfica N°2. Escolaridad de las trabajadoras del hogar.....	55
Gráfica N° 3. Afiliación al Sistema de salud de las trabajadoras del hogar.....	57
Gráfica N°4. Años laborados en el trabajo del hogar .....	58
Gráfica N°5. Jornada laboral al día .....	59
Gráfica N°6. Días laborados a la semana .....	59
Gráfica N°7. Medios de transporte más utilizados para dirigirse a los centros de trabajo .....	61
Gráfica N°8. Principales actividades laborales del trabajo del hogar .....	63
Gráfica N°9. Beneficios y prestaciones del trabajo doméstico remunerado .....	63
Gráfica N° 10. Actividades de esparcimiento, deporte y cultura .....	64
Gráfica N° 11. Valoración y Satisfacción laboral .....	67

## Tablas

Tabla N°1. Perfil Socioeconómico de las trabajadoras del hogar.....	56
Tabla N°2. Empleadoras a la semana .....	60
Tabla N°3. Salario mensual .....	61
Tabla N°4. Gastos en pasajes .....	62
Tabla N°5. Riesgos en el trabajo del hogar .....	65
Tabla N°6. Exigencias en el trabajo del hogar .....	67
Tabla N°7. Perfil de patológico en las trabajadoras del hogar .....	68
Tabla N°8. Riesgos y exigencias de trabajo del hogar asociadas al perfil patológico .....	70
Tabla N°9. Daños a la salud relacionados a satisfacción laboral, vacaciones, aguinaldo y salario..	71

## 1. Introducción

El presente trabajo de tesis está enfocado en el tema de las condiciones de trabajo, vida y salud de las trabajadoras del hogar en la Ciudad de México ya que el trabajo del hogar en el país representa uno de los sectores más precarios por sus características de trabajo informal para más de 2.3 millones de mujeres que se insertan en este sector. Las trabajadoras del hogar es un grupo que está expuesto a sufrir violencia o de discriminación, no solo porque es un trabajo que no cuenta con la regulación mínima en cuanto a las condiciones laborales sino que además en el contexto social, el trabajo del hogar, es poco reconocido y valorado.

Para el análisis de esta problemática desde la promoción de la salud se retoma el enfoque socio-histórico para entender los problemas relacionados con la salud de los colectivos y su relación con los determinantes sociales. El principal objetivo de esta investigación es identificar las condiciones laborales, las condiciones materiales de vida y de salud de las trabajadoras del hogar con la finalidad de documentar y hacer visible el conjunto de determinantes que influyen en el proceso de salud enfermedad de las trabajadoras desde una mirada integral. De esta manera el presente trabajo se entrega en cinco capítulos:

En el capítulo I se encuentra el marco que nos permite problematizar el fenómeno que nos interesa con las dimensiones que son importantes para estudiar el problema por lo que se realiza la descripción de las personas que se dedican al trabajo del hogar en América Latina y en México, abordando principalmente las características en cuanto a la edad, las actividades que se desempeñan así como las condiciones laborales en México. Este marco referencial permite la delimitación del problema y abordaje, planteando la pregunta de investigación ¿Cuáles son las condiciones laborales y de vida que influyen en la salud de las trabajadoras del hogar? A partir de los elementos expuestos y partiendo del marco teórico de esta mirada socio histórica se generaron dos hipótesis que guían la investigación, asimismo define los objetivos relacionados con las condiciones de trabajo, vida y de salud. Este capítulo además contiene la

justificación del porqué se realiza el trabajo a nivel personal como profesional y finalmente se entrega un apartado de las características socioeconómicas como educación, trabajo, vivienda y salud de las mujeres en México que sirvió de marco referencial y comparativo con los resultados obtenidos.

En el capítulo II se encuentran las investigaciones que se han realizado sobre las continuidades y transformaciones del trabajo del hogar así como las diferentes estrategias e iniciativas para mejorar las condiciones de trabajo en México y en otros países, además se retoman las investigaciones que abordan los temas de relaciones laborales y de salud de las trabajadoras del hogar.

La conceptualización del trabajo del hogar así como perfil y las características del trabajo se entrega en el capítulo III, posteriormente se establece las categorías conceptuales que sustentan el trabajo de investigación que permite construir el instrumento y establecer la metodología para obtener información para responder a la pregunta de investigación se desarrollando las categorías que permiten explicar el fenómeno de acuerdo al enfoque que se retoma que parten de los determinantes sociales de la salud y de las condiciones laborales.

En el capítulo IV se describe la metodología y el plan de análisis para investigación como se verá, se eligió realizar un estudio cuantitativo, transversal. En este apartado se define a la población y se calcula la muestra para realizar las encuestas para indagar las condiciones laborales, vida y de salud de las trabajadoras del hogar.

En el capítulo V se reportan los resultados de las encuestas por medio de frecuencias para realizar una descripción de las mujeres que se insertan en el trabajo del hogar, las condiciones de trabajo: salario, jornada laboral, prestaciones, valoración del trabajo, esparcimiento, acceso a servicios de salud y el perfil patológico. En un segundo momento se hace un análisis bivariado para determinar la exposición a un factor de riesgo o un factor protector. Se hace énfasis que el conocimiento de los riesgos y exigencias del trabajo del hogar y de los derechos

laborales es una de las acciones a nivel individual y colectiva que permiten elevar los conocimientos, las habilidades y conductas que contribuyen a la apropiación, exigibilidad y ejercicio de sus derechos como trabajadoras para mejor y controlar su salud y bienestar como una práctica de promoción de la salud.

Finalmente, el lector encontrara la discusión y la conclusión, se comparan los datos obtenidos de esta investigación con los obtenidos de la investigación documentada para observar las similitudes así como las diferencias y al mismo tiempo contextualizar la problemática del trabajo del hogar en cuantos a las condiciones de trabajo, vida y de salud de acuerdo al marco teórico.

## **2. Capítulo I Delimitación del problema**

### **2.1. Planteamiento del problema**

Según la Organización Internacional del trabajo (OIT), en el mundo actualmente existen 67 millones de trabajadores domésticos, en donde participan tanto hombres y mujeres de los cuales el 80% corresponden a la población femenina (OIT, 2018) .En América latina aproximadamente existen más de 14 millones de mujeres que trabajan remuneradamente en las actividades relacionadas con el hogar y el cuidado de la familia (OIT, 2010).

El trabajo doméstico informal, es colocado como actividad que posibilita a las mujeres insertarse al campo laboral ya que es una oportunidad para aquellas de tienen como origen familias pobres o de una comunidad indígena que migran de una zona rural a una urbana y que carecen educación profesional, de experiencia laboral, y que no cuentan con redes sociales que las apoyen en la búsqueda de trabajo (OIT, 2010).

De acuerdo a las estadísticas de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), los países que han registrado mujeres ocupadas en el empleo doméstico en los año 2004 al 2008 indican que; en primer lugar se encuentra Paraguay con un 20.6%, seguido de Uruguay con un 18.6%, Argentina con un 17.3% y México se encuentra en el décimo lugar con un 10.5%. Es importante señalar que en esta cifras no fueron registradas la población infantil y las mujeres migrantes indocumentadas y las mujeres que trabajan por hora o por día, por lo tanto el numero de trabajadoras podrían ser más en todo el mundo, (Citado en OIT, 2010).

En México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el 2016 se registraron 2.3 millones de personas que trabajan dentro del empleo informal como trabajadores domésticos, para el año 2017 en el primer trimestre se amplió a 2, 480,466 millones que representan al 4.8%. De de cada 100 personas ocupadas en esta labor 90 son mujeres (INEGI, 2017).

Las mujeres que se insertan al trabajo del hogar en México de acuerdo al INEGI (2017) se registró que comienzan a laboral a temprana edad desde los 15 años y quienes participan mayoritariamente en este campo se centran aproximadamente desde los 20 hasta los 59 años. La edad promedio para las mujeres es de 42.1 años en comparación con los hombres con 43.9 años. La distribución porcentual en cuanto a grupos de edades de las mujeres corresponde: de 15 a 19 años que representa el 4.1%, de 20 a 29 años con un 14.3%, de 30 a 39 años es de 23.7%, de 40 a 46 años es de 27.7%, de 50 a 59 años corresponde a 20.65 %, y finalmente, las mujeres de 60 años y más con un 9.4% respectivamente (INEGI, 2017).

Las principales actividades registradas estadísticamente en el trabajo del hogar son: hacer limpieza de la casa (79.4%), cuidar de niños, personas con discapacidad y adultos mayores (7.9%), por su parte los hombres que trabajan como choferes, vigilantes, porteros y jardineros en casas particulares representan el 94.4% que trabajan en esta actividad (INEGI, 2017).

Con estos datos se puede observar a nivel global como a nivel nacional y regional que las y los trabajadores del hogar existen en todos los países pero estos no son registrados en su totalidad y principalmente la población femenina es quien se inserta a estas actividades desde temprana edad. Como una oportunidad para mejorar sus condiciones de vida realizando labores relacionadas con el hogar a cambio de una remuneración. Pero esta ocupación presenta las peores condiciones de empleo en los diferentes países ya , son las trabajadoras del hogar quienes tienen menos oportunidades de tener garantías laborales por considerarlo un empleo informal y de acuerdo a las características ,pueden o no cumplir con las jornadas laborales o por lo contrario excederlas, además el contar con pocos años laborados, limitan el acceso a los servicios de de salud, a una jubilación o pensión así como a una licencia de maternidad, que son necesidades básicas que se tendrían que garantizar durante su vida productiva y después de este para asegurar se vejez (OIT, 2016).

“[...] A escala mundial, el porcentaje de mujeres que superan la edad de jubilación y que perciben una pensión es, en promedio, 10,6 puntos porcentuales inferior al de los hombre [...]. Si bien prácticamente todos los países proporcionan algunas formas de protección de maternidad a las mujeres empleadas, cerca del 60 por ciento de las mujeres trabajadoras en todo el mundo (casi 750 millones de mujeres) no se benefician del derecho legal a la licencia de maternidad” (OIT, 2016.p.9).

De acuerdo a esto, en México las condiciones de trabajo del hogar según las estadísticas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2018).

- Nueve de cada 10 trabajadoras no cuentan con un contrato laboral.
- Las trabajadoras del hogar laboran 31.5 horas a la semana, las horas de trabajo extra no son pagadas de acuerdo a la jornada laboral establecida.
- Sólo el 19.5% de las trabajadoras del hogar está afiliado al IMSS por lo que la otra parte no cuenta con seguridad social como pensión, pago de incapacidad, licencia de maternidad y seguro médico.
- El 74.9% de las trabajadoras percibe dos salarios mínimos (73.04 pesos).
- El 57.9% de las trabajadoras no tienen acceso a una escuela o capacitación.
- Al 61% de las trabajadoras no se le otorgan las vacaciones.
- El 46.5% de las trabajadoras no recibe aguinaldo.
- El 44.7% de las trabajadoras no cuenta con horarios fijos.
- El 24.8% de las trabajadoras de la población justifica dar de comer alimentos sobrantes a las trabajadoras del hogar.
- El 91 % de las trabajadoras desconoce sus derechos laborales.
- Las trabajadoras son víctimas de discriminación, de la misma manera sufrieron de violencia verbal, económica, emocional y sexual. En los años 2011 y 2016 se clasificaron 14 casos por presunta discriminación y el 30.1% de las mujeres presentó acoso, discriminación y abuso sexual en espacios de trabajo (CONAPRED, 2018).

De manera que los problemas que presenta el trabajo del hogar están centrados en las condiciones laborales en las que se encuentran las mujeres que corresponde al salario bajo, falta de derechos laborales: como seguridad social, licencia de

maternidad, pensión y falta de normas laborales que garanticen las condiciones mínimas para laboral, seguido por abusos, maltrato, humillación, discriminación y acoso, en su conjunto forman parte de la problemática del trabajo del hogar en México en donde no ha realizado acciones concretas para mejorar esta situación.

La falta de un contrato laboral de trabajo no permite que las mujeres puedan exigir y hacer cumplir los derechos que adquieren como trabajadoras del hogar estipulados en Ley Federal del Trabajo (LFT) Capitulo XIII. Hace referencia a las obligaciones de los empleadores para las trabajadoras de planta en cuanto a los descansos diarios nocturnos, descanso semana y el pago de un salario mínimo, pero también se mencionan las obligaciones de los patrones con respecto a la abstención de cualquier maltrato, proporcionar al trabajador habitación y alimentación que le aseguren la vida y la salud. En caso de enfermedad no crónica el empleador tendrá que pagar el salario que le corresponde por un mes y proporcionarle asistencia médica, en caso de ser una enfermedad crónica el empleador podrá proporcionarle asistencia médica siempre y cuando el trabajador tenga por lo menos seis meses laborando, por su parte las trabajadoras adquieren responsabilidades como el cuidado de la casa así como de la familia, consideración y respeto. La relación de trabajo se podrá dar por terminado siempre y cuando se avise a los empleadoras ocho días antes de dejar el trabajo, los empleadores podrán terminar la contratación sin ninguna responsabilidad en caso de incumplimiento por parte de la trabajadora, dentro de los primero treinta días de su contratación o en cualquier momento, pagando la indemnización que corresponda conforme a la ley (LFT, 2018).

En esta ley se mencionan algunas condiciones y derechos para las empleadoras y trabajadoras que son poco conocidos y por lo tanto exigidos, además que en esta ley no se menciona el goce de otros derechos como acceso a servicios de salud, seguridad social, vacaciones pagadas, incapacidad, aguinaldo licencia de maternidad y pensiones que si son mencionados en el Convenio 189. Quedando así registrado este incumplimiento sobre los derechos laborales referidas por las propias trabajadoras en Ciudad Juárez 48.4%, Puebla-Tlaxcala

45.2% y en la Ciudad de México con un 42.2% (ENADIS, 2010), por esta razón el trabajo doméstico remunerado es considerado como una de las ocupaciones con las peores condiciones de empleo en cuanto a seguridad laboral, baja remuneración y tienen escasa cobertura de seguridad social (OIT, 2010).

Además, dentro de la problemática en cuanto a las condiciones de trabajo se encuentra la poca valorización y el poco reconocimiento del trabajo del hogar que garantice los derechos laborales para las mujeres que lo desempeñan. Porque en la sociedad existen estereotipos, roles de género y división sexual del trabajo, así como prejuicios, que hacen que no se les reconozca como un trabajo formal. Ya que se piensa que son actividades sencillas que no requiere de competencias especiales que les corresponden a las mujeres en el ámbito privado del hogar (OIT, 2010).

Esto último es importante ya que el trabajo doméstico remunerado aunque sea desvalorizado es fundamental para millones de hombres y mujeres que se desarrollan en un ámbito público y privado. Ya que sin estos servicios que se ofrecen remuneradamente no podrían producir económicamente para el país. El trabajo del hogar por no ser reconocido legalmente como ocupación, no forma parte del Producto Interno Bruto (PIB) que se genera en la producción de bienes y servicios, pero el valor económico del trabajo del hogar en el mercado, se estima de acuerdo al valor de las actividades del hogar y de cuidados no remunerado, que para el 2015 alcanzó un nivel equivalente a 4.4 billones de pesos que representaría el 24.2% del PIB del país (INEGI, 2017).

No obstante, en los últimos años se han hecho esfuerzos para mejorar estas condiciones laborales. Derivado de ello, existen alianzas como la Confederación Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras del Hogar (CONLACTRAO) conformado por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y Guatemala con la finalidad de crear nuevas organizaciones así como velar por los derechos de los trabajadores e impulsar el trabajo del hogar como trabajo formal.

En América latina se crea el Convenio 189, donde los países al firmar el convenio adoptan medidas para asegurar la promoción y la protección de los derechos humanos de los trabajadores. Sólo 14 países han ratificado este convenio, sin embargo, México se suma a dicho listado pero hasta ahora no lo han ratificado (ONUMUJERES, 2018) “De los 79 Convenios ratificados por México, 67 están en vigor, 8 han sido denunciados, un instrumento abrogado; ninguno ha sido ratificado en los últimos 12 meses” (OIT, Ratificaciones de México, 2018, pág. 1). Los países como Brasil, Uruguay, Filipinas, Islas Mauricio, Nicaragua entre otros son ejemplos de quienes han ratificado el convenio para garantizar la protección mínima laboral de las trabajadoras.

Sin embargo, en México se crea el Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del hogar, A, C (CACEH) desde el año 2000 y con esta iniciativa se empieza a promover los derechos y obligaciones de las trabajadoras así como empleadores. En agosto del 2015, se crea el primer Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras del Hogar (SINACTRAHO) en donde las trabajadoras y los trabajadores del hogar realizan diferentes estrategias para que se ratifique el Convenio 189 y la recomendación 121 que garantice sus derechos laborales como:

- Un salario digno que cubra sus necesidades básicas.
- Un contrato escrito que establezca las condiciones mínimas para realizar su trabajo, respetar las 8 horas de jornada laboral y que las horas extras no excedan a más de 4 horas al día y que esta sea pagada con un 50% del salario establecido al día.
- La cobertura de los gastos por enfermedad o por accidente laboral.
- Tener al menos 6 días de vacaciones al cumplir un año de servicio a cuales se les suma dos días de descanso hasta cumplir 12 días con un goce de sueldo.
- Recibir un aguinaldo.
- Descansos obligatorios en días feriados con un goce de salario.

- Contar con una indemnización después 15 años de trabajo en caso de despido o alguna violación a sus derechos y finalmente tener un trato respetuoso (CACEH,2018).

En síntesis, existen muchas problemáticas dentro del trabajo del hogar remunerado, en donde las trabajadoras del hogar no solo se enfrenten a las malas condiciones de trabajo, sino que las mujeres están expuesta a ser estereotipadas, sufrir estigmatización, ser maltratadas, ser discriminadas y estar en constante desigualdad frente a sus empleadores, convirtiéndose en un sector invisible y poco valorado en la sociedad. De acuerdo a esto surge la idea que las trabajadoras del hogar además presentan ciertos riesgos y exigencias propios de la ocupación que se suman a las problemáticas ya mencionadas, así como el poco interés que se tiene sobre el estado de salud de esta población.

Es por eso que en esta investigación es de interés indagar sobre las condiciones de las trabajadoras del hogar, así como las condiciones materiales de vida y de salud. Abordando esta actividad de manera integral desde la mirada de la promoción de la salud para poder responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las condiciones laborales y de vida que influyen en la salud de las trabajadoras del hogar?, que surge a partir del panorama general planteado que tiene que ver con las condiciones en las que se desarrolla el trabajo del hogar de esta manera se plantean dos hipótesis:

## **2.2. Hipótesis**

H<sub>1</sub>: Las condiciones laborales y de vida provocan daños a la salud específicos de la actividad y los riesgos a los que están expuestas las trabajadoras del hogar.

H<sub>0</sub>: Las condiciones laborales y de vida no provocan daños a la salud particulares de la actividad y los riesgos a los que están expuestas las trabajadoras del hogar.

Para poder responder a la pregunta de investigación y afirmar una hipótesis se plantea el objetivo principal que va dirigido ha:

### **2.3. Objetivo General**

- Analizar las condiciones laborales, las condiciones materiales de vida y de salud de las trabajadoras del hogar.

### **2.4. Objetivos Específicos**

- Indagar las condiciones materiales de vida.
- Indagar las condiciones de contratación.
- Indagar las actividades que realizan en el trabajo doméstico.
- Indagar los riesgos y exigencias a los que están expuestas las trabajadoras dentro del trabajo.
- Indagar la relación entre el empleador y empleada.
- Indagar sobre la valorización del trabajo del hogar.
- Indagar sobre los daños a la salud de las trabajadoras de hogar.

Finalmente, la investigación es importante ya que existen pocos estudios al respecto y permitió recabar información y hacer la relación entre las condiciones laborales, las condiciones materiales de vida y de salud, que nos permite visibilizar la situación actual de las trabajadoras del hogar en la Ciudad de México.

### **2.5. Justificación**

El motivo para realizar esta investigación se basa en el trabajo del hogar en el que mi mamá se ha dedicado la mayor parte de su vida. Es por eso que me interesa el tema a nivel personal como profesional ya que es un trabajo que presenta ciertas características de desprotección así como de poca valorización, dónde he sido testigo y he vivido con ella su andar en este trabajo.

Parto de la experiencia y reflexión sobre algunas situaciones vivenciales tanto de mi mamá como las mías que en su momento no comprendimos y nos molestaba, pero se repetían constantemente hasta parecer “normales”. Estas situaciones las catalogamos como injustas. Por ejemplo: trabajar y que no le pagaran ese mismo día; en algunas casas se le permitía, a veces, llevar a sus hijos y otras veces no; mi mamá se dedica a lavar ropa y así es como realiza el contrato verbal con la empleadoras, sin embargo esté no se cumple y se suman más actividades a la carga de trabajo las cuales no fueron acordadas en la contratación

de palabra como: cocinar, realizar compras o planchar; las jornadas de más de ocho horas que no son pagadas en su totalidad; a veces no se cuenta con alimentación.

Dentro de algunas experiencias surgen aquellas donde se ha generado violencia verbal por parte de las empleadoras o de algún miembro de la casa, en donde se le ha gritado por algo que no realizó o después de trabajar tantos años para su empleadora no cuente con alguna indemnización o liquidación que le permita asegurarse o mantenerse mientras se consigue otro trabajo o que no cuente con una jubilación por los años trabajados.

En el caso de mi mamá como el de muchas otras trabajadoras, migran de sus localidades para laborar de planta; después cambian la modalidad de trabajo con el propósito de cuidar a su familia, aunque es una contradicción porque en algunos casos se descuida a los hijos propios para cuidar de otros.

Así que esta investigación a nivel profesional pretende indagar y visibiliza las condiciones sobre el campo del trabajo del hogar para analizar y entender el contexto en la que las trabajadoras se desarrollan a nivel colectivo, así como los daños a la salud.

Tomando en cuenta las situaciones a las que están expuestas según la Encuesta Nacional sobre discriminación (ENADIS) (2010), las trabajadoras del hogar han sido consideradas como un grupo vulnerable junto con las mujeres, niñas y niños, personas jóvenes, personas adultas mayores, personas migrantes, minorías religiosas, étnicas o culturales, minorías sexuales y personas con discapacidad (ENADIS, 2010). Es importante destacar que si el trabajo doméstico remunerado no cuenta con el reconocimiento ni con la protección como se menciona en la LFT así como en la ratificación del convenio 189 y con la recomendación 121 que pretende proteger a este grupo, no se estarían cubriendo las condiciones mínimas para garantizar un trabajo digno que influye en el ejercicio de otros derechos como el acceso a un trabajo, vivienda, educación, seguridad social, salud y salario.

Por eso es importante estudiar a esta población desde el enfoque de la promoción de la salud (PS) ya que observa la problemática a través de diferentes

disciplinas, tomando en cuenta los aspectos sociales, políticos y culturales sumando las condiciones laborales así como las de vida que pudieran o no repercutir en el estado de salud de las trabajadoras.

La PS, definida en la carta de Ottawa como la manera en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma [...]” (OMS, 1968, pág. 1), propone cinco campos indispensables a trabajar como: la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, reforzar la acción colectiva, desarrollo de habilidades personales o autónomas y por último reorientación del sistema de salud. Para que se lleve a cabo lo anterior, entonces se realizan estrategias como la abogacía, la mediación y la capacitación, la incidencia política y la participación ciudadana. Así que el promotor de la salud, desde esta perspectiva, debe trabajar desde los prerrequisitos y las estrategias para transformar las condiciones de la salud de las personas, tanto de forma colectiva como individual (OMS, 1968).

Ciertamente la PS, como práctica social, debe identificar, diseñar y desarrollar modelos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población con la que desea trabajar como en este caso de las trabajadoras del hogar, a través de acciones que eleven el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores y conductas en que se relacionan con su salud que contribuye a que las personas, en forma individual y colectiva, adquieran la capacidad de construir y controlar su propia salud, independientemente de que los individuos puedan elegir ciertas prácticas para mejorar y mantener su salud.

Los promotores de la salud, podemos ser el vínculo para apoyar a esta población para establecer conjuntamente acciones que las beneficien como la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG) para dar apoyo a estas trabajadoras, igualmente podemos seguir haciendo la labor de dar a conocer la información existente, en cuanto a sus derechos como trabajadores y las instituciones a las que pueden recurrir como el Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del hogar en México.

## 2.6. Antecedentes

En este apartado se realiza una descripción de la población femenina tomando en cuenta las características socioeconómicas como educación, trabajo, vivienda y salud en el año 2015 y posteriormente hacer una comparación con la población estudiada para esta investigación en cuanto a estas variantes.

De acuerdo a las estadísticas del Instituto de INMUJRES & INEGI (2016) en la encuesta intercensal del 2015, En México existen 120 millones de personas: las mujeres representan poco más de la mitad de la población con un 61.5 con respecto a los hombres con un 58.1. En donde el índice de mujeres que residen en el país se encuentra en las entidades como la Ciudad de México, como Oaxaca y Puebla e Hidalgo (Citado en INMUJRES & INEGI, 2016).

En las condiciones socioeconómicas; entre ellas la escolaridad que es vista como una herramienta que permite a la población adquirir conocimientos así como habilidades para desarrollarse a nivel individual, familiar y social. En el ámbito laboral, la escolaridad permite tener mayores probabilidades de obtener un empleo formal y de esta manera acceder a salarios más altos. Sin embargo las mujeres que viven en zonas rurales y marginadas están limitadas al acceso a la educación (INMUJRES & INEGI, 2016).

Por lo tanto, las personas que saben leer y escribir representan al 93.6 % de la población total. En la distribución por sexo las mujeres son quienes menos saben leer y escribir con un 92.5% con respecto a los hombres con el 94.7% de la población total, dando una diferencia no significativa de 2.2 puntos porcentuales (INEGI, 2017).

La proporción de mujeres que asistían a la escuela en el periodo 2014-2015 en México en el grupo de 20 a 24 años es de 24.7%, de 25 a 29 años es de 6.6% y de 30 años y más es de 1.2%. En estos grupos se observa que la proporción de asistencia va disminuyendo conforme va aumentando la edad. (INMUJRES & INEGI, 2016).

De acuerdo a la Secretaría de Educación Pública (SEP) durante el ciclo escolar 2015-2016, las mujeres inscritas en el nivel básico fue del 49.2%, en el nivel medio superior es de 50.2% y en el nivel superior fue 49.3% (citado en INEGI, 2017). En estos porcentajes se observa cómo las mujeres apenas alcanzan el 50 % para acceder a algún nivel de educación y en este caso pocas mujeres acceden a un nivel superior. Los principales motivos que mencionaron las mujeres de 20 a 30 años, para no asistir a la escuela años fueron las siguientes: la falta de dinero o trabajo con un 36.2%, no quiso o no le gustó estudiar, logró su meta educativa un 32.8%, y un 8.2 se casó o se unió con su pareja (INMUJRES & INEGI, 2016).

A nivel mundial, la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo entre 1995-2015 cayó del 52.4% al 49.6%, en comparación con los hombres que tienen menor participación en el mercado laboral con casi 27 puntos porcentuales; cuando las mujeres obtienen un empleo, por lo general se insertan en el empleo informal. En cuanto a las tasa de desempleo, las mujeres tienen más posibilidades de estar desempleadas con 6.2% con respecto a los hombres que es de 5.5% por lo que tienen menores oportunidades de empleo (OIT, 2016).

La jornada de trabajo registrada de las mujeres es más larga con respecto a la de los hombres; tomando en cuenta el trabajo remunerado y el no remunerado, “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” (OIT, pág.7). La población de mujeres económicamente activa en la Ciudad de México según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) es de 43.6%. Con respecto a la población de mujeres no económicamente activa con un 69.3%; durante el primer trimestre de enero a marzo del 2017, las mujeres tuvieron poca participación en el campo laboral para generar ingresos que les permita cubrir sus necesidades (STPS, 2017).

En el acceso a una vivienda las mujeres representan el 51.4% con respecto a los hombre con un 48.6%. De “13 de cada 100 viviendas particulares habitadas propias registradas no existen escrituras o título de propiedad de la vivienda; de las

cuales, 60.3% corresponden a propietarios y el 34.5% a propietarias” (INMUJRES & INEGI, 2016, pág. 145).

En el acceso a la seguridad social, se puede acceder al sistema de salud Mexicano ya sea por el sectores público y privado de acuerdo a la forma de empleo. Dentro del sector público se encuentran instituciones como IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX) Secretaría de la defensa (SEDENA) y la Secretaría de Marina. En estas instituciones la protección en salud, solo se atiende a los trabajadores del sector formal así como a los jubilados y a sus familias. También se cuentan con otras instituciones y programas que atienden a trabajadores del sector informal, de autoempleo, y desempleados como el seguro popular de Salud (SPS), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), La Secretaría de Salud (SS) y Servicios Estatales de Salud (SESA) y finalmente en el sector privado se encuentran las instituciones, clínicas, hospitales así como prestadores de servicios de medicina alternativa que brindan sus servicios para las personas que pueden pagarlos (Frenk & Gómez. D, 2008).

De acuerdo a esto, la población de mujeres afiliadas a los diferentes servicios de salud en el país, son un total de 8, 353,5 mujeres. Al distribuir a las usuarias afiliadas a una institución pública como es el IMSS, ISSSTE e ISSSTE estatal, Pemex, Defensa o Marina y Seguro Popular corresponde a un 76.5 %, mientras que las mujeres afiliadas a alguna institución privada corresponde a un 2.7 % y las afiliadas a otras instituciones representan al 2.2 % (INEGI, 2017).

En la Ciudad de México se registraron 4,687.0 de mujeres en el 2015, en donde la afiliación de las mujeres a una institución pública es el 74.2 %, la afiliación a en las institución privada es de 6.5%, afiliadas a otra institución corresponden a un 1.6% y las mujeres no afiliadas a los servicio de salud representan a un 19.1%. Al distribuir a las mujeres usuarias a los servicios de salud por rango de edad; la mayor proporción de las mujeres afiliadas a los servicios de salud, corresponde al grupo de 30 a 59 años de edad representando el 37.8 % de la población total (INEGI, 2017).

Según la Secretaría de Salud (SSA) (2017), las principales causas de morbilidad de las mujeres en la Ciudad de México en el 2015 fueron: Infecciones respiratorias agudas, Infección de vías urinarias, Infecciones intestinales: úlceras, gastritis y duodenitis. Así como problemas odontológicos: gingivitis y enfermedades periodontales, otitis media y aguda. También presentan otros padecimientos como obesidad e hipertensión arterial como se observa en el siguiente cuadro de acuerdo a las edades de las mujeres:

Diez principales causas de enfermedad en la Ciudad de México, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2015 Población Femenina					
Edades	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64
Infecciones respiratorias agudas	73 455	262 570	90 756	158 556	74 593
Infección de vías urinarias	25 256	83 348	27 389	48 089	22 695
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	7 231	23 092	7 954	12 198	5 754
Úlceras, gastritis y duodenitis	7 231	23 092	7 954	12 198	5 754
Gingivitis y enfermedades periodontales	8 244	19 229	5 388	9 018	4 405
Otitis media aguda	3 659	13 593	4 706	8 835	4 246
Obesidad	3 245	17 946	7 131	9 908	3 397
Hipertensión arterial	5 870	16 587	4 771	5 350	2 132

Fuente: Elaboración propia a partir de: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad\\_grupo.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html)

Finalmente, de acuerdo a los datos obtenidos, las mujeres son quienes tienen menor acceso a la escolaridad y quienes menos permanecen estudiando a nivel medio superior y superior, derivado de esto son quienes acceden a trabajos informales. Por lo tanto no pueden acceder a un salario digno con prestaciones para ser incorporadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para atender sus problemas de salud, maternidad, jubilación, pensión así como aguinaldo y vacaciones.

### **3. Capítulo II Estado del arte**

#### **3.1. Condiciones del trabajo del hogar en México y en otros países**

De acuerdo a algunos intercambios de estudios latinoamericanos vinculados al servicio doméstico en varios países, en este campo se observan continuidades y transformaciones significativas: En las continuidades, para el trabajo del hogar, se siguen reclutando a las mujeres más pobres de poblaciones indígenas con poca escolaridad y de acuerdo a sus contextos locales son las mujeres menos privilegiadas. En estos procesos de reclutamiento, ha permitido el aumento del fenómeno de migración “La corrosión del Estado de bienestar social en Europa ha llevado masas de trabajadoras domésticas de América Latina, de África y de Indonesia, para ser cuidadoras de niños y ancianos en el viejo mundo, quienes laboran bajo relaciones de jerarquización”(Brites, Tizziani &Gorbán,2013, pág.228).

Además la desprotección a este sector es la misma en cualquier país por parte de los gobiernos en cuanto legislaciones que las protejan, en los sindicatos existe una fragilidad ya que las actividades de estas organizaciones se realizan de manera aislada por ende tienen grandes dificultades para generar vínculos sindicales. En las transformaciones se encuentran las mujeres que ya no solo trabajan de planta, si no que pueden trabajar de entrada por salida y por actividad de acuerdo a su especialidad. En estos avances se encuentra la protección de las condiciones laborales por parte de algunas organizaciones así como la importancia que ha tenido el convenio 189 y la recomendación 201 en el marco regulatorio para la protección de los derechos laborales (Brites, et. al, 2013).

En México, esta gran transformación de defensoría de los derechos laborales de los y las trabajadoras por medio de una ley no ha tenido impacto en la vida laboral en cada una de ellas, ya que no se tiene conocimiento de lo establecido en Ley Federal del trabajo (LFT) y no se ha podido ratificar el convenio 189. Como menciona Cebollada (2016) las condiciones laborales de las trabajadoras son precarias por lo que es necesario el reconocimiento legal de sus

derechos laborales y deberes tanto de las y los trabajadores como de sus empleadoras y empleadores. Por ello es importante que el tema sea parte de la agenda del gobierno y se trabaje por medio de una política pública aunado a un reconocimiento institucional. Impulsando la iniciativa para ratificar el convenio 189 y la recomendación 201, de esta manera la autora recomienda la adecuación a LFT tomando en cuenta lo siguiente:

- Reducir la jornada laboral de 12 horas a sólo 8 horas.
- Regulación de las horas de estancia para las personas que trabajan de planta.
- En el pago de las trabajadoras de entrada por salida se les debería de tomar en cuenta los gastos de traslados hacia los centros de trabajo.
- Solo el 30% del salario mínimo puede ser realizado en especie en forma de despensa de acuerdo a la OIT que se les otorga a las trabajadoras.
- Establecer el derecho a la seguridad social para todas las trabajadoras (guarderías e Infonavit).
- Distinción del trabajo de planta y de entrada por salida.
- Existencia de diferentes mecanismos de formalización e incorporación al seguro social.
- La modificaciones al artículo 83 para el pago salarial por unidad de tiempo, se consideraría que el salario no podrá ser menor a una jornada diaria.

Las estrategias que propone van encaminadas a:

- Medidas de afiliación obligatoria al seguro social: garantizar el acceso a todas las prestaciones, agilizar los trámites de afiliación, pagos bimestrales por parte de las empleadoras para la incorporación a servicios médicos, simplificar el lenguaje de las normas legales para las trabajadoras y creación de páginas de

internet para tener acceso a dicha información todo por obligación y no por voluntad.

- Identificación y reconocimiento de los actores involucrados frente a los establecimientos de procedimientos de negociación colectiva: que es el reconocimiento de la libertad sindical de las trabajadoras y empleadoras, así como la involucración de las empleadoras para la defensa de las condiciones de trabajo decentes.
- Medidas de incentivos: fijación de incentivos fiscales y reducciones en el pago de cuotas para las empleadoras.
- Medidas para el incremento del salario mínimo: cumplimiento del artículo 335 de la Ley Federal del Trabajo (LFT), que exhorta a la Comisión Nacional de los Salarios mínimos a fijar un salario mínimo profesional superior para esta población, establecer mecanismos que obligan al pago de salario mínimo.
- Medidas de coerción: inspecciones laborales efectivas en los lugares de trabajo en colaboración de autoridades laborales, sanitarias y fiscales para la realización de obligaciones y el cumplimiento de las empleadoras y las trabajadoras.
- Educación ciudadana: realizar una concientización y sensibilización para la población en general por medio de información para la valorización del trabajo (Cebollada, 2017).

Esta es una propuesta que tiene el objetivo de generar recomendaciones para mejorar las condiciones de trabajo del hogar en México.

Al indagar las condiciones del trabajo en otros países y sus diferentes respuestas a las problemáticas se encontró que:

En Brasil, según Brites (2013) dentro del lapso de 1993 y 2005 se observó que la mujeres se incorporaron al mercado del trabajo, crecimiento relacionado con el aumento de la población femenina que paso de 39.6% a 43.5% representando un 50.5% de las mujeres asalariadas de las ciudades. Por ejemplo la distribución por sector de ocupaciones según el sexo en educación, salud y

servicios sociales fue 16.7% para las mujeres en comparación a los hombres con un 3.9%. Para el análisis de estos datos, indica que la oferta de trabajo aumentó para las mujeres en el sector del comercio que probablemente se vincula con el aumento de la escolaridad de las mujeres brasileñas.

Además esta inserción de las mujeres en el trabajo está marcada de acuerdo a la estratificación social a partir de la raza, niveles de escolaridad e ingresos. De esta manera se generan dos grupos de mujeres que se insertan en el campo laboral: las mujeres que participan en el trabajo formalizado ocupando espacios profesionales calificados y con mejores ingresos. Por otra parte las mujeres cuenta con un trabajo informal precarizado con un salario bajo, donde son explotadas y no cuentan con protección social.

En estos dos grupos las actividades están completamente feminizados y relacionados con las áreas de cuidado. Las diferencias entre estos dos grupos, es que las mujeres jóvenes con mejores niveles de educación pueden insertarse en mejores trabajos con mejores sueldos. Por su parte las mujeres que han envejecido pertenecen al trabajo informal, como lo es el trabajo del hogar, siendo las mujeres " más pobres del país, con una educación mínima, migrantes en donde sus cultura y etnias están desagradadas" (Citado en Brites, 2000, entre otros). En donde las trabajadoras domésticas negras representaban el 61.6% en comparación con las trabajadoras blancas con un 38.4%, así que el trabajo doméstico para este país, tiene género, color y clase.

Al comparar el servicio doméstico con alguna de las otras profesionales se observa que las trabajadoras domésticas ocupan los peores puestos con menor salario porque, el sueldo medio por mes en el 2009 fue de \$383.95 reales que equivalen a 1,935.19 pesos mexicanos. Aunque el trabajo doméstico se realiza en función del los integrantes de la familia, la vivienda, contrató por día o mensual y los contratos se realizan por planta residencial, planta externa y trabajo por día, al comparar el trabajo doméstico con otras profesiones este ocupa los peores puestos de remuneración en el país y no es reconocido por la sociedad.

En cuanto a las transformaciones del trabajo doméstico brasileño desde 1988 se ha regularizado el trabajo doméstico por medio de un sindicato que ha dado avances en cuanto a las garantías mínimas laborales, por ejemplo: 20 días de vacaciones, seguro obligatorio de previsión social .Posteriormente se fueron sumando otros derechos: el descanso remunerado en días feriados contemplados por 30 días de vacaciones, también se enfatiza en la protección de las mujeres en el embarazo para el 2006, el pago de horas extras, trabajos nocturnos y los riesgos. En el caso de Brasil se ha ratificado el convenio 189 y la recomendación 201 pero este no ha garantizado la protección de todos los derechos, aunque las trabajadoras cuentan con una carta que les garantice el registro del trabajo doméstico como legal, sin embargo, existe la resistencia por parte de los empleadores para aceptar las condiciones y obligaciones que adquieren como empleadores (Brites, 2013).

Entre 1992 y 2008 uno de los cambios que tuvo el trabajo del hogar en Brasil, fue en la forma de contratación, ya que las mujeres que trabajaban en casas residenciales registradas era del 19.2% y paso a 6.4% y las mujeres que trabajaban por día pasó de 16.5% a 26.5%, aumentando la forma de emplearse de entrada por salida en el trabajo del hogar. De manera que esta labor no ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas ya que sigue siendo un trabajo que emplea a más mujeres y en la formalización legal, las condiciones de trabajo algunas siguen siendo las mismas, por ejemplo: en cuanto horas extras no son pagadas, el sueldo es bajo, no son definidas de las tareas laborales en la contratación, reafirmando que es un trabajo de los más precarios y las mujeres que se emplean son más jóvenes y con menos escolaridad (Brites, 2013).

En Francia se impulsó una política para la creación de empleos y capacitar a las poblaciones más vulnerables como mujeres, adultos mayores y jóvenes poco calificados para responden a las necesidades del mercado no satisfechas, centrándose en los servicios a domicilio y reestructurándose la oferta de trabajo. La formalización de la relación del trabajo del hogar con la finalidad de proteger los derechos laborales. Así como la profesionalización de las actividades laborales fue

una de las acciones para mejorar las condiciones de este sector. De acuerdo a Devatter y Sandrine esta política no dio resultados ya que en vez de ayudar a esta población fue una forma de reforzar la desigualdad social porque la formalización de las relaciones mediante el registro de las trabajadoras no favorecía las condiciones del acceso a los derechos laborales y de la protección social. Ya que los salarios varían según las horas de trabajo, y esté repercute en la contribución al sistema de seguridad social, limitando el acceso a los servicios de salud así como a la jubilación. En cuanto a la demanda del trabajo del hogar, las empleadas domésticas trabajan para muchos empleadores con ochenta horas semanales por empleado y finalmente para la formalización así como la valorización social del trabajo doméstico este no se llevó a cabo porque no se considera necesario ya que no se requieren competencias para realizar estas tareas ( Citado en Poblete, 2013).

### **3.2. Relación laboral del trabajo del hogar entre trabajadoras y empleadoras**

Argentina es un ejemplo más de la desprotección laboral del trabajo del hogar aunque cuente con un régimen laboral que menciona los beneficios para las trabajadoras así como obligaciones patronales, se presenta el escaso nivel de cumplimiento.

Cómo señala Pereyra (2013) es necesario estudiar, las percepciones y conductas de las empleadoras de acuerdo al conocimiento que tienen en cuanto a los derechos y condiciones laborales, que permite mejorar los arreglos laborales dentro de la relación de trabajo, es por eso que en las aportaciones de este autor se encontró que la relación laboral, puede ser de tres tipos. El primero es un vínculo “amistoso” ocupado principalmente en donde la empleada y la empleadora conocen la vida de la otra y comparten la vida cotidiana. El segundo tipo de relación se refiere al jerárquico en donde la empleadora toma su distancia a las situaciones personales de la empleada y solo se encarga de vigilar y exigir a la empleada sus labores en la casa. El tercer tipo de relación es el vínculo “protector” donde contratan tiempo completo (Pereyra, 2013).

Estas empleadoras se encargan de ayudar a las empleadas, ejerciendo prácticas de contención, asesoramiento, buscar y tramitar algún tipo de apoyo que les beneficia o ayudar a mujeres que perciben como vulnerables. En cuanto a la percepción por parte de las empleadoras sobre los derechos de las trabajadoras se tiene una noción de éstos pero en la práctica no son ejercidos ya que se obtuvieron discursos para justificar la ausencia de derechos como;”la mía no, porque está en blanco en otra casa[...]la mía no porque tienen un plan social, y si no lo pierde[...] en el caso de la mía, el marido trabaja[...]Entonces no le interesa [...]” (Pereyra, 2013, pág.65). En cuanto a las prestaciones como vacaciones se puede llegar a un arreglo y por último el salario se establece de acuerdo a las percepciones de cuánto se está pagando las vecinas, conocidas y familiares por lo tanto es necesario realizar estrategias para promover una conciencia de género y clases (significado de trabajo doméstico) dirigidas tanto a empleadas y empleadoras para tener una transformación con cambios estructurales dentro de la sociedad (Pereyra, 2013).

En Colombia según León (2013) se han realizado diversas estrategias en el tema del apoyo laboral como: capacitación laboral, asistencia legal encaminada a la percepción del sentido de ser mujer y el sentido de ser ciudadana. A partir de esto se logró que las empleadas pudieran llevar acciones de multiplicación que consistía en apoyar procesos de movilización así como de organización para poder exigir sus derechos como trabajadoras domésticas y del sentido de identidad-autonomía como mujeres y ciudadanas.

Permitiendo concentrar y dar respuesta a necesidades sentidas y satisfacer necesidades materiales para posteriormente poder pertenecer a una organización. Así mismo dentro del programa se buscó desmitificar la situación de subordinación y de la explotación de las empleadas domésticas, tomando en cuenta a la vez a las amas de casa en su doble rol de mujer subordinada, la imposición de lo doméstico y de patrona, por lo que el proyecto logró que miles de empleadas de Colombia conocieran sus derechos para transformar sus relaciones laborales. El programa ayudó al adelanto del reconocimiento de los derechos de las empleadas

del servicio doméstico y la asistencia legal fue una herramienta de cambio que buscó principalmente hacer cumplir las prestaciones básicas a las cuales tienen derecho las trabajadoras de acuerdo a la ley, aunque no se cumplieran en su totalidad por las empleadoras (León, 2013).

Al contextualizar en el campo del trabajo doméstico con investigación bibliográfica y empírica como, foros, conversatorios, seminarios se presentan constantemente ciertas problemáticas y situaciones en las que se desarrollan las trabajadoras del hogar por ejemplo, la confianza en donde las trabajadoras del hogar llegan a formar parte de la familia de esta manera se justifican ciertas violaciones a sus derechos.

De acuerdo a Toledo (2013) en México, la confianza llega a trascender en la vida del la trabajadora que se adquiere entre ambas partes y que puede o no tener implicaciones dentro de esta relación laboral. Se ha demostrado que la confianza se encuentra antes y durante la contratación y la relación de trabajo. La confianza comienza desde las recomendaciones, como un aval que se reflejan en la contratación y posteriormente se construye a partir de la relación cotidiana. Gracias a esta confianza se van fortaleciendo otros atributos como la lealtad, responsabilidad, rapidez, calidez la cooperación, la honestidad, la responsabilidad y la disposición para el trabajo. Sin embargo, la confianza tiene sus límites y ésta termina con las restricciones que tienen por ser trabajadoras. Así mismo, la confianza está dentro de una subordinación en donde uno manda y otros obedecen (Toledo, 2013). Pero es necesario mencionar que las limitaciones están marcadas por una relación jerárquica entre la trabajadora del hogar y su empleadora, en donde no existe un límite entre la relación de trabajo con la vida privada de la trabajadora del hogar, pero sí de las empleadoras.

En la relación laboral que se establece el empleador puede controlar la forma en que las trabajadoras se mueven dentro de la casa, poniendo restricciones de lo que puede o no hacer, he incluso se comienza a imponer estilos de vida, de vestir al otorgarle un uniforme, no permitirles que hablen su idioma materno, e incluso las empleadoras al ayudar a sus trabajadoras pueden

sugerir cómo educar a sus hijos o algún otro aspecto de la vida (Tizziani, 2013). No obstante el conocimiento de los derechos laborales permite la transformación de sus relaciones laborales para cambiar esta situación (Toledo, 2013).

### **3.3. Estado de salud de las trabajadoras del hogar**

Los estudios en relación a la salud de las trabajadoras del hogar remunerado son pocos y generalmente lo que se escribe hace referencia a trabajos con enfoque de género basado en los procesos de vida (reproductivo, por ejemplo). Como ya es de suponerse si el trabajo del hogar es invisibilizado y poco reconocido también lo es el impacto de las condiciones de trabajo que éste tiene en la salud de las trabajadoras.

Según Arjona (2016), retoma los conceptos de las continuidades y discontinuidades de las condiciones materiales como simbólicas que influyen en la salud de las trabajadoras del hogar, que está determinado en los diferentes espacios que ocupan las mujeres. Todos los espacios están destinados o asignados por los roles de género y toda esta construcción social basado en un sistema patriarcal, machista, sexista y clasista. Desde una perspectiva de género, enfatizando en la vida reproductiva de las mujeres, la propuesta está relacionada con otros procesos como la migración, la pareja, el trabajo, la salud sexual y el envejecimiento. En este trabajo se pueden encontrar premisas sobre las condiciones laborales, de vida y de salud de las trabajadoras del hogar, A continuación se retoman aquellas de interés para el presente trabajo:

- Las vida de las trabajadoras pueden ser diferentes, sin embargo existen tendencias o patrones de acuerdo a las condiciones materiales, las costumbres y tradiciones fundamentadas del patriarcado, sexista y clasista.
- Las condiciones materiales de vida de los espacios domésticos son marcadas por la precariedad.
- La atención en salud es tradicional / popular y de auto atención en donde se hace poco caso o se dejan pasar (Arjona, 2016).

Esto es, que a través de la reproducción social a las mujeres se les asignan los roles de género y lo que se refiere a la esfera de lo privado. Desde niñas se les enseña a realizar actividades del hogar; en este caso les permite insertarse en un empleo porque se les ha preparado para realizar las labores de la casa, también saben comportarse frente a quien las emplea. Después la migración juega un papel importante ya que les permite salir de sus casa para emplear en un campo del trabajo doméstico y al mismo tiempo pueden formar una familia y ser autónomas económicamente al conseguir un empleo, pero siempre ocupando lugares subalternos. Desde la perspectiva de género el cuerpo de la mujer es visto como una herramienta que sirve para la producción y reproducción social, es decir trabajar para que otras personas se puedan desarrollar en el ámbito laboral y en su familia. Por su parte la enfermedad en la vida de las mujeres significa el dejar de producir, ante la enfermedad. Las trabajadoras en esta investigación recurren a práctica tradicional para atender sus problemas de salud, que fueron lo aprendido durante su niñez mediante de madres y abuelas mediante el uso de remedios aprendidos como el uso de hierbas, hueseros, entre otros. Como la finalidad de incidir en sus procesos de salud y enfermedad para seguir reproduciendo (Arjona, 2016).

En esta línea de la salud, se busco información relacionado con la salud laboral de las trabajadoras del hogar pero se encontró muy poca investigación en este campo. Pero se tomo como referencia que dentro del trabajo en empresas o fabricas se presentan accidentes de trabajo y exposición a diversos factores y mecanismos (Parra, 2003). Por lo que en el trabajo del hogar también se presentan riesgos y exigencias propias de este trabajo que pueden causar daños a la salud. De acuerdo a esto, en la investigación de Arjona (2016), retoma las percepciones de las trabajadoras del hogar con las que trabajo en cuanto a los riesgos que repercuten en su salud como:

“[...] el contacto con el agua y los productos que usan para la limpieza, los contrastes entre frío y caliente, la prisa, el estrés y los nervios, los horarios, las condiciones de alimentación el trabajo y los medios de transporte. Por ejemplo, encontré que el uso de guantes plásticos para lavar trastes y/o ropa, así como para trapear y sacudir en mojado, no siempre está legitimado como una práctica de riesgo para la piel de estas mujeres [...] además, es importante considerar que los líquidos que usan para lavar pueden ser muy agresivos, como el cloro o la sosa

cáustica, por lo que además de guantes podrían requerir cubre bocas; y una faja no estaría de más que probablemente podría paliar los frecuentes dolores de cintura que experimentan estas trabajadoras. El contraste frío-caliente representa otro riesgo de trabajo al que pueden estar expuestas las empleadas que planchan y /o cocinan y lavan o tienen contacto con agua –derivando en dolor de espalda y de huesos, mismos que más que ampliamente se asociaron en su caso con el cansancio y el frío –o frialdad [...]“(Arjona, 2016, p.1020).

Es de gran relevancia la percepción que tienen las trabajadoras del hogar sobre los cambios de temperatura, irritaciones en la piel relacionadas con los detergentes que usan o por algún otro producto para la limpieza y el contacto con el agua asociados a dolores de espalda, cansancio, alergias, además no se toma en cuenta en el horario de trabajo los traslados de ida y de regreso, las condiciones de alimentación así como pasar horas sin ingerir alimentos, los nervios y el estrés (Arjona, 2016).

Por su parte, Doyal (s,f) propone el establecimiento de mecanismos para la prevención de enfermedades y accidentes laborales ya que dentro del trabajo del hogar también existen riesgos químicos y físicos a los que están expuestas las trabajadoras dentro del proceso productivo.

“[...] En muchas fábricas se protege la salud de los trabajadores mediante regulaciones que limitan los pesos que pueden levantar y las sustancias a las que pueden estar expuestos. Aunque no siempre se cumplan correctamente, ofrecen algún tipo de protección, y establecen niveles de riesgo inaceptable, a los que los trabajadores pueden reclamar. No existen tales regulaciones en el ámbito doméstico, aunque sabemos que existen riesgos similares. Si observamos el tema del peso, vemos que hay una evidencia creciente desde muchas partes del mundo de que las tareas domésticas de las mujeres requieren levantar cargas varias veces más pesadas que los límites que se establecerían si estuvieran formalmente empleadas [...]En relación a la exposición a sustancias tóxicas, hay una evidencia creciente de que, debido a las responsabilidades domésticas, las mujeres están expuestas a productos químicos de los que estarían protegidas en caso de estar empleadas.” (Doyal, s.f, p.4).

En una nota de la OIT presenta un análisis de White y Beswick (2003) sobre el tiempo de trabajo, salud y seguridad; trabajo y familia; desempeño en el trabajo, en un grupo de trabajadores de fábricas, médicos y vendedores que no precisamente está relacionado con el grupo de trabajadoras del hogar. Sin embargo

se muestra la relación que existe entre las horas de trabajo, la falta de sueño y el descanso que influyen en el desmejoramiento de la salud física y psicológica. Ya que la fatiga de tipo muscular, sensorial y cognitiva son las causa de la falta de sueño y el poco descanso por las largas horas de trabajo (como se citó OIT, s.f).

El estrés que afecta la salud psicológica se incluyen, en esta dimensión la depresión, ansiedad y confusión que aparecen por diversos factores como lo son: insatisfacción laboral, pocas recompensas, el salario, el control sobre el trabajo, la toma de decisiones, que también tiene que ver con el poco descanso y el sueño. La seguridad en el trabajo es afectada con largas jornadas de 48 a 50 horas a la semana ya que la fatiga, la falta de sueño, la edad, la experiencia y la falta de capacitación influyen en los accidentes de trabajo lo que a su vez repercuten en la salud. En cuanto al equilibrio entre la vida familiar y el trabajo se presentan la necesidad de tener días de descanso para poder atender las responsabilidades familiares y organizar las propias necesidades.

En la calidad del servicio y desempeño: “Los empleadores, y no solo sus trabajadores, se benefician en términos de servicios de mejor calidad cuando existen acuerdos razonables sobre las horas de trabajo. [...] la mayoría de la evidencia disponible confirma la relación entre horas de trabajo más largas y menor desempeño en el trabajo [...] Además de la pérdida de sueño y fatiga, la motivación y esfuerzo en el trabajo pueden influenciar el impacto sobre el desempeño del trabajador. Tener descansos puede aumentar la productividad y el desempeño.”(citado en OIT, s.f p.6).

Finalmente, con la información obtenida, el trabajo del hogar ha sido un tema poco estudiado en México. Pero en otros países se describen los perfiles socioeconómicos y culturales de las mujeres que realizan estas labores de acuerdo a su género, color, raza y clase que condicionan su participación en el campo laboral, así como acceder a una educación, vivienda, bienes y servicios y seguridad social. Las características específicas de las condiciones laborales hacen que el trabajo del hogar sea considerado de los más vulnerados e invisibilizado. Estas dos categorías son muy importantes ya que permite señalar que las mujeres al paso de

los años presentan las mismas características y problemáticas en el trabajo del hogar.

Los cambios solo están enfocados en la forma de emplearse y la contratación, en donde la opción es de planta y de entrada por salida donde pueden trabajar para uno o varios empleadores, para uno o varios días. Permitiendo que las mujeres puedan atender sus necesidades tanto personales como familiares, pero las jornadas, los salarios siguen siendo precarios.

La parición de un marco normativo que garantiza los derechos laborales las trabajadoras ha sido una de las trasformaciones y a la vez es una medida que permite que las condiciones de trabajo puedan cambiar. El reconocimiento de estos derechos laborales así como la apropiación y exigibilidad y cumplimiento tanto de las empleadoras como de las trabajadoras son importantes, para que tengan impacto en las condiciones materiales de vida como en las condiciones de salud, a pasar de la desigual social que existe en todos los países.

## **4. Capítulo III Marco teórico**

### **4.1. Concepto de Trabajo**

El trabajo remunerado puede ser visto desde el capitalismo, como la capacidad para producir un capital; en otras palabras es producir un bien y un servicio que se genera dentro del mercado del trabajo. En el mercado del trabajo se han generado algunas categorías conceptuales de empleo, desempleo, actividad e inactividad y que implícitamente este mercado tiene ciertas características y está dirigido a cierta población: empleo estable, seguro, de tiempo completo para trabajadores masculinos (Goren, 2013). Por lo que el trabajo productivo está reconocido como formal y es realizado por hombres.

En América Latina las mujeres se insertan en un mercado del trabajo de informalidad marcada por una división sexual del trabajo en donde se determina en función de los roles ya establecidos en la sociedad. Al mercado de trabajo se le define como “espacio donde se recibe un salario a cambio de la realización de un trabajo (...) lo cual precisa que es considerado trabajo y qué no” (Goren, 2013, p.35).

Tanto hombres y mujeres trabajan regularmente en actividades que corresponden a los roles de acuerdo al sexo, las mujeres se emplean en el servicio doméstico, comercio, servicios de salud, hoteles y restaurantes a su vez los hombres en la industria, el comercio, el transporte así como administración pública con sus correspondientes perfiles y condiciones laborales con diferentes niveles de ejercer el poder. Hombres como mujeres tienen un horario de trabajo y está demostrado que en promedio las mujeres tienen doble jornada laboral ya que es el trabajo realizado en casa sumándole el trabajo fuera de esta (Goren,2013).

El trabajo de las mujeres se ha separado en actividades productivas que corresponden al mercado y las reproductivas en donde se engloba todo lo referente a lo doméstico. Para mejorar la valorización se menciona la necesidad en términos económicos, de que los servicios domésticos tendrían que tener un valor agregado ya que si no se le pone precio a la actividad que realizan no se reconoce como trabajo las actividades tales como: preparar alimentos, lavar, cuidar a algún miembro

de la familia, planchar etc. Estas actividades el mercado corresponden a servicios de restaurantes, lavanderías, enfermeros, guarderías etc. Se diferencian unas de otras solo por el lugar en el que se realizan las actividades. De esta manera, comenzamos apreciar que las mujeres en el ámbito laboral se encuentran en desventaja, en el caso del trabajo doméstico porque es invisible y no es valorado desde esta perspectiva de género y para valorar el trabajo doméstico remunerado se podría tomar cada actividad de acuerdo a su precio en el mercado (Pedrero, 2002).

#### **4.2. Conceptualización de trabajo del hogar y trabajadoras del hogar.**

En el marco legal de acuerdo a Ley Federal del trabajo en México en su Capítulo XIII, Artículo 331 y 332, se define a los **trabajadores domésticos** como las personas que “prestan los servicios de aseo, asistencia y demás propios o inherentes al hogar de una persona o familia” (LFT, 2018, pág.1) quedando fuera de esta ley las personas que prestan servicios de aseo, asistencia y atención a clientes en establecimientos.

Por su parte, en el Convenio 183 en su artículo 1 de la OIT, define el trabajo doméstico al “trabajo realizado en un hogar u hogares o para los mismos (...) trabajador doméstico a toda persona de género femenino o género masculino que realiza un trabajo doméstico en el marco de una relación de trabajo; una persona que realice trabajo doméstico únicamente de forma ocasional o esporádica, sin que este trabajo sea una ocupación profesional, no se considera trabajador doméstico”. (OIT, 2018,pág.1) por lo tanto en la única ley que se define al trabajo doméstico pertenece al convenio 189, en cuanto a los trabajadores de acuerdo a los conceptos del convenio 189 y LFT se nombra a las mujeres y hombres que prestan servicios en una relación de trabajo dentro o fuera del hogar para una persona o familia.

Marta Lamas (2014) menciona, que el trabajo doméstico remunerado sigue siendo una actividad femenina y que en el transcurso de los años ha pasado por diversos procesos que les ha permitido a las mujeres obtener ciertas condiciones de flexibilidad. Una trabajadora del hogar puede ser contratada para la realización de

varias tareas del hogar, con distintos patrones y la contratación puede ser por horas, día, a destajo o incluso por función (Lamas ,2014).

Es importante señalar que durante la búsqueda de la información, a las personas que se dedican a esta labor se les ha nombrado de diferentes maneras de acuerdo a los tiempos y contextos históricos por ejemplo: servidumbre, muchacha, sirvienta o empleada.

En la Ciudad de México, se realizó una campaña en el 2000 para dignificar el trabajo doméstico. Se buscó un nombre adecuado para las trabajadoras domésticas; esto se realizó mediante una consulta a 2 mil 123 trabajadoras y como resultado se obtuvo el término “empleadas del hogar” con 498 votos, sin embargo otras organizaciones adoptaron el término “trabajadora del hogar” con el fin de poder identificarlas como trabajadoras y no se le confunda con las amas casa.

Como lo señala Goldsmith (s,f), la terminología de trabajadores domésticos ha sido tema de debate en el campo teórico y político; las mujeres no quieren ser nombradas como:

“[...] sirvientas”, y la palabra “doméstica” les genera incomodidad a algunas. Relata: “Por ejemplo, muchas de las afiliadas a la Confederación Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras del Hogar (Conlactraho) han rechazado ser llamadas domésticas, porque este término evoca la noción de ser domadas, como animales. En cambio unas cuantas organizaciones utilizan el término ‘trabajadora doméstica’ con el fin de ser entendidas con facilidad por el resto de la sociedad. Pero estas organizaciones dejan de lado que dicho término no diferencia su condición de la del ama de casa” [...] (Como se citó en Lamas, 2014, p.1).

Por esta razón, en este trabajo en un principio se refería a las personas que laboran en actividades domésticas remuneradas como “empleadas domésticas”, sin embargo a partir de aquí se les nombra como “trabajadoras del hogar”, ya que este grupo de trabajadoras se sigue organizando para que se les llame dignamente y no se les nombre con adjetivos despectivos, así como darse a conocer como sujetas de derecho.

### **4.3. Perfil de la trabajadora del hogar y características del trabajo del hogar.**

De acuerdo a las diferentes investigaciones de los autores consultados Brites (2013), Poblete (2013) y Brites, et al., (2013) para este trabajo se puede puntualizar las características del perfil de las trabajadoras así como las características del trabajo.

En el perfil son:

- Mujeres con nula o poca escolaridad.
- Mujeres pobres.
- Son mujeres reclutadas en sus lugares de origen o han Migrado.
- Pertencientes a poblaciones indígenas.
- Pertencientes a grupos vulnerables.

En las características del trabajo doméstico se encuentran: heterogeneidad mencionada como flexibilidad, de acuerdo a la forma de contratación y a las diferentes tareas que realizan las trabajadoras y cómo lo hacen (Pedrero, 2002). Dentro de esta flexibilidad también se encuentra la contratación en el caso de México las trabajadoras del hogar pueden emplearse de “entrada por salida”. Con esta modalidad se puede trabajar para una empleadora o varias empleadoras. La segunda forma corresponde a las trabajadoras “de planta” en donde la trabajadora reside en la casa, donde trabaja (Cebollada, 2017). Así que la contratación puede ser fijada por mes, planta o de entrada por salida, que su vez puede ser para un empleador o muchos empleadores, puede verse reflejado en un contrato por escrito o un contrato de palabra.

Así que el tipo de contratación ha tenido cambios a través del tiempo, en la actualidad está puede establecerse según el país en el que se encuentren. En la mayoría las contrataciones son por palabra, sin embargo en México existen caso en donde se ha llevado una contracción firmada por el empleador y la trabajadora para garantizar los derechos de las trabajadoras del hogar por medio del Centro de

Apoyo y Capacitación para empleadas del Hogar, sin que México haya firmado el convenio 189 de la OIT.

Otra de las características es que dentro de este trabajo se pueden realizar diferentes tareas que engloban múltiples actividades: lavar, planchar, cocinar, cuidar niños, personas mayores, cuidar enfermos y animales, hacer compras al mercado o supermercado. Es decir, una hay diversidad de ocupaciones y el grado de sofisticación involucrada; esto es, distintas maneras de preparar alimentos y variedad o calidad (Pedrero, 2002) por lo que cada trabajadora tendrá distintas formas de realizar las actividades encargadas.

El salario, caracteriza al trabajo del hogar, como un trabajo precarizado ya que queda a voluntad de los empleadores y cada trabajadora puede percibir de uno a dos salarios mínimos por lo que los salarios no son justos ni dignos (CACEH, 2018). La más importante es que el trabajo del hogar está subvalorado social y culturalmente ya que es un trabajo reconocido como improductivo por no generar plusvalía, (Cebollada ,2017) y se ve reflejado en un salario mínimo.

Así, que la subvaloración social y cultural es una característica más a la problemática del trabajo del hogar, sumada al salario, horas extras no pagadas, no definir las labores que deben realizar y no contar con seguridad social son consecuencia de la desprotección laboral con la que cuenta esta población. Además de sufrir discriminación, por ser un grupo disperso por la manera en que se sitúan en los lugares de trabajo dificulta la visibilidad de sus condiciones laborales (Brites, Tizziani, & Gorbán, 2013).

#### **4.4. Reproducción social y modos de reproducción**

Para esta investigación fue necesario construir el marco teórico que nos permitió entender; cómo es que el trabajo doméstico se puede analizar a partir de otras teorías y enfoque, indagando a partir de los siguientes conceptos como: reproducción social, modos de producción, salud, enfermedad, procesos de salud-enfermedad y su relación con la salud en el trabajo.

De acuerdo a Marx (1970), la reproducción social es un proceso donde el mundo se reproduce socialmente tanto en la vida cultural y material que está condicionado por las relaciones materiales que los hombres establecen entre sí. Es decir es la manera en que las personas interaccionan reproduciendo patrones, normas y costumbres dentro de la vida cotidiana y de la vida laboral para generar bienes y servicios (Citado en Enriquez, 2003).

Sobre la reproducción social nos enfocaremos en aquella relacionada con la reproducción material y su relación con la salud en el ámbito laboral. Los modos de producción son catalogadas de acuerdo a los diferentes periodos como lo es el esclavista, el feudal, el capitalista y el comunista. En el modo de producción capitalista que surge a finales del siglo XIV, época que se caracteriza por un desarrollo tecnológico así como el aumento de la producción de bienes y servicios. En el ámbito laboral se comienza a darle importancia a la atención en salud de la clase trabajadora donde la enfermedad afecta la producción (Cordona, 1988). En este contexto, las relaciones sociales de producción se establecen a partir de quien es dueño de los medios de producción y los que venden su fuerza de trabajo en el proceso productivo, donde la clase trabajadora es explotada y el trabajo excedente se da en forma de plusvalía para los dueños de producción, dando origen a las clases sociales (Citado en Enriquez, 2003).

Los conceptos de modo de producción y salud en el trabajo están interrelacionados en la sociedad a través del tiempo ya que en todas las culturas han tenido que producir y han tratado de resolver los problemas relacionados con la enfermedad en cuanto a sus causas y naturaleza que se reflejan en las condiciones de la vida material para asegurar su subsistencia.

Por tanto, el modo de producción está definido como un proceso en donde los hombres de una determinada época producen socialmente bienes y servicios. Este modo de producción está conformado por elementos tanto materiales como humanos, relaciones sociales de producción y las condiciones laborales. Ya que los hombres de una sociedad necesitan de vestido, alimentación, vivienda, trabajo, descanso y recreación para poder vivir, por lo que la producción, distribución

y consumo de los bienes y servicios dentro de un proceso económico, son actividades relacionados con el desarrollo de una sociedad (Citado en Enriquez, 2003) que se expresan en los perfiles de salud y enfermedad y muerte de los grupos sociales (López, et al., 2008).

Al desglosar las categorías conceptuales de Marx, e ir relacionándolo con el trabajo doméstico se puede observar que:

- **Los medios de producción:** Comprenden los instrumentos y materiales que intervienen en el proceso de trabajo (máquinas, y herramientas).
- **La fuerza productiva:** corresponde a la fuerza de trabajo ejercida por los seres humanos en el manejo de las herramientas.
- **Las relaciones sociales de producción:** son las relaciones económicas que se establecen entre las personas según la posición que ocupan en el proceso productivo, la clase dominante corresponde a los dueño de los medios de producción y la clase dominada , es quienes venden su fuerza de trabajo.
- **Las condiciones laborales:** son los riesgos (físicos, biológicos y químicos) así como la las exigencias que comprenden la jornada, el salario y la supervisión (Citado en Enriquez, 2003).

De acuerdo a la teoría marxista, el trabajo del hogar presenta las mismas características que describen la manera en que las personas se relacionan para producir bienes y servicios dentro de un sistema de jerarquías, así como desigualdades, entonces en el campo del trabajo del hogar: las fuerzas productivas, serían conformadas por las trabajadoras del hogar; y los medios de producción son las herramientas que son utilizadas durante el trabajo. En las relaciones sociales de producción, esta relación se establece cuando una trabajadora del hogar vende su fuerza de trabajo a su empleadora, durante sus horas de trabajo se generan vínculos asimétricos entre la empleada y la empleadora en donde están expuestas aparte de otros elementos, a una relación de dominación en donde una manda y otra obedece.

En las condiciones laborales del trabajo del hogar remunerado, también podemos encontrar que las trabajadoras también están expuestas a riesgos; físicos, químicos y biológicos derivados del trabajo como se observará más adelante.

En los modos de producción se habla de generar plusvalía, sin embargo las trabajadoras del hogar al realizar un trabajo excedente de la jornada laboral establecida no lo generan en forma de ganancia para su empleador sin embargo siguen generando un servicio sin el salario correspondiente.

Por su parte, las trabajadoras al percibir un ingreso monetario, les permite acceder a bienes y servicios a partir de la venta de su fuerza de trabajo y con ello mejorar sus condiciones de vida, como es la vivienda, alimentación, educación y salud. Sin embargo muchas veces es un salario que no alcanza a cubrir las necesidades básicas para poder subsistir, por lo tanto, tienen condiciones materiales de vida precarias. Como resultado tanto las herramientas, las relaciones asimétricas, los riesgos y exigencias son elementos que comprenden a las condiciones laborales. De manera que el trabajo doméstico también “[...] está conformado por las fuerzas productivas y relaciones de producción [...]” (Enríquez, 2003, p.2).

Desde esta teoría, las trabajadoras del hogar tienen un papel muy importante dentro de este modo de producción capitalista. Primero porque es una población que brinda un servicio que beneficia a la economía del país ya que sin ellas, tanto hombres y mujeres, no podrían desarrollarse en otras actividades que permiten “a la vez que haya una reproducción social, que es la manera en que los hombres reconocen, producen y reproducen las acciones y las estructuras sociales” (Rizzo, 2012, p.283).

Por eso se debe considerar el trabajo del hogar remunerado como un trabajo de gran importancia, igual que otros que tiene el objetivo de generar un servicio para satisfacer las necesidades de una población en específico de otros hombres y mujeres que se han podido insertar en otros sectores de la economía y han delegado las actividades del hogar a otras personas.

#### 4.5. Proceso de salud enfermedad

En los diferentes modelos de producción, la salud como la enfermedad ha estado presente durante la historia de los seres humanos. Los temas de salud y Enfermedad son de suma importancia porque en esta investigación es necesario tocar el tema de salud y enfermedad porque permite entender y explicar ciertas conductas y situaciones en las que se desarrolla el trabajo doméstico remunerado.

La OMS (1948), define a la salud como; “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1998, p.10) sin embargo este concepto de salud ha sido tema de discusión en el campo de la promoción de la salud en donde es entendida como “un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva” (OMS, 1998).

Con esta definición se reconoce como un derecho humano fundamental de manera que es “un recurso necesario para la vida cotidiana, y no como el objeto de la vida; en salud—entendida en un sentido positivo- se pone de relieve los atributos y recursos sociales y personales así como las capacidades físicas del individuo” (Cerqueira, et. al., 2003, p. 37).

En la epidemiología tradicional, la enfermedad se conoce como un proceso biológico del individuo visto como una alteración, es un proceso natural de los seres humanos a nivel celular y como un desequilibrio entre un agente y un huésped, según estas definiciones la salud es lo contrario a la enfermedad (Laurell, 1982). En la medicina tradicional o hegemónica, admite que la enfermedad es determinada de acuerdo a los estilos de vida (Laurell, 1994). Es decir que las personas enferman a causa de las diferentes conductas o hábitos que realizan de manera individual o colectiva que afectan la salud. Desde la perspectiva crítica es un proceso, un fenómeno que se articula en dos momentos: el de salud y el de la enfermedad que expresan las desigualdades sociales (Laurell, 1982).

El proceso de Salud y enfermedad (PSE): es definido como un proceso biológico de desgaste y reproducción en un grupo específico que repercute en las actividades cotidianas (Laurell, 1982). Reconociendo desde esta dimensión material que la salud y la enfermedad está relacionado con los procesos sociales como parte importante en la producción de las condiciones colectivas en el proceso de salud–enfermedad (PSE), considerada “como un hecho colectivo en su doble dimensión social- biológica” (López & Blanco, 1994, págs.374).

Por otra parte la salud estudiada como un fenómeno social permeada por las desigualdades sociales existentes. La desigualdad social es un problema estructural que proviene de los sistemas políticos y económicos de la sociedad en donde las desigualdades y la pobreza se relacionan, manifestándose en los estados de salud de los colectivos ya que son responsables del deterioro de la salud con el paso del tiempo. López y Blanco (1994) refieren que el PSE puede explicarse desde dos teorías sociológicas a las que se les denomina teoría del consenso y el conflicto. En la teoría del consenso explica la manera en que se estructura la sociedad dentro de un sistema de recompensas de acuerdo a las capacidades y habilidades de cada persona, se regula el conflicto por medio de sanciones para mantener un orden social, caracterizado por la estratificación social.

De acuerdo a teoría del consenso, la desigualdad social es justa y no se puede evitar. La enfermedad se conceptualiza como una falla, que no permite a las personas estar bien, para llevar a cabo las tareas y roles ya establecidos dentro de una sociedad, por lo que la enfermedad requiere de atención, cuidados y de instituciones en donde existe una relación de médico y paciente. La enfermedad se comprende como una alteración que además tiene una solución, para buscar la atención, para restablecer la salud y seguir produciendo (López & Blanco, 1994).

En la teoría del conflicto se hace énfasis en el cambio social que busca la igualdad social que pone en contradicción la manera de producir colectivamente, la propinación y distribución desigual de la riqueza generando luchas sociales. En

el caso del modo de producción capitalista la apropiación es privada y la distribución es desigual, según esta teoría, las desigualdades sociales son injustas, innecesarias que se puede evitar. La enfermedad es considerada como una necesidad y como potencialidad, para que se desarrollen las capacidades humanas satisfaciendo las necesidades básicas como la alimentación, vivienda, educación y servicios de salud deben ser satisfechos (López & Blanco, 1994).

En este sentido la salud y la enfermedad y su respuesta social en salud, han estado históricamente determinados por los procesos sociales por ejemplo: la cultural, la política y la economía (López & Blanco, 1994). De acuerdo a sus saberes y prácticas que están relacionadas con el desarrollo de cada sociedad. Las personas han podido y podrán hacer uso de los diferentes modelos de acuerdo a sus necesidades, como lo es el uso de la medicina hegemónica, prácticas reconocidas como tradicionales o aquella basada en el diagnóstico y la atención por las mismas personas o alguna otra persona (Menéndez, 1992).

Así que la naturaleza social de la enfermedad no solo es percibida desde un caso clínico sino como el modo característico de enfermar y morir de un grupo que comparten ciertas características sociales, más las biológicas, creando un perfil patológico característico. Demostrando que los procesos de salud y enfermedad están determinados por el modo en que las personas se apropian de la naturaleza en un momento determinado y de la apropiación por medio del trabajo de acuerdo a las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción (Laurell, 1982).

#### **4.6. Determinantes sociales de la salud (DSS)**

La desigualdad social, determinada por la manera en que las personas ocupan un lugar en esta la jerarquía, en éste modo de producción capitalista, viéndose reflejada en las posibilidades de las personas para desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. De ahí que sea necesario un enfoque integral para su estudio, como es el enfoque de los Determinantes Sociales de la salud (DSS) que en su conjunto son factores de origen social que explican las diferencias que determinan el estado de salud de las personas (Santos, 2011). La OMS, define a los

DSS, como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2017). De manera que pueden explicar las inequidades existentes en salud dentro la desigualdad social.

Santos (2011) agrupa en 6 dimensiones a los DSS en una dimensión integral:

- En el ámbito material en donde se toma en cuenta el ingreso familiar de manera personal y familiar, la accesibilidad a mejores empleos, a los servicios sanitarios, las condiciones sanitarias de lugar de residencia, la educación , como un elemento de protección a lo largo de su vida.
- Los factores relacionados a la ocupación: de esto depende la posición del individuo en la estructura social que facilita el acceso a los servicios sanitarios, producción de diferentes niveles de estrés psicológicos y que influyen en el comportamiento en los diferentes estilos de vida.
- El medio ambiente relacionado con el impacto a la salud de acuerdo al entorno donde trabajan, estudian, viven y envejecen aunado a los servicios sanitarios con los que cuentan.
- Los factores psicosociales: relacionados con el estrés social.
- Los factores de la vida: relacionado con algún acontecimiento como la educación, la clase social, condiciones sanitarias durante la infancia.
- Otro factor es e la etnia o raza ya que estos pueden limitar el acceso social que influye en el acceso a los servicios de salud, vivienda, educación y saneamiento (Santos, 2011).

Así que los DSS se pueden agrupar en estructurales e intermedios; en los estructurales se encuentran las formaciones socioeconómicas, políticas, culturales así como sociales que comprenden gobiernos, políticas sociales, y el mercado del trabajo. En los proximales o intermedios como condiciones materiales en cuanto a servicios básicos, saneamiento, acceso a bienes y servicios, el salario así como las condiciones de trabajo. En los factores conductuales y biológicos está el sexo la edad, alimentación, la calidad de vida y los estilos de vida que dañan a la salud. En

los factores circunstanciales psicosociales se encuentra la violencia y el estrés. En el de sistemas de salud se encuentran el acceso y la cobertura en salud.

Por lo que la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud visibiliza la relación sobre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud dando importancia al aspecto social que tienen que ver con las condiciones de enfermar y morir de una población para resolver los problemas de salud y enfermedad de los colectivos.

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (CDSS, 2008:14)( Como se citó en López, Escudero & Dary 2008, p. 326).

A partir de los DSS se pueden explicar la forma en la que las personas enferman y mueren en un tiempo determinado así como que la mayor parte de las inequidades en salud que son injustas e innecesarias y se pueden evitar. Y se reconoce que durante el PSE se encuentran los modelos de atención médica, que han permitido la producción y la reproducción en la vida cotidiana.

Por su parte la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC) asume a la salud como un asunto de carácter biopolítico. Es decir que la política determina la manera en que se distribuye el poder económico y social que tienen impacto nivel global, así que desde esta postura las acciones y las decisiones políticas tendrían que estar enfocadas a superar las desigualdades en cuanto a la distribución del poder. Así que los DSS permiten visibilizar los aspectos estructurales que influyen en la salud de los colectivos y que sirve como una herramienta para comprender las causas de desigualdades sociales injustas e

innecesarias dentro de este sistema capitalista que se caracteriza por el individualismo, la destrucción de la sociedad, por la acumulación del capital y el consumo. De acuerdo MS-SC y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) el generar procesos políticos en donde los actores principales sean los pueblos, gobiernos progresistas y académicos, mediante la incorporación a organizaciones y de movimientos sociales, permite incidir en el fortalecimiento de los recursos así como el uso de las capacidades políticas para influir en la distribución de los recursos de la sociedad (López, Escudero & Dary 2008).

#### **4.7. Salud en el trabajo**

Dentro de DSS, el trabajo en uno de los temas de gran importancia ya que permite a las personas desarrollarse en una actividad segura para proteger su salud porque es uno de los factores importantes de donde se parte para el desarrollo de las personas. Sin embargo en el campo del trabajo del hogar remunerado no se han identificado y no se han valorado las condiciones de trabajo como los riesgos y exigencias, tampoco las medidas de seguridad, que son muy importantes para este grupo de mujeres que laboran en esta actividad que les pueden ocasionar daños a la salud.

Como lo señala Parra (2003), las personas que acceden a un trabajo, tienen que cubrir sus necesidades económicas básicas y que al mismo tiempo, las personas puedan acceder a un empleo que las satisfaga y lo más importante que pueda tener una serie de lineamientos en cuestión de seguridad para mantener un buen estado de salud. Los daños a la salud relacionados con el trabajo son los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Parra, 2003). Así que las condiciones de trabajo entendidas como aquellos factores que comprenden la organización, la supervisión, el tiempo, la remuneración, la tecnología involucrada y la fuerza de trabajo, el medio ambiente como el lugar donde se lleva a cabo la actividad y donde se pueden clasificar los riesgos. “De seguridad: riesgo eléctrico, de incendio, uso de herramientas, deficiente señalización de espacios de trabajo. Riesgo de caídas o golpes. Del medio ambiente físico: temperatura, humedad, ruido, radiaciones, iluminación. Contaminantes: químicos y biológicos.

Ergonómicos: herramientas o puestos de trabajo que provocan daños por posturas inadecuadas. Psicosociales: interacción de factores organizativos, del contenido de la tarea y del clima laboral (SST, 2014, p.26).

Las enfermedades de trabajo relacionadas con las actividades laborales son: “dolor de espalda, el dolor de cuello, dolor en miembro superior, estrés, cefalea, dolor en miembro inferior y alteraciones de la visión o fatiga visual. Entre las Enfermedades Profesionales reconocidas legalmente, corresponde a las dolencias conocidas como trastornos músculo-esqueléticos (lesiones de los músculos, tendones y nervios) y a las dermatosis profesionales” (SSL, 2010, p.13).

Por lo tanto en trabajo se pueden identificar tres tipos de factores de riesgos: El primero hace referencia a los factores de riesgo: los cuales dependen de las características materiales del trabajo.

“Existe un riesgo intrínseco de materiales, máquinas y herramientas: pueden ser muy pesadas o de mucho volumen, las superficies pueden ser cortantes e irregulares, la complejidad de máquinas y herramientas puede hacer muy difícil su manejo. También influyen las características fisicoquímicas de máquinas y herramientas y las formas de energía que utilizan. Los pisos húmedos, resbalosos y/o en mal estado, locales mal iluminados, ausencia de normas de trabajo seguro; falta de elementos de protección personal y de maquinaria segura o en buen estado, son factores de riesgo que generan gran cantidad de accidentes. Las características de temperatura, humedad, ventilación, composición del aire ambiental, etc. son factores que influyen en accidentes y enfermedades” (Parra, 2013, p.2).

El segundo son los factores sociales de riesgo: que son los aspectos individuales de cada persona que permiten realizar el trabajo requerido, de acuerdo a edad, sexo, actitud hacia el trabajo y actitud frente al riesgo.

Y el tercero son los factores de organización son aquellos que tienen que ver con los factores como organización en el trabajo tomando en cuenta una jornada extensa o tener un ritmo acelerado que puede ocasionar fatiga exponiéndose a una mayor probabilidad de tener un accidente de trabajo. Las que tienen que ver con la relación laboral, como lo es la supervisión y vigilancia pueden desconcentrar al trabajador al realizar su tarea y el salario también influye ya que los bajos salarios

pueden producir descontento al realizar su trabajo que a la vez influye para sumar horas de trabajo que resulta en fatiga (Parra, 2013).

En materia de salud y seguridad en el trabajo (SST), se señala que los problemas de salud están relacionados con factores del ambiente laboral durante el proceso de trabajo, las relaciones técnicas, sociales y de gestión, es decir, las condiciones de trabajo repercuten en la salud, como se puede observar en la siguiente tabla se presentan los factores de interés para esta investigación de acuerdo al manual de Salud y seguridad en el trabajo.

Clasificación de riesgos, daños y medidas preventivas			
Tipo de riesgo		Posibles daños a la salud	Medidas preventivas
Riesgos de seguridad	Objetos, [...] protecciones de partes peligrosas y/o ubicación tienen la capacidad potencial de producir accidentes.	Accidentes de todo tipo: atrapamiento, golpes, choques, caídas, cortes, aplastamientos, lesiones oculares. Especial incidencia de las caídas de altura.	[...]Medidas de protección: utilizar los elementos de protección colectiva e individual indicados (arnés, cascos, botas, etc.).
Riesgos del medio ambiente físico	Temperaturas extremas(frio o caliente)	Efectos directos: resfriados, deshidratación, golpe de calor. Efectos indirectos: alteraciones de la conducta, aumento de la fatiga, incomodidad. Mayor probabilidad de accidentes	Climatización. Ropa adecuada. Rotación de los trabajadores.
	Radiaciones ionizantes: rayos X. Radiaciones no ionizantes: efectos del sol.	Alteraciones en la sangre y material genético. Quemaduras, lesiones oculares.	Aislamiento conveniente de la fuente emisora y proteger al trabajador con la ropa adecuada. Ropa de trabajo que sea una barrera entre la fuente emisora y el operario.
Riesgos químicos	Químicos: almacenamiento o uso puedan incorporarse al ambiente como aerosol, gas o vapor. Ingresan al organismo por piel, vía respiratoria, aparato digestivo, o heridas	Efectos corrosivos, irritantes, neuromoconióticos (alteración pulmonar), asfixiantes, cancerígenos, mutagénicos (alteración del material genético) y teratogénicos (durante la gestación causa defectos congénitos), sistémicos (alteración de órganos y/o sistemas). Los efectos dependen de la concentración y tiempo de exposición.	Etiquetado de las sustancias (texto adecuado a la comprensión de los trabajadores). Información sobre las sustancias que se manipulan. En la medida de lo posible, reemplazo por sustancias de menor o nula toxicidad, para evitar la propagación y proteger al trabajador con los elementos adecuados: barbijos, protectores oculares, etc.
Riesgos Biológicos	Biológicos: bacterias, protozoos, virus,	Enfermedades que se transmiten de los animales al	Higiene en los lugares de trabajo y vestuarios; en

	hongos, gusanos, parásitos.	hombre y viceversa. Se llaman zoonosis.	estos casos es fundamental el uso de guantes y todas las prendas que ofrezcan protección.
Riesgos ergonómicos	Ergonomía es la adaptación del puesto de trabajo al hombre. Objetos, puestos de trabajo y herramientas que, por el peso, tamaño, forma o diseño, obligan a sobre esfuerzos, movimientos repetitivos y mantenimiento de posturas inadecuadas. Se pueden producir daños por esfuerzos posturales, estáticos (estando “quietos”) o dinámicos (desplazamiento de cargas, posturas, movimientos repetitivos)	Provocan gran parte de las lesiones en la espalda, desgaste anormal de las articulaciones y los músculos, síndromes del túnel carpiano, tendinitis, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares, etc. Fatiga física no recuperable. incrementa los efectos dañinos de otros contaminantes, ya que por fatiga se inhala mayor cantidad de aire.	Adecuado diseño de los puestos de trabajo (mobiliario ergonómico que existe en variedad en el mercado), rotación de las tareas, períodos de descanso, duración de la jornada laboral y regulación de las cargas a manipular
Riesgos psicosociales	Afectan la psiquis en sus aspectos emocionales, intelectuales y sociales. Se da la interacción de factores organizativos (duración, horarios, ritmo de trabajo y lugar donde se desarrolla la tarea), del contenido de la tarea (cantidad y calidad de información que se recibe y procesa que se puede llevar a sobrecarga, por excesivas exigencias o subcarga de trabajo, por tareas monótonas y repetitivas), del clima laboral (estilo de mando, relaciones interpersonales, posibilidades de ascenso). También pueden darse situaciones de mobbing (hostigamiento en el trabajo por una o varias personas que ejercen presión psicológica	Se relacionan con las características de los trabajadores. Si las demandas del medio ambiente de trabajo superan las capacidades de los trabajadores para hacerles frente se dan síntomas que conducen a cuadros de estrés. Reacciones psicofisiológicas (fatiga, irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad) y comportamentales (consumo de medicamentos, retraimiento social, tabaquismo, violencia). Hipertensión arterial, ansiedad generalizada, trastornos de adaptación, depresión y trastornos músculo-esqueléticos. Enfermedades cardiovasculares. Burn out: colapso emocional y cognitivo.	Los factores organizativos de horarios rotativos y ritmos deben evaluarse continuamente y debe darse participación a los trabajadores en la búsqueda de estrategias que mejoren la situación (transporte, alimentación en turnos nocturnos, etc.). La sobrecarga y la subcarga de trabajo mejoran dando variación a las tareas y rotando a los trabajadores. Las situaciones que llevan a cuadros paulatinos de estrés deben ser detectadas como señal de alarma para rever aspectos de la organización y contenido de la tarea. Los cuadros de mobbing (hostigamiento laboral), acoso sexual y violencia laboral deben ser detectados, denunciados y solucionados con la intervención de superiores, compañeros de trabajo, especialistas y autoridades laborales.

	extrema, continuada y sistemática durante un tiempo prolongado sobre otra persona en el lugar de trabajo). Acoso sexual y violencia laboral.		
--	--	--	--

Tabla de Salud y Seguridad en el trabajo: Aportes para una cultura de la prevención. (MT, ESS & OIT, 2014, p.27-28).

Las dos dimensiones: condiciones de trabajo y de medio ambiente desde se puede determinar la situación en la que se encuentran los trabajadores a nivel individual como colectivo. A partir de esto las acciones están dirigidas principalmente la prevención y control de accidentes de trabajo así como las enfermedades profesionales tomando en cuenta la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo (SST, 2014).

No obstante, también es necesario tomar en cuenta los derechos laborales ya que el principal problema, es que en México, en el marco de las trabajadoras del hogar no se les han reconocidos los derechos laborales. El no reconcomiendo de sus trabajo es una manifestación de discriminación, viéndose reflejada en la falta de medidas de seguridad e higiene, en prevención de riesgos y accidentes y de salarios dignos (Enadis, 2010).

En el Convenio 189, sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, convocado en Ginebra en el año 2011. Se establece 27 artículos en este convenio, donde los miembros deberán proteger el derecho de los trabajadores domésticos así como de sus empleadores garantizando las medidas necesarias para hacer valer estos derechos.

En su artículo 3, 4 y 5 se menciona el derecho a la libertad sindical y la libertad de asociación, la eliminación de todas las formas de trabajo forzoso, la abolición del trabajo infantil y la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación. La edad para trabajar debe respetarse de acuerdo a la edad mínima establecido para los trabajadores en general, sin embargo para aquellos

menores de edad que realicen trabajo doméstico, los miembros deberán adoptar medidas para que no los prive de la escolaridad o de oportunidades de acceder a la educación. Se deben de adoptar medidas para asegurar que los trabajadores domésticos gocen de una protección efectiva contra toda forma de abuso, acoso y violencia.

Para las condiciones de trabajo en su artículo 6,7y 10 las trabajadoras deben de gozar condiciones de empleo equitativas y condiciones de trabajo decente así como para las trabajadoras que residen en el hogar para el que trabajan y se tienen que respetar su privacidad (OIT, 2018).

A las trabajadoras les tiene que informar sobre sus condiciones de empleo de forma adecuada y fácilmente comprensible. De esta manera los contratos tienen que estar por escrito en conformidad con la legislación nacional o con convenios colectivos. Este contrato tiene que tener las siguientes características:

“a) el nombre y los apellidos del empleador y del trabajador y la dirección respectiva;

b) la dirección del lugar o los lugares de trabajo habituales;

c) la fecha de inicio del contrato y, cuando éste se suscriba para un período específico, su duración;

d) el tipo de trabajo por realizar;

e) la remuneración, el método de cálculo de la misma y la periodicidad de los pagos;

f) las horas normales de trabajo;

g) las vacaciones anuales pagadas y los períodos de descanso diario y semanal;

h) el suministro de alimentos y alojamiento, cuando proceda;

i) el período de prueba, cuando proceda;

j) las condiciones de repatriación, cuando proceda; y

k) las condiciones relativas a la terminación de la relación de trabajo, inclusive todo plazo de preaviso que han de respetar el trabajador doméstico o el empleador.” (OIT, 2018, pág. 4)

Las horas de trabajo tienen que ser de 8 horas como en cualquier otro trabajo, recibir compensaciones por horas extras, contar con vacaciones y horas de descanso semanalmente así como vacaciones pagadas.

En cuanto al Salario en el artículo 11 y 12 se establece un salario mínimo en efectivo proporcionado en forma regular o al mes. En cuanto a los pagos en especie, estos deberán ser acordados con las trabajadoras que deben ser con un valor monetario justo y razonable con una finalidad de uso y beneficio personal de las trabajadoras.

El artículo 13, 14 15 y 16 se refiere a los derechos y beneficios. En el primero está dirigido en cuanto a seguridad donde el trabajo debe de ser seguro y saludable de acuerdo a las características específicas del trabajo doméstico como las aplicadas en cualquier otro lugar. Las trabajadoras también tienen derecho a la protección social y el derecho a la maternidad (Artículo 14). El en artículo 15 se refiere a las trabajadoras colocadas por agencias de empleos privados deberán asegurar la existencia de mecanismos y procedimientos para quejas, abusos o alguna práctica fraudulenta en relación a las trabajadoras domésticas para proceder legalmente y finalmente en el artículo 16 está el derecho a un acceso efectivo a los tribunales o a cualquier otro mecanismo de resolución de conflicto como cualquier otro trabajador (OIT, 2018).

## 5. Capítulo IV Metodología

La metodología se pensó a partir de la pregunta de investigación ¿Cuáles son las condiciones laborales y de vida que influyen en la salud de las trabajadoras del hogar?, de esta manera este estudio es de tipo transversal cuantitativo y nos permite observar los estados de salud y enfermedad de la población específica a estudiar que se realizó del 13 al 23 de Marzo del 2018 en la CDMX.

### 5.1. Población, Muestra, Método e Instrumento de recolección de datos.

La población de mujeres que se dedica al trabajo del hogar remunerado de acuerdo al INEGI 2017: son 171,867 mujeres registradas dentro del sector informal para la Ciudad de México (CDMX).

El muestreo es de tipo no probabilístico ya que es a conveniencia, (Hernández et. al, 2010). Es decir, sólo participaron mujeres que trabajan remuneradamente en las labores del hogar de todas las edades y que vivan en la CDMX.

La muestra se decidió en función de los tiempos y costos, así como los recursos humanos para poder aplicar las encuestas, así mismo la dificultad para identificar a las trabajadoras, razón por la cual se consideró estudiar a 50 mujeres de esta población que es el mínimo de personas que se necesitan para una investigación (Dalle, et.al., 2005). Por lo que el error calculado  $e=(1.96*\sqrt{((0.5*0.5/50)))}$  es del 14%, teniendo una asertividad del 86% de la muestra.

El método para la recolección de datos fue mediante la estrategia de bola de nieve o cadena, que tiene el objetivo de hacer contacto con los casos de interés (Salgado, 2012). En este caso se localizó a una trabajadora del hogar, a la cual le pedimos el contacto de otra y a su vez de otra, hasta poder conseguir la muestra que se deseaba. Considerando a las trabajadoras del hogar de difícil acceso ya que el trabajo se mantiene en lo privado incluso no se tiene noción de las personas que se dedican al trabajo del hogar. Tomando en cuenta el tipo de trabajo, los cuestionarios

se aplicaron en el domicilio indicado; el de ellas o de sus empleadoras en los horarios dispuestos por ellas.

Se construyó un cuestionario individual como instrumento de investigación sobre las condiciones laborales, de vida y de salud de las trabajadoras del hogar. Este cuestionario se basó en el Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los trabajadores (PROESSAT). Se seleccionaron las preguntas que pudieran ser contestadas de acuerdo al trabajo doméstico. Este cuestionario está estructurado por cinco apartados que abarcan varios temas de interés como son; datos generales, condiciones de trabajo, riesgos y exigencias, valoración del trabajo, alimentación y condiciones de salud. Hay preguntas abiertas, cerradas o de opción múltiple, que nos permitirán obtener aspectos relevantes que nos darán la información necesaria para esta investigación (Anexo I).

## **5.2. Plan de análisis**

Para el análisis de los datos obtenidos de las encuestas, primero se codificaron y se capturaron en una base de datos. Para este proceso se utilizaron programas como Microsoft Excel y el programa Stdisk estos dos software fueron las herramientas que nos permitieron obtener la información requerida. En el análisis descriptivo, se calcularon promedios y se hicieron los cortes determinando el número de clase de los datos ( $K = (\log n) 3.322.1+1$ ), el rango (Rango= dato mayor-dato menor) y la amplitud del rango ( $A=R/K$ ) para determinar la distribución de las frecuencias agrupadas de acuerdo a las variables cuantitativas como edad, salario gastos en pasaje y años laborados. Posteriormente se obtuvieron frecuencias absolutas y frecuencias relativas para las demás variables que nos permite obtener en conjunto la descripción de los datos sociodemográficos y las condiciones de trabajo y el perfil patológico.

Como menciona Delgado y Álvarez (2015) para estudios transversales la razón de prevalencias [RP] (prevalence ratio por sus siglas en inglés) usualmente se utiliza para la estimación de prevalencias para ver la asociación entre un evento de interés y factores relacionados. Como en este caso se desea estimar las prevalencia

de una enfermedad en relación a la presencia o ausencia de una exposición en un tiempo determinado (Delgado & Álvarez, 2015).

De esta manera en el análisis bivariado, la razón de prevalencia es un indicador epidemiológico que su interpretación es: valores igual a 1 indican ausencia de asociación, no-asociación o valor nulo. Valores menores a 1, indica asociación negativa, determinando como un factor protector, valores mayores a 1 indica asociación positiva, factor de riesgo. La RP presenta cuántas veces más ocurre el evento entre el grupo expuesto al factor, con respecto al grupo no expuesto (Delgado & Álvarez, 2015).

Finalmente para demostrar que las condiciones de trabajo y las condiciones de salud están relacionadas se construyeron los intervalos de confianza al 95 % (IC al 95%) y se aplicó un prueba t de Student, todas estas pruebas permiten determinar la asociación entre las variables.

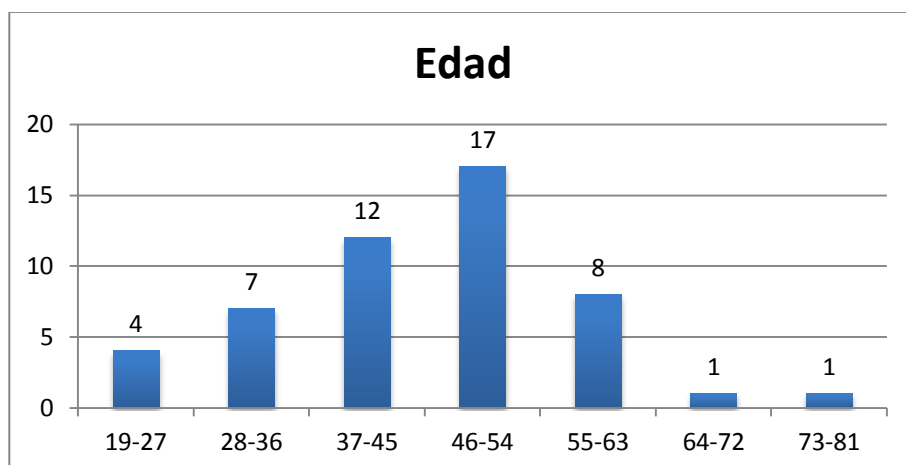
## 6. Capítulo V Resultados de la investigación

### 6.1. Perfil sociodemográfico de las trabajadoras del hogar

Las mujeres de este estudio radican en la Delegación Tlalpan (82%), Iztapalapa (12%) y Xochimilco (6%), pero son originarias principalmente de la CDMX (34%), así como de los Estados de Puebla (30%), Oaxaca (14%), Veracruz (8%), Hidalgo (6%), Estado de México (4%), Michoacán (2%) y Guerrero (2%).

La edad promedio de las trabajadoras del hogar es de 45.32 años, al distribuirlos por rangos de edad, el 34% de las mujeres que participaron en la investigación tiene una edad entre 46 y 54 años, el 24% corresponde entre 37 y 45 años, el 16% entre 55 y 63 años, el 4% entre 64 y 81 años. También participaron mujeres jóvenes de 19 a 27 años que representan el 8%, y de 28 a 36 años con un 14% (Gráfica N°1).

**Gráfica N°1. Grupos de edad de las trabajadoras del hogar**

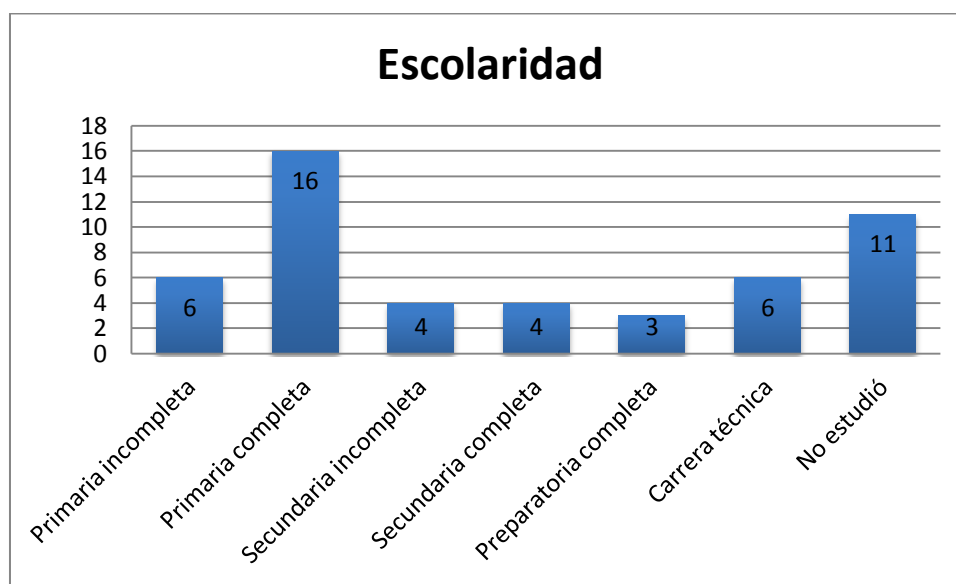


Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 6.2. Escolaridad

El nivel de escolaridad completa de las mujeres fue de 32% a nivel primaria, el 8% secundaria, el 6% cuentan con preparatoria y el 12% cuenta con una carrera técnica. Por su parte el 12% cuenta con la primaria incompleta y el 8% de las mujeres cuentan con la secundaria incompleta y el 22% no cuenta con ningún nivel de escolaridad (Gráfica N°2).

**Gráfica N°2. Escolaridad de las trabajadoras del hogar**



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

El estado civil de esta población corresponde principalmente a mujeres casadas o que están en unión libre con un 60%, las mujeres solteras, divorciadas y viudas representan el 40%. El promedio de hijos es de dos, el 5% cuenta con un hijo menor de 5 años y el 72% con un hijo menor de 18 años.

## 6.3. Condiciones materiales

El 60% de las trabajadoras cuenta con vivienda propia, heredada de los padres o pareja, el 34% renta y el 6% vive en una casa prestada. El 76% de las viviendas cuentan con 1 a 2 cuartos y el 24% de 3 a 4 cuartos. El número de habitantes por vivienda es de 3 a 4 personas 56%, el 24% refirieron de 5 a 6

personas, el 16% corresponde de 1 a 2 personas y 4% de 7 a 8 personas por vivienda.

Las condiciones actuales de la vivienda se presentan como mejores con un 24%, el 74% menciono que siguen iguales y el 2% como peores, que se interpreta como 2 de cada 100 mujeres refirieron no contar con los recursos para mantener su vivienda en buen estado, e incluso ha empeorado.

Los servicios con los que cuenta la vivienda son: 88% refirió tener agua entubada, 84% drenaje y 100% cuenta con energía eléctrica. Los bienes materiales con los que cuentan las trabajadoras en sus casa son: Televisión (98%), Teléfono (40%), Horno de microondas (60%), aparatos de sonido (42%), DVD (34%), Refrigerador (82%) y Televisión por cable (18%). Cabe mencionar que las trabajadoras se referían a sus bienes como viejos y que no han podido comprar unos nuevos (Tabla N°1).

<b>Tabla N°1. Perfil Socioeconómico de las trabajadoras del hogar</b>		
La vivienda	(n)	p*
<b>Servicios con los que cuenta la vivienda</b>		
Agua entubada	44	88
Drenaje	42	84
Luz	50	100
<b>Bienes materiales</b>		
Televisión	49	98
Teléfono	20	40
Horno de microondas	30	60
Aparatos de sonido	21	42
DVD	17	34
Refrigerador	41	82
Televisión por cable	9	18

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

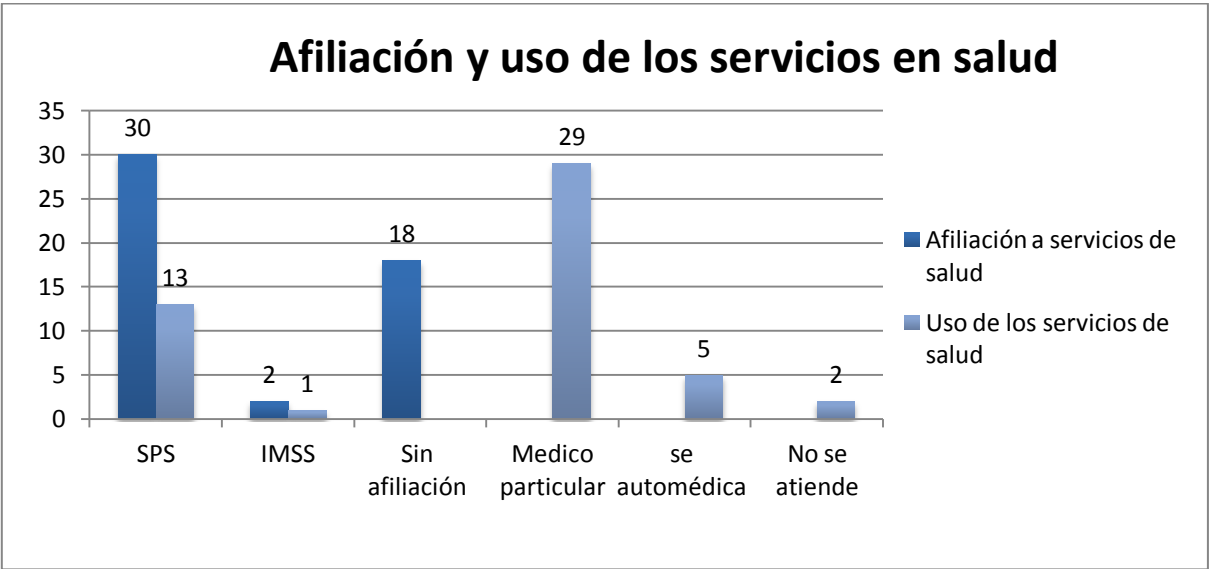
**6.4. Seguridad social**

Al indagar sobre la afiliación de las mujeres a alguna de las instituciones o programas para el acceso a los servicio de salud como: SS, IMSS-O y SPS, el 60% cuenta con el seguro popular (SPS), de los cuales solo el 26% asiste al centro de salud cuando tiene algún problema de salud.

El 4% está afiliado al IMSS y solo el 2% hace uso de este servicio. Las trabajadoras destacaron que la afiliación al seguro popular o al IMSS no fue por parte de sus empleadores ya que ellas se inscribieron o tienen seguridad por parte de sus parejas. Por su parte, las trabajadoras que no se encuentran afiliadas representan al 36% de esta población.

Sin embargo el 58% acude a un médico particular para recibir atención cuando tienen un problema de salud ya que su trabajo nos les permite asistir al centro de salud. El 10% de las trabajadoras se automédica cuando presenta algún problema de salud y el 4% no se atiende (Gráfica N°3).

**Gráfica N° 3. Afiliación al Sistema de salud de las trabajadoras del hogar**



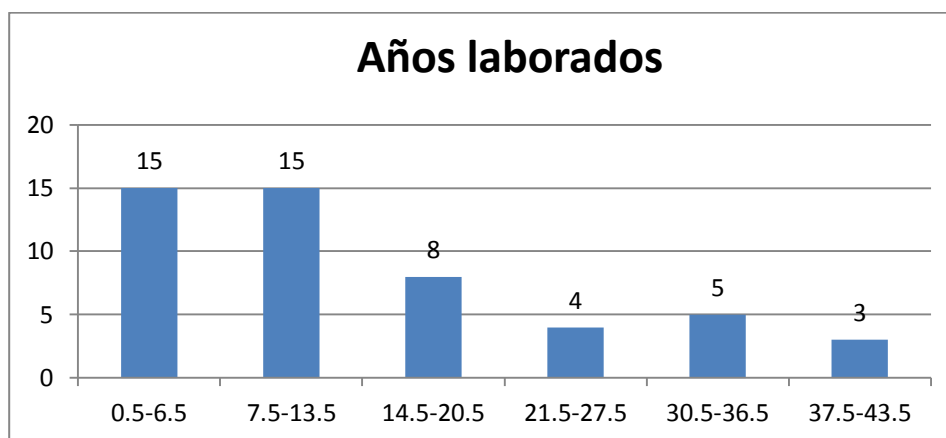
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 6.5. Años laborados

El promedio de años laborados de las trabajadoras del hogar es de 14.64 años en la población total de mujeres. Al dividirlo por años se obtuvo que 30% de las trabajadoras refirieron que han trabajado de 6 meses a 6 años, de la misma manera el 30% ha trabajado entre 7.5 a 13.5 años.

El 16% llevan laborando entre 14.5 y 20.5 años, el 8% entre 21.5 y 27.5 años, el 10% ha trabajado por más de 30.5 años y el 6% ha trabajado entre 37.5 y 43.5 años (Gráfica N°4).

**Gráfica N°4. Años laborados en el trabajo del hogar**



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

El 24% mencionó haber trabajado en alguna otra actividad como vender nopales, en una tortillera, ayudante de cocina, venta de chips telefónicos, obrera, fábrica, como asistente personal, vender nieves, vender dulces, de limpieza en empresa, trabajar en una tintorería y como enfermera, con respecto a las que no han obtenido otro trabajo 76% refirió que solo se han ocupado en las labores de su propio hogar.

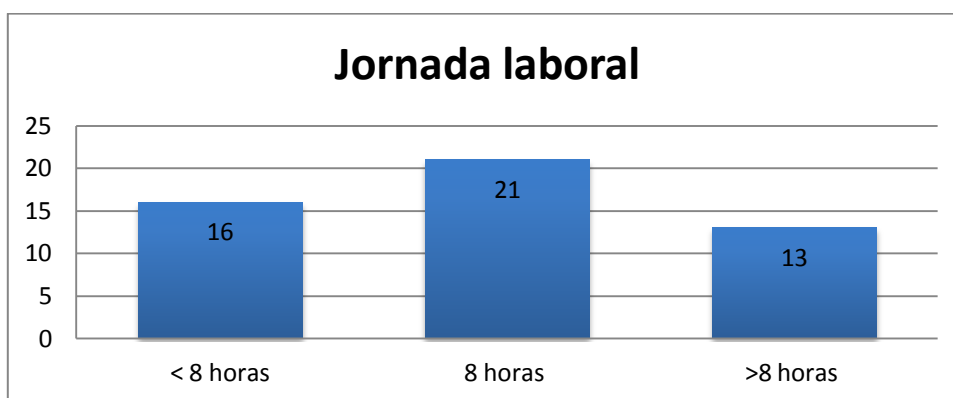
## 6.6. Contratación

La contratación en su totalidad es de palabra y de entrada por salida (100%). En esta contratación, el 50% de los casos se acordaron las actividades específicas a realizar en el trabajo. Sin embargo para la otra mitad de las mujeres (50%), la carga de trabajo va aumentando conforme pasan los años.

## 6.7. Jornada laboral

En cuanto a la jornada laborada el promedio es de 7.64 horas al día. El 48% de las mujeres cumple con su jornada de 8 horas establecidas, el 26% realiza una jornada de más de 8 horas, estas horas extras se registraron de 1 a 4 horas más de lo establecido en la ley de trabajo. Por otra parte también se registró que el 32% realiza una jornada menor a 8 horas (Gráfica N°5).

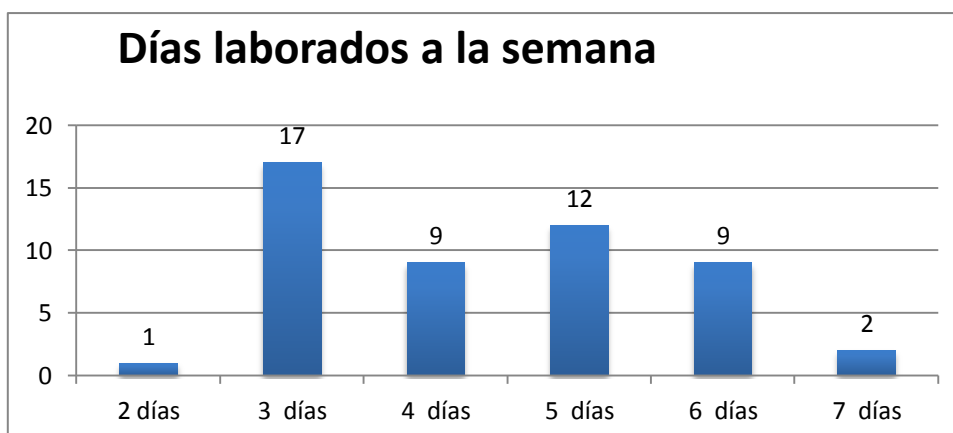
Gráfica N°5. Jornada laboral al día



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

Los días laborados para las trabajadoras del hogar en promedio son de 4 días entre semana. El 28% labora 5 días a la semana, el 39% tres días, el 21% cuatro días y el 28% 6 días a la semana y hay quienes trabajan en fines de semana (5%) (Gráfica N°6).

Gráfica N°6. Días laborados a la semana



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 6.8. Empleadoras a la semana

La modalidad de entrada por salida, permite a las mujeres trabajar para una o más empleadoras. El promedio de empleadoras a la semana es de dos. El 48% registró haber tenido una empleadora a la semana, para el otro 48% expreso tener de dos a tres empleadoras y el 4% trabaja para 4 a 5 empleadoras a la semana (Tabla N°2).

Tabla N°2. Empleadoras a la semana		
	(n)	p*
0-1	24	48
2-3	24	48
4-5	2	4

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

Los horarios para laborar de entrada y salida del trabajo son fijos para el 56% con respecto a las que no tienen un horario fijo 44%. De esta manera el 46% de las empleadoras respetan las horas de trabajo, el 42% lo hace a veces y el 12% nunca lo respeta.

## 6.9. Salario

Para el salario mínimo en el 2017 era de \$73.04 pesos y a partir del 1 de diciembre hasta la fecha, el salario mínimo subió a \$88.36 pesos diarios por lo que el promedio de ingreso es de 2,650.8 al mes (Salario mínimo, 2018).

El promedio del salario mensual de este grupo de trabajadoras es de 2655.6 pesos al mes. Para obtener la distribución de los salarios se tomo cuenta el dato del salario mínimo y máximo que refirieron las trabajadoras para construir los cortes.

El 36% de las trabajadoras recibe un ingreso por debajo de lo establecido al mes, el 14% de las trabajadoras apenas y perciben el salario que les corresponde al mes. Por otra parte 10% percibe un poco más del salario mínimo, las trabajadoras que perciben de 3,602 a 8,005 pesos (Tabla N°3) es porque viajan a otras zonas donde les pagan un poco más, trabajando toda la semana donde realizan actividades correspondientes al aseo y de cuidados.

Tabla N°3. Salario mensual		
Salario	(n)	p*
299-1,399	18	36
1,400-2,500	12	24
2,501-3,601	7	14
3,602-4,702	5	10
4,703-5,803	3	6
5,804-6,904	3	6
6,905-8,005	2	4

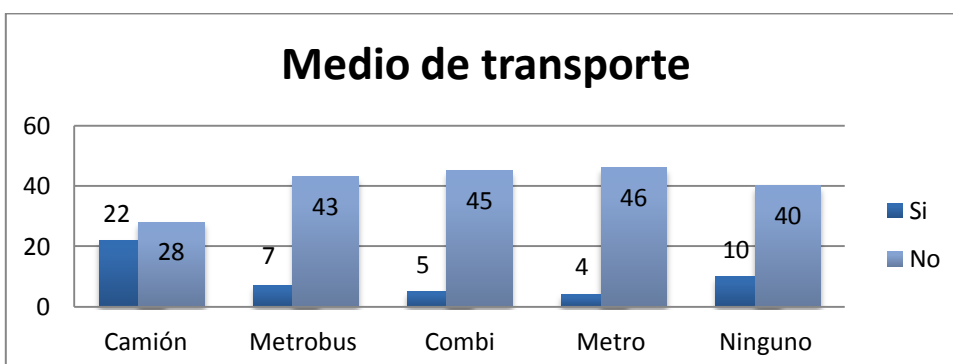
(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

El 36% de las trabajadoras mencionan que no pueden cubrir sus necesidades básicas con el salario que perciben con respecto a las que si lo cubren con un 64%. El 51% menciona que existen otras entradas económicas y el 49% solo cuenta con este trabajo.

### 6.10. Transporte

El transporte más utilizado para dirigirse a su centro de trabajo es el camión (44%), metro bus (14%), combi (10%) y el metro (8%). Solo 20 % de las trabajadoras mencionaron que se dirigen a su trabajo caminando ya que la casa en donde laboran está en su misma delegación, pueblo o colonia por lo que algunas no gastan en pasaje (Gráfica N°7).

Gráfica N°7. Medios de transporte más utilizados para dirigirse a los centros de trabajo



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

De acuerdo a la tabla anterior se realizaron tres grupos para determinar el tiempo de traslado así como el gasto en pasajes para llegar a sus lugares de trabajo. Para el primer grupo de mujeres que señalaron que las horas de traslado son de una a dos horas (48%). En el segundo grupo que viaja de media hora a una hora para dirigirse a su lugar de trabajo (20%) y último grupo que requiere viajar menos de media hora (32%). De manera que los gasto para el transporte público va variando de acuerdo al lugar de trabajo, el 34% gasta alrededor de 15 a 29 pesos diarios, el 26% puede llegar a gastar hasta 14 pesos diarios y el 12% entre 30 y 44 pesos diarios (Tabla N°4).

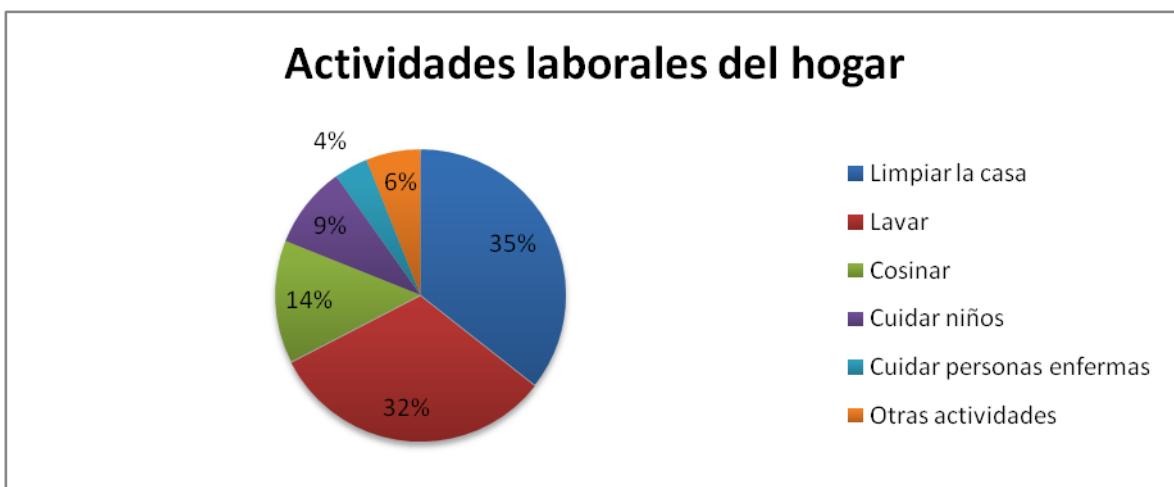
<b>Tabla N°4. Gastos en pasajes</b>		
	(n)	p*
0-14	13	26
15-29	17	34
30-44	11	22
45-59	6	12
60-74	2	4
75-89	0	0
90-104	1	2

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### **6.11. Actividades del trabajo del hogar**

Las principales actividades que se realizan en el trabajo del hogar es: limpiar la casa, lavar, cocinar, cuidar niños y realizar otras actividades como ir de compras al mercado o al súper, ir a la farmacia, lavar ventanas, llevar al doctor a los señores, ayudar en las fiestas, cuidar del perro (Gráfica N°8).

**Gráfica N°8. Principales actividades laborales del trabajo del hogar**



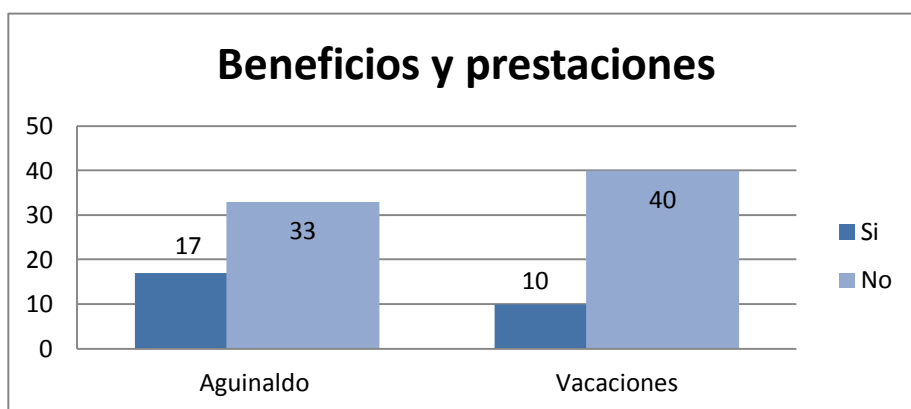
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### 6.12. Beneficios y prestaciones del trabajo del hogar

Los beneficios y prestaciones, el 34% menciona que les proporcionan algún dinero o despensa a fin de año, por otra parte al 66% no cuenta con aguinaldo.

En cuanto a vacaciones solo el 20% cuenta con algunos días de descanso cuando lo requieren o en días festivos, pero estos no son pagados por parte de las empleadoras y el 80% trabaja todos los días (Gráfica N°9).

**Gráfica N°9. Beneficios y prestaciones del trabajo doméstico remunerado**

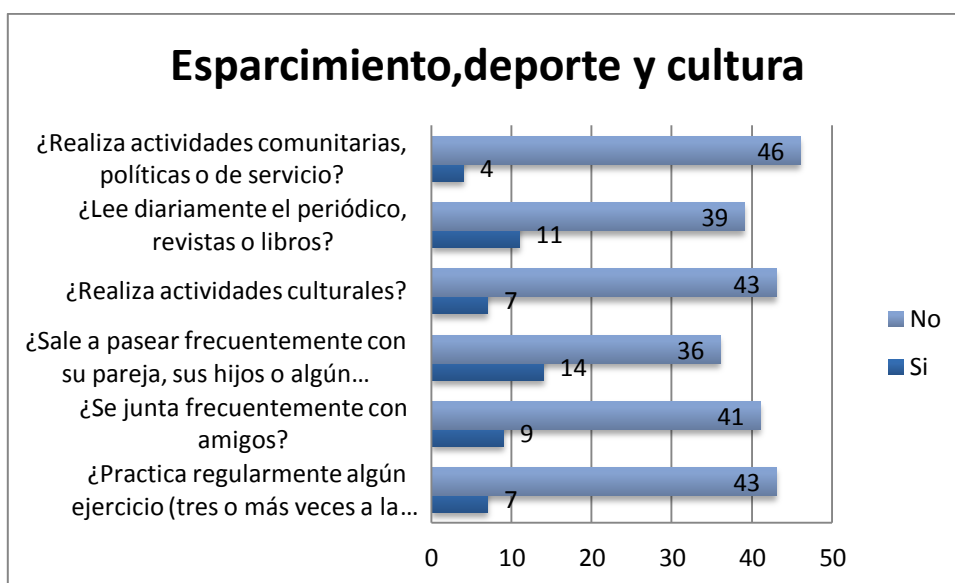


Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### 6.13. Actividades deportivas y culturales

En las actividades deportivas el 14% de las trabajadoras del hogar realizan ejercicio tres o dos veces a la semana. En las actividades de esparcimiento 28% sale a pasear frecuentemente con su pareja o algún familiar como hijas e hijos. Las mujeres que realizan actividades culturales, como visitar museos, teatros representan el 14%. El 8% participa en actividades comunitarias para mejorar el lugar en donde viven y solo el 22% para distraerse lee un libro de su interés o periódicos y revistas (Gráfica N°10).

Gráfica N° 10. Actividades de esparcimiento, deporte y cultura



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### 6.14. Riesgos y exigencias en el trabajo del hogar

Los datos obtenidos demuestran que las trabajadoras del hogar en cuanto a los riesgos a los que se exponen durante la jornada laboral se encuentran en primer lugar: el contacto con algún producto químico como detergentes y productos de limpieza (cloro, sosa, limpiadores, insecticidas), en segundo lugar se

encuentra el contacto con el polvo al momento de sacudir muebles u objetos y barrer.

El 48% de las mujeres expresaron estar expuestas a cambios bruscos de temperatura antes, durante y después del trabajo. Las trabajadoras tienen contacto con el calor (60%) y el frío (56%) al realizar sus labores dentro o fuera de la casa de acuerdo a las diferentes actividades como lavar planchar y tender ropa. El estar expuestas al sol o el contacto con el calor de la plancha, depende de dónde se encuentren sus lugares de trabajo, por ejemplo el lavar a cielo abierto o al momento de subir a tender la ropa o por el contrario se encuentra en un lugar húmedo generado por las características del cuarto de lavado ubicado dentro de la casa que son lugares fríos y con poca luz.

Otros de los riesgos a las que están expuestas las mujeres durante su jornada son a las caídas al momento de trapear pisos, lavar ventanas en un primer nivel o segundo piso o por subir y bajar escaleras. Por último se encontró que las trabajadoras al momento de limpiar o cuidar a una persona están expuestas a alguna enfermedad si en la casa donde trabajan se encuentra un enfermo (Tabla N°5).

<b>Tabla N°5. Riesgos en el trabajo del hogar</b>		
Riesgos laborales presentes en la actividad laboral	(n)	p*
Tener contacto con productos químicos (cloro, detergentes, sosa, etc.)	45	90
Contacto con el polvo	31	61
Contacto con calor	30	60
Contacto con frío	28	56
Cambios bruscos de temperatura	24	48
Estar expuesta a tener caídas en un mismo nivel o de altura	24	52
Estar expuestas a enfermedades contagiosas	6	12

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

La realidad de las mujeres es que cumplen con doble jornada laboral ya que no solo se encargan de las labores para quienes trabajan, sino que también se expresó que al llegar a casa tienen que encargarse de lavar, planchar, cocinar

para sus hijos, hijas, esposos o algún familiar. De esta manera el 42% de estas mujeres expresó realiza una jornada mayor a 48 horas<sup>1</sup>.

El 92% de las mujeres considera que realizan un trabajo repetitivo donde requieren esfuerzo de hombros, brazos, piernas y cintura. Al realizar esfuerzo físico se encuentran actividades que implican jalar, cargar, muebles o botes con agua o ropa, lavar, trapear, mover a personas enfermas, cargar niños o niñas y a la vez adoptan posiciones incomodas derivada de estas mismas actividades como estar agachada al trapear o lavar por mucho tiempo.

Otras de las exigencias a la que están expuestas las trabajadoras son las relacionadas con la vigilancia por parte de los empleadores que corresponde a un 38%, con la finalidad de observar que las trabajadoras hagan bien su trabajo y la manera en cómo lo hacen.

Por su parte 62% de las trabajadoras mencionaron que sus empleadoras las vigilaban en un principio, pero conforme pasó el tiempo ellas dejaron de hacerlo de manera física, sin embargo la vigilancia se hace presente mediante llamadas para saber que todo esté bien, en el caso de las que cuidan niños y/o personas enfermedades y adultos mayores, o para saber si se realizaron las actividades del hogar.

Al realizar las actividades de trabajo refirieron que no pueden fijar el ritmo de trabajo porque tienen una hora de entrada y salida. Si terminan las actividades antes de lo previsto tienen que esperar hasta la hora pactada, sin embargo suele pasar que se les asignan otras labores antes de irse y por lo tanto no se les respeta su hora de salida (54%).

El 52% sigue recibiendo constantemente indicaciones de manera verbal o por medio de notas para realizar las actividades en el día. Durante la jornada las trabajadoras se encuentran sin comunicación durante sus horas de trabajo con un 58% (Tabla N°6).

---

<sup>1</sup> La jornada más de 48 horas, entendida como trabajar los 6 días, seguidos, sin descanso además de realizar laborales propias de su hogar.

Tabla N°6. Exigencias en el trabajo del hogar		
	(n)	P*
Exigencias laborales		
Realizar un trabajo repetitivo	46	92
Realiza esfuerzo de hombro, brazos o manos	40	80
Realiza esfuerzo de piernas	40	80
Realiza esfuerzo de espalda y cintura	35	70
No convive con otras personas	31	62
Estar sin comunicación con otras personas	29	58
Adopta posiciones incómodas o forzadas	28	55
Recibir constantes indicaciones para realizar el trabajo	26	52
Realiza una jornada mayor a 48 horas	21	42
Manipular cargas	21	42
La Vigilan cuando realiza su trabajo	19	38
No puede decidir cómo trabajar	17	34
Realiza esfuerzo físico muy pesado	14	28
No pude fijar el ritmo de trabajo	11	22

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### 6.15. Satisfacción Laboral

En cuanto a valoración y satisfacción laboral, las trabajadoras expresaron en su mayoría que valoraban mucho su trabajo ya que es su principal fuente de ingreso. Por lo tanto les satisface realizar su trabajo y solo 8 de cada 100 mujeres mencionaron que sus empleadoras no son solidarias y no valoran su trabajo (Gráfica N°11).

Gráfica N° 11. Valoración y Satisfacción laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 6.16. Perfil patológico

Al obtener los resultados de los daños a la salud de la trabajadoras se presentan: los dolores musculares (76%), el estrés (64%), dolores de cabeza (56%), varices (48%), infecciones urinarias (34%), irritación en la piel o alérgicas (30%), y con menor prevalencia obesidad (12%), glucosa elevada(12%) y colesterol alto con un (12%), diabetes (6%) y angina de pecho (2%) (Tabla N°7).

Tabla N°7. Perfil de patológico en las trabajadoras del hogar		
	(n)	p*
Dolores musculares	38	76
Estrés	32	64
Dolor de cabeza	28	56
Varices	24	48
Infecciones urinarias o enfermedad de los riñones	17	34
Irritación en la piel o alergias	16	32
Depresión o tristeza	15	30
sobrepeso	13	26
Hipertensión	13	26
Nerviosismo	8	16
Ansiedad	8	16
obesidad	6	12
Glucosa elevada	6	12
Colesterol alto	6	12
Fracturas relacionadas con caídas	5	10
Triglicéridos altos	4	8
Diabetes	3	6
Angina de pecho	1	2

(\*) Prevalencia por cada 100 trabajadores. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

### **6.17. Daños a la salud relacionados a los riesgos y exigencias laborales**

Recordemos que en la interpretación de la RP presenta cuántas veces más ocurre el evento entre el grupo expuesto al factor, con respecto al grupo no expuesto. Los valores iguales a uno nos indican ausencia de asociación, valores mayores a uno indican un factor de riesgo, valores menores que uno se consideran factores protectores, los cuales pueden ser modificados. De esta manera se realizó la relación entre los riesgos y exigencias que se presentaron en el lugar de trabajo de las trabajadoras del hogar con la presencia de algunos problemas de salud donde se obtuvo la siguiente información:

Los dolores musculares tienen una probabilidad de 8.14 veces más de presentarse en las trabajadoras que realizan esfuerzo físico muy pesado con respecto a las que no lo realizan.

Se encontró una probabilidad de 4.37 veces más de presentar dolores musculares cuando se manipulan cargas así como realizar una doble jornada. Además el contacto con el frío es de 2.48 veces más para presentar dolores musculares con respecto a las que no están expuestas. Estos resultados nos permiten determinar que son factores de riesgo respectivamente para este padecimiento, pero también se obtuvieron factores considerados como protectores como la realización del trabajo repetitivo con una razón de prevalencia de 0.27.

Para el estrés se comparó con el factor de exigencia durante el trabajo, la probabilidad es de 3 veces más de padecer estrés cuando las empleadoras vigilan o supervisan a las trabajadoras cuando realizan sus labores.

El estrés también se puede presentar cuando trabajan todos los días sin días de descanso, superando una jornada mayor a 48 horas con una probabilidad de 2.45 veces más con respecto a las que trabajan menos tiempo. El estrés relacionado al trabajo repetitivo la razón es de 0.15 que es considerado como factor protector.

Durante su doble jornada laboral, las trabajadoras expresaron realizar sus labores la mayoría del tiempo paradas y al preguntarles si realizaban esfuerzo

con las piernas, se menciona que solo cuando suben y bajan escaleras y cuando cargan algún objeto pesado con una probabilidad de 0.23 veces menos determinándolo como un factor protector.

Las irritación de la piel relacionadas con la exposición al contacto con detergentes, cloro o algún producto de limpieza es de 0.5 veces menos con respecto a las que no están expuestas a estos productos.

Las fracturas presentadas por alguna caída en un mismo nivel o un segundo o por subir y bajar escaleras la probabilidad es de 0.12 veces menos, como se puede observar en la (Tabla N°8).

<b>Tabla N°8. Riesgos y exigencias de trabajo del hogar asociadas al perfil patológico</b>				
Riesgos y exigencias	Padecimiento	RP	IC (95%)	p
<b>Dolores musculares</b>				
Realizar un trabajo repetitivo		0.27	0.082-0.924	0.05
Realiza esfuerzo de hombro, brazos o manos		0.79	0.306-2.046	NS
Realiza esfuerzo de piernas		0.79	0.306-2.046	NS
Manipular cargas		4.37	1.854-10.316	0.001
Realiza esfuerzo físico muy pesado		8.14	3.325-19.943	0.001
Realiza esfuerzo de espalda y cintura		1.35	0.559-3.295	NS
Contacto con frío		2.48	1.057-5.857	0.05
Realiza una jornada mayor a 48 horas		4.37	1.854-10.316	0.001
<b>Estrés</b>				
Realizar un trabajo repetitivo		0.15	0.048-0.50	0.001
Realiza una jornada mayor a 48 horas		2.45	1.097-5.494	0.04
La Vigilan cuando realiza su trabajo		2.9	1.288-6.534	0.01
<b>Varices</b>				
Realiza una jornada mayor a 48 horas		1.27	0.579-2.807	NS
Realiza esfuerzo de piernas		0.23	0.095-0.561	0.001
<b>Irritación en la piel o alergias</b>				
Tener contacto con productos químicos		0.05	0.017-0.157	0.001
<b>Fracturas relacionadas con caídas</b>				
Estar expuesta a tener caídas en un mismo		0.12	0.041-0.354	0.001

PR=Razón de prevalencia, IC95%=Intervalo de confianza, NS=No significativo. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 6.18. Daños a la salud relacionados a satisfacción laboral, vacaciones, aguinaldo y salario.

En el análisis bivariado en los resultados se encontró que la depresión es de 5 veces más cuando el trabajo no les satisface, interpretado como un factor de riesgo. El no contar con vacaciones, no recibir aguinaldo y que el salario no cubra sus necesidades son considerados factores protectores.

La prevalencia de las mujeres que puede presentar estrés es de de 10 a 11 veces más cuando su trabajo no les satisface y cuando no cuentan con vacaciones es de 3 veces más, con respecto a las mujeres que les satisface su trabajo y cuentan con vacaciones.

La ansiedad se presenta en 0.3 veces menos como factor protector, cuando no cuentan con un buen salario, vacaciones y aguinaldo (Tabla N°9).

Tabla N°9. Daños a la salud relacionados a satisfacción laboral, vacaciones, aguinaldo y salario									
	Depresión			Ansiedad			Estrés		
	PR	(IC 95%)	p	PR	(IC 95%)	p	PR	(IC 95%)	p
No le satisface su trabajo	5	1.54-16.207	0.001	2.4	0.681-8.636	NS	10.7	3.492-32.58	0.0004
No cuenta con vacaciones	0.36	0.24-0.585	0.001	0.2	0.094-0.35	0.0001	3.2	1.77-5.785	1
No recibe aguinaldo	0.38	0.246-0.602	0.0001	0.2	0.097-0.36	0.001	0.82	0.366-1.059	NS
El salario no cubre sus necesidades	0.47	0.104-0.556	0.001	0.3	0.128-0.488	0.001	1	0.745-1.34	NS

PR=Razón de prevalencia, IC95%=Intervalo de confianza, NS=No significativo. Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2018.

## 7. Discusión

Los resultados obtenidos de la investigación reflejan que el perfil de las trabajadoras del hogar concuerda con lo observado por diversos autores como, Brites (2013), Poblete (2013) y Brites, J., Tizziani, A., & Gorbán, D. (2013) así como las condiciones laborales que desfavorecen a las mujeres de este grupo y que a su vez las caracteriza.

Ya que en la distribución porcentual del grupo de mujeres de este estudio, se encuentran laborando con una edad mínima de 19 años, sin embargo algunas mujeres mayores expresaron haber iniciado una vida laboral desde muy pequeñas a partir de los 12 años. De acuerdo al INEGI (2017) el mínimo de edad es de 15 años y la participación laboral se centra en los 29 años hasta los 60 años y más, aunque en esta investigación se observa que es de los 28 años hasta los 63 años por lo que las distribuciones son similares. Las trabajadoras del hogar en algunos casos han migrado de sus lugares de nacimiento como Puebla, Oaxaca y Veracruz para mejorar su calidad de vida.

Las trabajadoras han accedido a un nivel educativo con un 78% con respecto a las que no han asistido a la escuela con un 22%. Donde solo el 60% han accedido al nivel básico y el 18% al medio superior. Al compararlo con la encuesta del INEGI (2017) se observa una disminución en el acceso a la educación de las mujeres en ambos casos. Las causas de la deserción de las trabajadoras no se preguntaron a profundidad y sería de interés indagar, pero se puede suponer que de acuerdo a los contextos en las que crecieron no tenían las condiciones económicas ni culturales para que ellas pudieran ejercer su derecho a la educación. Como se mencionó en INMUJERES & INEGI (2017) entre las causas por las mujeres que no asisten a la escuela es por la falta de dinero, no les gusta estudiar o formaron una familia.

En el acceso a vivienda, las trabajadora en su mayoría cuentan con una casa propia generalmente adquiridas por parte de los esposos, estas viviendas cuentan con uno a dos cuartos para 4 personas y con servicios de luz pero no se cuenta en su totalidad con servicios de drenaje y agua entubada.

El 64% de las mujeres trabajadoras están afiliadas a una institución de salud y el 36% no cuenta con estos servicios. Al comprar los resultados obtenidos con lo del INEGI (2017), las distribuciones son similares, sin embargo aunque se tenga estas afiliaciones no se hace uso de estos servicios en su totalidad porque se recurre al médico particular o no se atienden.

Respecto a las principales enfermedades, las trabajadoras presentan Infecciones urinarias o de los riñones así como hipertensión y obesidad, que coinciden con los datos a la Secretaría de Salud (2015) en cuanto a las causas de enfermedad. El perfil patológico se tomó de acuerdo a lo diagnosticado o percibido por las trabajadoras ya que dentro de las limitaciones de ésta investigación no se pudieron realizar los estudios bioquímicos y antropométricos para determinar el estado de salud. Ya que no se contó con los recursos económicos para solventar estas pruebas, a demás que las mujeres no contaban con el tiempo para realizar las pruebas. Al no tener estos estudios no se pudo hacer la relación la alimentación y consumo de agua que tienen que ver con enfermedades relacionadas con sobrepeso y obesidad.

En las condiciones laborales, se observó que el 100% de las trabajadoras no cuentan con un contrato laboral en general y desconocen sus derechos laborales, donde la contratación es de palabra y de entrada por salida. Contrario a lo referido por la CONAPRED (2018) mencionando que al menos una de cada 10 mujeres cuenta con un contrato. Los contratos firmados se desconocen y son posibles mediante el CACEH, pero no se ha llevado un seguimiento del cumplimiento.

Según el CONAPRED el promedio de horas laboradas es de de 31.5 horas a la semana, sin embargo los resultados de la investigación arrojó que el promedio es de 7.64 horas laboradas al día, que corresponden a 38.2 horas laboradas por semana. En la distribución porcentual, el 48% cumple con una jornada laboral de 8 horas al día (40 horas a la semana), por su parte el 26% realiza una jornada de más de 8 horas al día que exceden el límite de horas laboradas a la semana según la Ley Federal del trabajo. Las horas pueden variar de acuerdo a la heterogeneidad del trabajo, ya que se puede trabajar solo algunos días o toda la semana para una o varias empleadoras.

En la encuesta del CONAPRED no se contempla la doble jornada, y en esta investigación es importante para tomar en cuenta los daños a la salud de las trabajadoras del hogar por lo que se suman las horas laborales de su propio

hogar. Se tomó en cuenta que el 42% de las trabajadoras realizan una jornada de más de 48 horas, entendida como trabajar los 6 días, seguidos sin descanso.

Por otra parte el 80% de las trabajadoras no tienen vacaciones que refleja el incumplimiento de los días de descanso establecidos. Son las trabajadoras quienes a veces piden algunos días de descanso si es que lo requieren sin paga, además que no existe el otorgamiento de aguinaldo.

El poco descanso y la doble jornada laboral repercuten en la salud de las trabajadoras del hogar. Según White y Beswick (2013), la probabilidad de presentar estrés, está asociado a una vigilancia durante las horas de trabajo, la insatisfacción laboral y no contar con vacaciones. Además influyen en la aparición de presentar enfermedades como depresión y la ansiedad.

En cuanto al salario, este alcanza apenas unos salarios mínimos al día, el cual distribuyen en gastos de la casa como el pago de servicios como agua y luz, gastos para realizar las compras para alimentación, pasajes, vestido, educación y acceso a bienes y servicios así como pagar el acceso a alguna institución para atender sus problemas de salud. Ya que existen diferentes circunstancias que limitan el acceso a este último, como por ejemplo tiempo, dinero y en su caso poca información que se tiene para poder afiliarse al programa del Seguro Popular. Además la inflación y devaluación, como otros fenómenos macroeconómicos no permite que el salario que perciben sea suficiente para cubrir sus gastos ni mucho menos pueden destinar dinero para asistir a lugares de entretenimiento o esparcimiento para ellas y sus familias.

Es importante mencionar que las mujeres de esta investigación han laborado toda su vida como trabajadoras del hogar para una o varias empleadoras. En caso de despido las trabajadoras no saben que tienen derecho a tener una indemnización por el tiempo trabajado quedándose desprotegidas, además que el trabajo del hogar no tiene fecha de término. Porque siempre se está en busca de un nuevo empleo y el trabajo del hogar es un trabajo valorado

por las mismas mujeres que lo realizan y por sus empleadoras, lo cual no se refleja en el salario.

Las aportaciones de este trabajo en el marco de las condiciones de trabajo es que además de verificar y documentar las condiciones ya nombradas, se permite visibilizar y registrar la presencia de factores de acuerdo a lo establecido en el manual de salud y seguridad en el trabajo (2014). En donde se engloban los riesgos y exigencias como factores, físicos químicos y biológicos, ergonómicos y psicosociales que repercuten en la salud de las trabajadoras como: el contacto con productos químicos (cloro, detergentes, sosa, etc.), contacto con el polvo, calor, frío, cambios bruscos de temperatura, estar expuesta a tener caídas en un mismo nivel o de altura y a enfermedades contagiosas. Además realizan un trabajo repetitivo, cargar pesado, realiza esfuerzo de hombro, brazos o manos, piernas, espalda o adoptar posiciones incómodas, no tener contacto ni comunicación con otras personas, estar vigilado y recibir indicaciones por parte de las empleadoras.

Estas condiciones son un factor de gran importancia en el espacio del trabajo del hogar remunerado ya que influyen en las enfermedades del trabajo (Dolores de espalda, dolores de cuello, estrés, dolores de cabeza) como menciona Parra (2003), y que concuerda con el perfil patológico, como: dolores musculares, estrés, dolor de cabeza, varices, Infecciones urinarias, Irritación en la piel o alergias y depresión o tristeza.

Al realizar la relación de prevalencias, es necesario señalar que por ser un estudio transversal no se realizó con la finalidad de buscar una causa y efecto. Pero sí nos permite hacer inferencias sobre la relación entre las condiciones laborales con relación al perfil patológico como las enfermedades de trabajo y profesionales como dolores musculares, estrés, varices, dermatitis y depresión, ansiedad.

Los problemas de salud asociados a factores de riesgos así como exigencias derivadas del trabajo del hogar remunerado. Dan como resultado que

las mujeres con mayor probabilidad de padecer dolores musculares está asociado a realizar esfuerzo físico, manipular cargas, realizar dobles jornadas (trabajo remunerado y no remunerado), que coinciden con las observaciones de Parra (2013) y Doyal (s.f) con respecto a los factores físicos asociados al levantamiento de peso, así como estar expuestas al frío y el calor como se mencionado en el trabajo de Arjona (2017).

Es importante abrir una línea de investigación destinada a plasmar las situaciones de discriminación así como las relaciones laborales de trabajo tomando en cuenta las aportaciones de Pereyra (2013), Toledo (2013) Y Tizziani (2013) que permitirían tener información desde las palabras y vivencias de las trabajadoras ya que no se pudo hacer una entrevista focal.

## **8. Conclusiones**

En este trabajo de investigación se planteo responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las condiciones laborales y de vida que influyen en la salud de las trabajadoras del hogar? con la finalidad de estudiar los procesos de salud enfermedad desde una investigación social.

Así que las variables utilizadas como él: sexo, escolaridad, trabajo, ingreso, empleo, vivienda, atención y acceso a los servicios de salud que permite responder a la pregunta planteada. A demás reflejan la realidad de las mujeres de esta investigación y que es una aproximación de los colectivos de las mujeres que realizan el trabajo del hogar en la Ciudad de México. Al comparar los datos obtenidos con la información bibliográfica se demuestra que no existe ningún avance en mejorar las condiciones de vida y las condiciones de trabajo de este sector.

Al analizar la problemática del trabajo del hogar desde una perspectiva socio-histórico permite entender cómo se ha estructurado la sociedad de acuerdo a los diferentes procesos sociales. Y como estos se han seguido reproduciendo hasta la actualidad, a través de la reproducción social dividida en dos momentos: la reproducción material y cultural. En donde pocos tienen el control sobre la

producción de bienes y servicios, generando las desigualdades económicas, políticas y culturales que no favorecen el desarrollo de las potencialidades de los seres humanos, reforzando la inequidad, desigualdad y la pobreza. Así que desde este enfoque, el acceso a la educación institucional permite profesionalizar y avalar las habilidades y saberes para acceder a trabajos formales de acuerdo al mercado laboral.

El trabajo del hogar, visto desde el capitalismo responde principalmente a la creación de un servicio con un interés económico. Desde esta perspectiva el trabajo del hogar, también está conformado por las fuerzas productivas, los riesgos y exigencias y las relaciones sociales producción, contribuyendo a su vez que otros puedan desarrollarse en trabajos formales reconocidos.

Las mujeres de esta investigación como el de otras trabajadoras por la falta de recursos económicos, salieron a buscar un empleo para mejorar sus condiciones de vida vendiendo su fuerza. Pero al incorporarse al trabajo del hogar se enfrentan a los problemas laborales particulares de este empleo, como la exposición a la discriminación y el no reconocimiento de su trabajo, nuevamente impiden que sus condiciones de vida mejoren. En consecuencia los factores como la posición social, el trabajo, el acceso a la educación, la alimentación, los servicios sanitarios y las condiciones laborales y el salario pueden determinar la salud de las mujeres trabajadoras.

El trabajo del hogar está permeado por una construcción social desde una perspectiva de género, relacionado los roles de las mujeres con los del campo laboral. El trabajo del hogar es visto como algo que les pertenece las mujeres y el cual no debe de ser valorado ni pagado como otras profesiones. Esto puede ser una razón para que el trabajo del hogar remunerado no se reconozca como un trabajo formal y no se le hagan valer los derechos laborales de las trabajadoras.

De acuerdo a las bases conceptuales, teóricas y de investigación, se puede observar que en este grupo de estudio, las desigualdades sociales se expresan en forma de inequidades, injustas e innecesarias, que no han permitido mejorar las

condiciones de vida y trabajo en las que se desarrollan. Pero que están presentes en la corporeidad de las trabajadoras del hogar y son responsables del deterioro de la salud a lo largo de toda su vida. Tomando en cuenta además a los DSS, que explican las diferentes formas de enfermar de este grupo, determinado por la manera en que las mujeres nacen, viven y trabajan.

En la actualidad los esfuerzos para mejorar las condiciones mínimas del trabajo del hogar como la jornada laboral y el salario así como las prestaciones: como vacaciones, la incorporación al seguro y la jubilación que pueden mejorar las condiciones de vida y de salud de las mujeres que lo realizan. Pero es importante realizar acciones para mejorar las condiciones de trabajo en cuanto a riesgos y exigencias y su repercusión en salud.

**La promoción de la salud y la intervención de los promotores en salud: propuestas a corto, mediano y largo plazo dentro de la problemática del trabajo del hogar.**

De acuerdo a los resultados de la investigación, la promoción de la salud como proceso político y social tiene un papel importante dentro de la problemática del trabajo del hogar. La promoción de la salud como campo interdisciplinario y transdisciplinario, aborda los problemas de salud desde un enfoque tradicional y desde una mirada crítica otras dimensiones estructurales relacionadas con los procesos sociales y las desigualdades. Ampliando una visión global que permite integrar los aspectos psicosociales, socioeconómicos y ambientales que en su conjunto determinan la salud de los diferentes colectivos, como es el caso de las mujeres que se dedican a las labores del hogar.

Así que el promotor de la salud, desde una perspectiva crítica e integral, puede hacer el abordaje de los problemas que se reflejan en los proceso de salud y enfermedad desde un nivel individual y colectivo, incorporando los DSS como una herramienta para visibilizar y entender las condiciones de vida y de trabajo.

En la intervención la promoción de la salud, requiere tanto de la participación de profesionales como de los actores sociales, políticos y profesionales para planificar y desarrollar estrategias en caminadas a mejorar sus

condiciones de salud como se menciona en la carta de Ottawa. La promoción de la salud puede retomar tres elementos esenciales de los DSS que permiten mejorar las condiciones de vida, trabajo y salud de los colectivos. Tomando a la igualdad como base de derechos humanos para que se ejerzan y se reconozcan, la responsabilidad que tienen los gobiernos para impulsar las políticas públicas para mejorar las condiciones sociales, así como de los miembros de la sociedad para que esto se lleve a cabo. La equidad con la finalidad de que todos los miembros de la sociedad tengan acceso y disfrute de las condiciones básicas que da paso a la justicia social que implica igualdad de oportunidades para ejercer los derechos humanos. Entonces, las estrategias de PS están encaminadas a cambiar las condiciones a nivel estructural tomando en cuenta las circunstancias físicas, sociales y culturales de las personas, y por otra parte, desarrollar y potenciar las habilidades que generen un cambio en la vida de las personas y de su entorno.

Desde los diferentes enfoques de la promoción de la salud, se han realizado acciones para mejorar las condiciones de la salud desde una perspectiva tradicional: la prevención de enfermedades basadas en el modelo biomédico, y desde miradas críticas, buscan que los colectivos pueden construir y hacer uso de su conocimiento en base a sus saberes populares para dar significados, valores, creencias a la vida real, independientemente del saber científico o institucional. De ahí, que sea necesario desarrollar ciertos conocimientos, habilidades y valores a nivel colectivo o individual para tener la capacidad de gestión frente a los diferentes problemas (Chápela, 2007). En mi opinión estas dos formas de hacer promoción de la salud son importantes a nivel individual y colectivo para mejorar las condiciones de salud de las trabajadoras en un primer momento. Hay que resaltar, que la promoción de la salud desde una perspectiva integral permite analizar y cuestionar la problemática de las trabajadoras del hogar desde los procesos políticos, económicos y sociales, que a su vez determinan la salud de los colectivos en un momento específico.

En este proceso se va generando nuevo conocimiento en el campo del trabajo del hogar, para transformar su realidad. Mediante la información, capacitación y alianzas que permiten desarrollar las habilidades en cuanto, a toma de decisiones, para impulsar estrategias en defensa de los derechos humanos y laborales que impacten en sus condiciones de vida, trabajo y salud de las trabajadoras del hogar. Por lo tanto, el promotor de la salud puede promover diferentes prácticas mediante la creación, adopción, e implementación de diferentes herramientas para diseñar estrategias que ayuden a mejorar las condiciones en las que se desarrollan las personas, teniendo un impacto en su salud.

Una de las estrategias es el uso de la abogacía (Advocacy) como acción individual y colectiva para impulsar y generar compromisos políticos, así como la creación e impulso de una política pública que ayude a mejorar las condiciones de salud. El promotor de la salud, por ejemplo, puede hacer uso de la información existente o crear información de manera científica, con la finalidad de generar una herramienta que permita en los actores tener la suficiente información que les ayude a defender sus derechos. El promotor de la salud facilita la participación y la cooperación, y su vez cumple, como mediador con otros sectores ya sean públicos o privados, para la resolución de interés personal o de conflictos que ayuden a mejorar las condiciones.

La creación de alianzas es otra estrategia más donde el promotor puede participar como mediador en la colaboración dos o más instituciones que ayuden a cumplir el objetivo de los actores interesados. La participación en estos procesos puede ser mediante la incidencia política definida como: una forma de participación donde los colectivos se reúnen para hacer presión en las decisiones de las autoridades públicas y de otras instituciones así como y la participación ciudadana para la toma de decisiones.

Por otra parte, la capacitación es una estrategia más para el desarrollo de las habilidades personales que permiten que las personas puedan tomar decisiones consientes y autónomas para resolver sus problemas de manera individual y colectiva. De esta manera propongo las siguientes acciones que se

podrían llevar a cabo a corto, mediano y largo plazo dentro de la problemática del trabajo del hogar desde una visión crítica de la promoción de la salud.

Las acciones a corto plazo son las siguientes:

- Dejar de nombrarlas despectivamente a las trabajadoras del hogar (domésticas, chachas, sirvientas) dirigirse a ellos como trabajadoras y trabajadores del hogar.
- Reconocer que las mujeres como sujetas de derechos humanos.
- Reconocimiento del trabajo del hogar como un trabajo digno.
- Es necesario que las trabajadoras identifiquen los problemas más relevantes de acuerdo a sus contextos y los hagan visibles.
- Usar y crear información de manera científica con la finalidad de generar una herramienta que permita tener la suficiente información que les ayude a defender sus derechos de acuerdo a sus necesidades.
- Dar a conocer el Centro de Capacitación de trabajadores y trabadoras del hogar y el sindicato (SINACTRAHO), como una institución que ayuda a la capacitación y la búsqueda de trabajo así como la defensa de los derechos laborales de las trabajadoras.
- Dar a conocer la existencia de un contrato colectivo, así como impulsar la firma de este contrato, con la finalidad de establecer las condiciones mínimas trabajo estableciendo los derechos y responsabilidades que se adquieren y ayudando a mejorar la relación de laboral entre trabajadoras y empleadoras.
- Tener en cuenta que existen formatos de contratos de acuerdo a modalidad del trabajo del hogar de "entrada por salida" y "de planta"<sup>2</sup>.
- Hacer uso del tabulador salarial donde se especifica el pago correspondiente de acuerdo a las tareas realizadas. Estos pagos según el SINACTRAHO comienzan desde los 300.00 pesos al día, cuando se realizan actividades básicas como la limpieza de la casa, al sumar otras

---

<sup>2</sup> El contrato colectivo y el tabulador se puede descargar en el portal del SINACTRAHO en <https://www.sinactraho.org.mx/firma-tu-contrato>

actividades como el cuidado, lavado y planchado como se especifica en el Anexo 3 el sueldo haciende a 350.00 pesos al día, pero si se tienen cargos como amas de llaves, cuidado de personas mayores o con discapacidad corresponde a 450.00 pesos al día y finalmente si se tienen alguna certificación o recomendación que acredite la experiencia en las labores a desempeñar se le tendrá que pagar al día 550.00 pesos (CACEH,2018).

- Incorporar de las trabajadoras del hogar al CACEH.
- invitación a la incorporación al seguro social.
- Dar a conocer los riesgos y exigencias dentro del campo de la las trabajadoras del hogar.
- Hacer énfasis en las medidas de seguridad e higiene en el trabajo del hogar.

Las acciones a mediano plazo son las siguientes:

- El promotor puede participar como mediador en la colaboración dos o más actores e instituciones que ayuden a cumplir el objetivo de los actores interesados.
  - Alianza entre el CACEH y Marie Stopes para proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva para la propinación de sus derechos sexuales y reproductivos que les permitan tomar decisiones sobre su cuerpo en caso de sufrir violencia o abuso sexual.
  - Alianza entre el CACEH y UACM/Licenciatura en promoción de la salud para proporcionar talleres de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo, taller de habilidades para la vida para el desarrollo y potencialización de las capacidades, ofrecer los servicios de medidas antropométricas y bioquímicas entre otras.
- Proporcionar capacitaciones de acuerdo a las necesidades de las trabajadoras del hogar.

- Elaboración de planes de trabajo, evaluación y seguimiento que permitan mejorar las condiciones de trabajo laboral que tengan impacto en la vida y salud de las trabajadoras.

Las acciones a largo plazo son las siguientes:

- Proporcionar a las trabajadoras del hogar herramientas de incidencia política para influir sobre las políticas públicas.
- Creación de una base de datos donde se identifiquen a las trabajadoras del hogar de entrada por salida y de planta no censada para tener un registro que incluya ambas modalidades.
- Fundación de una ONG para dar apoyo y seguimiento en cuanto a al cumplimiento del contrato colectivo de derechos laborales. Donde se implementen mecanismos y procedimientos ante quejas y abusos laborales para proceder legalmente dentro de sus comunidades.
- Generar espacios de esparcimiento para la cultura y el deporte.
- Legalización del trabajo del hogar como trabajo formal en México.

La promoción de la salud en la práctica, entonces, ayuda a mejorar las condiciones de vida, trabajo y salud de las trabajadoras desde un nivel estructural, ya que permite el desarrollo de habilidades para mejorar los contextos donde se desarrollan las mujeres mediante el conocimiento, apropiación y exigibilidad de sus derechos humanos para la incidencia de generar condiciones que las favorezcan en su vida.

En las observaciones, los derechos laborales dentro de la Ley Federal del Trabajo (LFT) tendrían que ser adaptados de acuerdo a las dos modalidades de empleo porque solo se consideran a las que trabajan de planta y no se toman en cuenta las trabajadoras de entrada por salida, que a demás cuentan con una o varias empleadoras. En la práctica, suena complicado que alguna empleadora quiera firmar un contrato por escrito en donde se estipulan todas estas condiciones mínimas en las que se deben laborar el trabajador del hogar pues se ha cuestionado que las empleadoras, por su condición económica, no pueden

afiliar a su trabajadora a una institución de salud como el IMSS por voluntad propia. Sin embargo, es necesario que las empleadoras asuman las responsabilidades que tienen, y en este caso, cubrir sus gastos médicos. Por su parte también las trabajadoras tienen obligaciones que tienen que cumplir para realizar su trabajo de la mejor manera posible.

Al poder visibilizar los riesgos y exigencias de las trabajadoras del hogar, permite entender las condiciones de trabajo, para tomar medidas necesarias de seguridad laboral. Al realizar las encuestas se encontró con comentarios haciendo referencia a los accidentes laborales relacionados con quemaduras, fracturas y caídas por pisos mojados y escaleras, exposición a alguna enfermedad contagiosa (por enfermedades como herpes y enfermedades derivadas de alguna mascota). Enfermedades profesionales relacionados como dolores musculares por lavar (ropa, pisos y ventanas) y levantar cargas pesadas. En este sentido, se recomienda tomar medidas de protección mediante el uso de guantes, ropa que proteja su cuerpo y zapatos, así como técnicas para levantar objetos pesados, para realizar las labores dentro del hogar.

En el tema de ropa adecuada como el uso de guantes como de zapatos, para realizar las actividades de trabajo, tendría que ser solventado por las empleadoras ya que estos sufren desgaste continuamente. Los zapatos se mojan y se despegan en el caso de las mujeres que lavan o limpian pisos. Es por esto que estas dos prendas se convierten en parte fundamentales del trabajo y salen de los bolsillos de las trabajadoras. Recordemos que apenas y se cuenta con dos salarios mínimos y es un gasto que pareciera poco, pero a la larga son ellas quienes destinan parte de su dinero para comprarlos cada vez lo requieren.

Finalmente se observa que acuerdo a los DSS estructurales e intermedios como la educación, vivienda, el descanso, la jornada, los riesgos y exigencias, el salario, las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud y salubridad, determinan la salud de las trabajadoras del hogar derivado de las desigualdades sociales existentes en nuestra sociedad.

## Cuestionario individual

### Consentimiento informado

La presente encuesta se realiza con fines académicos, estadísticos, epidemiológicos y de investigación con el objetivo de recabar información de manera directa sobre sus actividades diarias, para conocer e identificar las condiciones de trabajo y su relación con la aparición de daños a la salud.

Con la información recabada se realizará un análisis para detectar posibles daños a la salud o riesgos potenciales y, buscar medidas preventivas que sean en su beneficio, coadyuven a un mejor desempeño de sus actividades y mejoren su calidad de vida. Esta investigación podría beneficiar a futuro también a otros trabajadores que desempeñen la misma actividad.

Toda la información que usted, nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial y protegida, para ser utilizada únicamente por el investigador de la Licenciatura en Promoción de la salud en la UACM, y no estarán disponibles para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio se publicaran con fines científicos a partir de resultados generales y nunca individuales.

Usted puede realizar las preguntas que desee para aclarar sus dudas respecto a la encuesta o el trabajo de investigación. No tendrá que realizar gastos, ni recibirá pago alguno. Su participación es completamente voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

### Encuesta individual para las trabajadoras del hogar 2018

1. Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida y de trabajo y las repercusiones en su salud.
2. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines epidemiológicos y estadísticos.
3. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuente las demás trabajadoras.
4. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
5. Si tiene alguna duda puede consultar con él encuestador.

FOLIO \_\_\_\_\_

Fecha en que se llena la encuesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I. DATOS INFORMATIVOS

- 1) Sexo : F  M
- 2) Edad \_\_\_\_\_ años
- 3) Delegación \_\_\_\_\_
- 4) Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_
- 5) Número telefónico \_\_\_\_\_
- 6) Marque con una  en qué momento aplica la encuesta.
  - a) Antes de la jornada
  - b) Durante la jornada
  - c) Después de la jornada
  - d) En día de descanso

### II. ESTADO DE SALUD

1. ¿Cómo considera su estado de salud actualmente?
  - a) Buena
  - b) Regular
  - c) Mala
2. Peso \_\_\_\_\_ (Kg)
3. Talla estatura \_\_\_\_\_ (m)

### III. CALIDAD DE VIDA Y DE TRABAJO

1. Marque con una  cuál es su nivel de escolaridad
  - a) No estudió
  - b) Primaria incompleta
  - c) Primaria completa
  - d) Secundaria incompleta
  - e) Secundaria completa
  - f) Preparatoria incompleta
  - g) Preparatoria completa
  - h) Carrera técnica
  - i) Licenciatura o posgrado
2. Marque con una  cuál es su estado civil actual
  - a) Soltera
  - b) Casada
  - c) Unión libre
  - d) Divorciada
  - e) Viuda
3. ¿Tiene hijos?
  - a) Si  b) No
4. ¿Qué edad tienen? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántos de ellos estudian? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuántos viven con usted? \_\_\_\_\_
7. Su vivienda es:
  - a) Propia
  - b) Rentada
  - c) Prestada
8. Las condiciones actuales de su vivienda en relación a los últimos años son:
  - a) Mejores
  - b) Iguales
  - c) Peores

9. ¿Su vivienda cuenta con agua entubada?  
a) Si  b) No
10. ¿Su vivienda cuenta con drenaje?  
a) Si  b) No
11. ¿Su vivienda cuenta con luz?  
a) Si  b) No
12. ¿Con qué bienes cuenta su vivienda? (puede elegir más de una opción?)  
a) Televisión   
b) Teléfono   
c) Horno de microondas   
d) Aparato de sonido   
e) Estufa   
f) DVD   
g) Refrigerador   
h) Televisión por cable
13. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_
14. ¿Cuántos dormitorios tiene la casa? \_\_\_\_\_
15. ¿Qué medio de transporte usa con mayor frecuencia?  
a) Metro   
b) Combi   
c) Microbús   
d) Camión  e) Ninguno
16. ¿Cuánto gasta al día en pasajes? \_\_\_\_\_
17. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de su casa al trabajo?  
a) Menos de 30 minutos   
b) De 30 a 60 minutos   
c) Más de 1 hora minutos  indique cuántas horas? \_\_\_\_\_

De la siguiente lista de actividades marque con una ✓ en aquellas tareas donde usted es la persona que las lleva a cabo.

	SI	No
Marque con una ✓ para cada pregunta una sola opción		
18. ¿El salario que percibe le alcanza para cubrir sus gastos más necesarios?		
19. ¿Para el sostenimiento del hogar hay otras entradas económicas en su casa?		
20. ¿Usted cuenta con otro trabajo para el sostenimiento de su hogar?		

	SI	No
Marque con una ✓ para cada pregunta una sola opción		
21. ¿Practica regularmente algún ejercicio (tres o más veces a la semana)?		
22. ¿Se junta frecuentemente con amigos?		
23. ¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?		
24. ¿Realiza actividades culturales (visita museos, cine etc.)		
25. ¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?		
26. ¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?		

**IV. ALIMENTACIÓN**

Indique con una  cuantas veces a la semana consume los siguientes alimentos:

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. ¿Cuántas veces al día consume alimentos?								
2. ¿Cuántas veces a la semana consume frutas?								
3. ¿Cuántas veces a la semana consume carne roja (carne de puerco o res)?								
4. ¿Cuántas veces a la semana consume carne blanca (pollo)?								
5. ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?								
6. ¿Cuántas veces a la semana consume verduras?								
7. ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres (lentejas, frijoles)?								
8. ¿Cuántas veces a la semana consume alimentos fritos?								
9. ¿Cuántas veces a la semana consume golosinas?								
10. ¿Cuántos refrescos consume a la semana?								
11. ¿Cuántos vasos de agua bebes al día?								

12. ¿Consume alcohol?

a) Si  b) No

13. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

a) Si  b) No

14. Si, ¿Cuántos cigarrillos al día consume? \_\_\_\_\_

**V. CONDICIONES LABORALES DE TRABAJO**

1. ¿Cuántos años lleva laborando como trabajadora del hogar? \_\_\_\_\_

2. Su contratación es por:

a) Palabra

b) Contrato

3. La modalidad de trabajo es:

a) De entrada por salida

b) Planta

4. En el caso de entrada por salida, para cuantas empleadoras trabaja a la semana \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántas horas al día trabaja? \_\_\_\_\_ (hr)

6. Cuántos días a la semana trabaja.

a) 1 día

b) 2 días

c) 3 días

d) 4 días

e) 5 días

f) 6 días

g) 7 días

7. Antes de trabajar como trabajadora del hogar se dedicaba a otra actividad?

a) Si  b) No

8. Si, su respuesta es afirmativa ¿A qué se dedicaba? \_\_\_\_\_

9. Marque con una  las labores que desempeña como trabajadora del hogar: (puede marcar más de una respuesta)

a) Limpiar la casa (sacudir, trapear)

b) Lavar (trastes, ropa)

c) Planchar

d) Cocinar

- e) Cuidar niños y niñas
- f) Cuidar personas enfermas
- g) Cuidado de personas adultas
- h) Otras actividades, mencione algunas

10. Las labores que desempeña en su trabajo : \_\_\_\_\_

- a) Se acordaron en un principio en la contratación
- b) Las labores se fueron sumando conforme se trabajaba.

11. ¿Sus horarios de entrada y salida son fijos?  
 a) Si  b) No

12. ¿Su empleadora respeta sus horarios de salida del trabajo?  
 a) Siempre  b) a veces  c) nunca

13. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?  
 a) Una persona

b) Dos personas

c) Tres personas

d) Cuatro personas

e) Cinco personas

15. ¿Cuenta con vacaciones? a) Si  b) No

16. ¿Indique cuáles? \_\_\_\_\_

17. ¿Cuenta con aguinaldo? a) Si  b) No  c) a veces

18. ¿Faltó al trabajo en los últimos meses?  
 a) Si  b) No

19. ¿Cuántas de estas ocasiones fue por motivos de salud? \_\_\_\_\_

**VI. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES**

De la siguiente lista de actividades marque con una ✓ en la afirmación.

1. En su puesto de trabajo está de manera excesiva o constante a:	SI	NO
1. Calor		
2. Frio		
3. Polvo		
4. Ruido		
5. Cambios bruscos de temperatura		

	SI	NO
6. En su trabajo tiene condiciones insalubres o de falta de higiene		
7. ¿ Tiene acceso al baño?		
8. Su empleadora le proporciona alimentación (desayuno o Comida) durante su jornada?		
9. ¿Bebe agua en sus horas de trabajo?		
2. Su trabajo la obliga a :	SI	NO
10. Una jornada semanal mayor de 48 horas		
11. Realizar actividades pendientes del trabajo en días de descanso o vacaciones		
12. Realizar un trabajo repetitivo		
13. Su empleadora la vigila constantemente		
14. Recibir constantes indicaciones por parte de la empleadora en la forma de hacer su trabajo.		
15. Realizar un trabajo que le pueda ocasionar algún daño a su salud		
16. Realizar esfuerzo físico muy pesado		
17. Estar sin comunicación con otras personas		
18. No le permite convivir con otras personas		

Las siguientes preguntas se refieren a una actividad física constante. Sólo conteste que Sí, si lo que se pregunta lo lleva a cabo por 2 o más horas seguidas durante la jornada.

1. Su trabajo la obliga a realizar movimientos que requieren fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo:	Sí	No
19. Hombros, brazos o manos		
20. Espalda o cintura		
21. Piernas		
22. Adoptar posiciones incómodas o forzadas		

Las siguientes preguntas se refieren a los riesgos a la que están expuestos derivado del trabajo.

2. Su trabajo la obliga a	Sí	No
23. Manipular cargas		
24. Estar expuesta a tener caídas en un mismo nivel o de altura		
25. Tener contacto con productos químicos ( cloro, detergentes, sosa etc)		
26. Estar expuesta a enfermedades contagiosas		

3. Valoración del trabajo	Sí	No
27. ¿Valora su trabajo?		
28. ¿Le da satisfacción la realizar su trabajo?		
29. ¿Le gustaría que su hijo (as) trabajara en lo mismo que ustedes?		
30. ¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destreza?		
31. ¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?		
32. ¿Puede usted decidir sobre cómo trabajar?		
33. ¿Puede usted fijar el ritmo de trabajo?		
34. ¿Sus empleadores son solidarios con usted y valoran su trabajo?		

**VII. CONDICIONES DE SALUD**

1. ¿Cuánta con seguridad social?

- a) IMSS   
 b) ISSSTE   
 c) MARINA   
 d) Seguro popular  e) Ninguno

2. ¿Cuándo tiene algún problema de salud asiste a?

- a) Centro de salud   
 b) Médico particular   
 c) Se automédica   
 d) Ninguno

3. Durante el último año le han diagnosticado alguna de estas enfermedades	SI	NO
a) Sobrepeso		
b) Obesidad		
c) Glucosa elevada		
d) Colesterol alto		
e) Triglicéridos altos		
f) Diabetes		
g) Hipertensión arterial (presión alta)		
h) Enfermedades crónicas ( infarto, angina de pecho)		
i) Infecciones urinarias o alguna enfermedad de los riñones		
j) Varices		
k) Cefaleas (dolor de cabeza)		
l) Dolores musculares		
m) Estrés		
n) Fracturas relacionadas con caídas		
o) Depresión -tristeza		
p) Intoxicaciones		
q) Quemaduras y otras lesiones de la piel de tipo alérgico o irritativo		
r) Nerviosismo		
s) Ansiedad		

4. Otras enfermedades \_\_\_\_\_

## Referencias

Arjona. L, A. R. (2016). *Trabajo en casa particular, curso de vida y envejecimiento: un acercamiento a las representaciones de empleadas y ex empleadas domésticas en Valle de Chalco Solidaridad*, (Tesis doctoral). Estado de México, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología. 1-1053.

Brites, J. (2013). *Trabajo Domestico en Brasil: Transformaciones y Continuidades de la precariedad*. *Trayectorias*, 15 (36), 3-19.

Brites, J., Tizziani, A., & Gorbán, D. (2013). *Trabajo doméstico remunerado: espacios y desafíos de la visibilidad social*. *Revista de Estudios Sociales* (45), 226-228.

CACEH. (2018). *Centro de apoyo y capacitación para empleadoras del hogar, AC*. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de <http://www.caceh.org.mx/>

Cardona, O. J. (1988). *El concepto de salud enfermedad y salud pública en los diferentes modelos de producción*. *Revista Centroamericana de Administración Pública* (12), 103- 136.

Cebollada, M. (2017). *Hacer visible lo invisible: Formalización del trabajo del hogar remunerado en México. Una propuesta de política pública*. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la discriminación, 1-129.

Cerqueire, M., Conti, C., De la torre, A., & Shepherd, I. (2003). *La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en América Latina*. *OPS/OMS* (33), 36-44.

Chapela, M. (2017). *Promoción de la salud. Una instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*, 1-22.

CONAPRED. (2018). *Grupos en situación de Discriminación: Numeralias*. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de [http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=562&id\\_opcion=703&op=703](http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=562&id_opcion=703&op=703)

Dalle, et al. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires, 1-173.

Delgado, D. I., & Álvarez, H. (2015). *Diseño de Estudios Epidemiológicos I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad*. 32 (1), 26-34.

Doyal, L. (s.f). *Un análisis feminista del impacto del trabajo doméstico en la salud de las mujeres*. 1-10.

ENADIS. (2010). *Resultados de las Trabajadoras del hogar*,1-114. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-TD-Accss.pdf>

Enriquez, M. (2003). *Modos de producción y Formaciones Sociales en América Latina*. 1-13.

Frenk, J., & Gómez. D, O. (2008). *El Sistema de Salud en México*. 1-112.

Goren, N. (2013). *Una relación conflictiva trabajo no remunerado vs trabajo remunerado en los en los programas de transferencia condiona de ingreso*. La Aljaba segunda época (17), 29-44.

Hernández, S. R., Fernández C, C., & Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.),1-670.

INEGI (20 de junio 2017) *Estadísticas a propósito del día internacional del trabajo doméstico*. 1-28. Recuperado el 31 de 2018 de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/domestico2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/domestico2017_Nal.pdf)

INEGI. (16 de Mayo de 2017). *Resultados De La Encuesta Nacional De Ocupación Y Empleo, Cifras Durante El Primer Trimestre De 2017*.1-2. Recuperado el 7 de 31 de 2018, de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe\\_ie/enoe\\_ie2017\\_05.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe_ie/enoe_ie2017_05.pdf)

INEGI. (2017). *Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo cifras durante el cuarto trimestre de 2016*. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe\\_ie/enoe\\_ie2017\\_02.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe_ie/enoe_ie2017_02.pdf)

INEGI. (22 DE Julio 2017). *Estadísticas a propósito del día internacional del trabajo Doméstico*, Datos Nacionales, Aguascalientes, AGS, 1-19.

INEGI. (6 de Marzo de 2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer*. Datos Nacionales. 1-16.

INEGI. (6 de Marzo de 2018). *Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer (8 de marzo)*. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2018/mujer2018\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2018/mujer2018_Nal.pdf)

INMUJRES, & INEGI. (2016). *Mujeres y hombres en México*.1-260.

Lamas, M. (7 de Abril de 2014). *De sirvientas a empleadas*. Proceso. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de <https://www.proceso.com.mx/368433/de-sirvientas-a-empleadas>.

Laurell, C. (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2 (1), 7-25.

Laurell, C. (1994). *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad* en: Rodríguez, Ma. Isabel (coord) lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos (101 OPS), 1-19.

León, M. (2013). *Proyecto de investigación-acción: trabajo doméstico y servicio doméstico en Colombia*. Revista de Estudios sociales (45), 198-2011.

LFT. (2018). *Capítulo XIII-Trabajadores domésticos*. México, (9), 446.

López Arellano, O., Escudero, J. C., & Dary Carmonac, L. (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. Medicina Social , 3 (4), 1-13.

López, O., & Blanco, J. (1994). *Modelos Sociomédicos en salud pública: Coincidencias y desencuentros*. Salud Pública de México, 36 (4), 374-384.

Menéndez, L. (1992). *Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención*. En La antropología médica en México, 97-113.

MT, ESS & OIT. (2014). *Salud y Seguridad en el trabajo (SST) Aportes para una cultura de prevención Educación*; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo: (1a ed.) Buenos Aires, 1-53.

Natalia, A. M. (s.f). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. 1-20. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de <http://elmeccs.fahce.unlp.edu.ar/iv-elmeccs/AlloattiPONmesa13.pdf>

OIT. (2010). *Un trabajo decente para las trabajadoras domésticas remuneradas del continente*. Notas OIT, 1-3.

OIT. (2016). *Las mujeres en el trabajo*. Tendencias, 1-107.

OIT. (2017). *Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011* (núm. 189). Recuperado el 31 de 07 de 2018, de [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTUMENT\\_ID:2551460](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTUMENT_ID:2551460)

OIT. (2018). *Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011* (núm. 189). Recuperado el 04 de 08 de 2018, de Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189).

OIT. (2018). *Ratificaciones de México*. Recuperado el 2018 de 08 de 03, de [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11200:0::NO:11200:P11200\\_COUNT\\_RY\\_ID:102764](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11200:0::NO:11200:P11200_COUNT_RY_ID:102764)

OIT. (s.f). *Horas de Trabajo en el Trabajo Doméstico*. 1-13.

OMS. (1968). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. 1-6.

- OMS. (1998). *Promoción de la salud Glosario*. 1-36.
- ONUMUJERES. (30 de abril de 2018). *En el marco del Día del Trabajo, agencias de la ONU exhortan al Estado Mexicano a ratificar el Convenio 189 de la OIT*. pág. 1.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo.1-31.
- Pedrero, N. M. (2002). *Género, trabajo doméstico y extra doméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico*. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 28 (19), 413-446.
- Pereyra, F. (2013). *El acceso desigual a los derechos laborales en el servicio doméstico argentino: una aproximación desde la óptica de las empleadoras*. Revista de Estudios Sociales (45), 54-66.
- Poblete, L. (2013). *La paradoja francesa: el empleo doméstico como política contra el desempleo*. Reseña del libro Du. Revista de Estudios Sociales (45), 252-255.
- Rizzo, N. (2012). *Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo*. Sociológica, 27 (77), 281-297.
- Santos Padrón, H. (2011). *Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación*. Revista Cubana de Salud Pública, 37 (2), 136-144.
- SSA. (2017). *Veinte principales causas de enfermedad en la Ciudad de México, por grupos de edad*. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20170/principales/estatal\\_grupo/df.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20170/principales/estatal_grupo/df.pdf)
- SSL. (2010). *Manual Informativo de PRL: Enfermedades profesionales*. 1-292
- STPS. (2017). *Ciudad de México: Información laboral*. 1-28. Recuperado el 31 de 07 de 2018, de <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20distrito%20federal.pdf>
- Tizziani, A. (2013). *De madres a hijas: trabajo, familia y reproducción social*. Revista de Estudios sociales, (45), 248-251.
- Toledo, G. M. (2013). *El papel de la confianza en los arreglos particulares del trabajo Domestico remunerado*. Trayectorias año 15 (36), 45-60.