

Percepciones sobre el acceso al derecho a la salud de las personas que realizan trabajo doméstico remunerado en el Distrito Federal

Garantizar el derecho a la salud es esencial para el bienestar de toda persona. Para hacerlo efectivo, se requiere de un trabajo corresponsable entre el gobierno y la sociedad.

DOCUMENTO COMPLETO DE INVESTIGACION

CS-09-I-DH-064-13

PROYECTO:

Percepciones sobre el acceso al derecho a la salud de las personas que realizan trabajo doméstico remunerado en el Distrito Federal.

Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social A.C.

Diciembre, 2013

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	4
Justificación	6
Objetivos	7
II. MARCO CONCEPTUAL EN MATERIA DE TRABAJO DEL HOGAR, NO DISCRIMINACIÓN Y SALUD.....	9
El trabajo doméstico en la historia, una ocupación en crecimiento.	9
Definición del concepto de trabajo doméstico	10
Discriminación hacia las trabajadoras del hogar	13
Atributos culturales que sustentan los estereotipos discriminatorios.....	15
La situación del trabajo del hogar en el Distrito Federal.....	18
Marco conceptual en salud	20
La salud mental como necesidad básica y la relación entre enfermedad mental y enfermedad física	24
Situación en salud que presentan las Trabajadoras del Hogar	25
El sistema de salud en México	28
Servicios de salud y niveles de atención en México con calidad.....	32
III. MARCO NORMATIVO NACIONAL E INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR	36
Derecho a la salud. Definición y contenido	37
Elementos esenciales del derecho a la salud	40
Salud ocupacional o laboral	42
Condiciones satisfactorias de trabajo	43
Instrumentos Internacionales	43
Instrumentos Nacionales y Locales	47
IV. ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LAS CONDICIONES QUE OBSTACULIZAN O BENEFICIAN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA A LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR	56
Metodología	57
Algunas reflexiones en torno a limitaciones que se presentaron en el desarrollo del proyecto.	60
Análisis de la información cuantitativa - Trabajadoras del hogar	62
Condición de género y determinantes sociales	62



Condiciones laborales	65
Condiciones de salud.....	69
Percepciones sobre las condiciones que obstaculizan o benefician el acceso a la salud.....	74
Análisis de la información cualitativa – Revisión de las condiciones que obstaculizan o benefician la prestación de los servicios de salud pública a las trabajadoras del hogar	78
Percepciones de los profesionales de la salud y expertos de la sociedad civil	79
Políticas públicas	84
Programas de salud pública	86
Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)	87
Seguro Popular	89
Accesibilidad física y económica. No discriminación.....	91
Disponibilidad.....	96
El acceso a los servicios de salud.....	98
Calidad y aceptabilidad	100
Sensibilidad cultural	103
Obstáculos para el acceso a los servicios	108
V. CONCLUSIONES.....	110
Recomendaciones para atender la salud de las trabajadoras del hogar.....	112
VI. FUENTES CONSULTADAS.....	117
ANEXOS	121

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en México, la salud es un derecho que todavía se obtiene de manera desigual.¹ La fragmentación y la desarticulación del sistema –tanto nacional como local– de salud afecta a un gran porcentaje de la población, por una lado a quienes aún no tienen acceso a seguro social o a los programas de salud; pero por otro, a grupos poblacionales específicos que requieren de atención y tratamiento especializado.

El trabajo doméstico remunerado es una actividad feminizada en extremo y las cifras nacionales muestran que del total de trabajadores domésticos, 95 de cada 100 son mujeres. Las mujeres trabajadoras del hogar presentan una situación laboral precaria que es motivo de gran preocupación y que tiene consecuencias importantes en la realización de su derecho a la salud, principalmente en aspectos como la accesibilidad, debido, entre otros factores, a condiciones de explotación en las que en ocasiones se suele llevar a cabo este tipo de trabajo (jornadas largas, sin un horario fijo y sin que se les paguen horas extra), la ausencia de un contrato laboral, así como a la carencia de una legislación que les reconozca y garantice mejores condiciones laborales -incluidos la seguridad social-, aunado a la configuración de estereotipos que las hacen sujetas a actos de discriminación.

Ante esta realidad, la legislación nacional todavía no ha sido capaz de garantizar los derechos fundamentales a las trabajadoras del hogar, incluido el acceso de calidad al derecho a la salud; por el contrario, las excluyen de dichos derechos con lo cual no se respeta el derecho a la no discriminación, derecho consagrado en la mayoría de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos.

Por esto, se debe reconocer el trabajo del hogar como trabajo, una labor que implica riesgos graves como caídas, quemaduras, cortadas, contacto con productos de

¹Conapred, *Reporte sobre la discriminación en México 2012. Salud y alimentación*. Editado por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2012.



limpieza tóxicos, enfermedades de tipo respiratorio, alergias y estrés, así como impulsar estrategias que permitan promover el disfrute al más alto nivel de la salud física y mental para las trabajadoras del hogar, dicha estrategia debe estar basada en los Derechos Humanos y desde la perspectiva de la no discriminación.

En el presente informe de investigación se muestra como parte del marco conceptual el análisis de las condiciones en que laboran las trabajadoras del hogar, con el propósito de contextualizar cuál es la problemática que vive esta población cuando deciden acudir a solicitar servicios de salud. En el mismo capítulo se desarrolla una propuesta para conceptualizar la salud desde un abordaje integral. Posteriormente se aborda el análisis del marco normativo nacional e internacional en materia de salud y derecho laboral para trabajadoras del hogar.

En el capítulo IV se describen los resultados sobre la condición de género y los determinantes sociales que influyen en la salud de las trabajadoras. Los temas que se abordaron fueron condición de género, determinantes sociales, condiciones laborales condiciones de salud y condiciones de salud durante el embarazo.

Además, en este capítulo se analizan las condiciones que obstaculizan o benefician la prestación de los servicios de salud pública a las trabajadoras del hogar. En el desarrollo del apartado se observan los obstáculos jurídicos que enfrentan las trabajadoras del hogar para ejercer el derecho a la salud, no obstante que el derecho a la salud ha sido reconocido por diferentes instrumentos internacionales de Derechos Humanos y la legislación nacional, negando con ello el goce efectivo de este derecho.

A su vez se hizo una revisión de los programas para la atención de la salud de las trabajadoras del hogar, desde las percepciones de las trabajadoras, se analizó si los componentes del derecho a la salud se asumen como una obligación por los Servicios de Salud del Distrito Federal para que las trabajadoras del hogar puedan tener acceso a los servicios de salud. Se pudo constatar que en los centros de salud existe un

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org

desabasto de los medicamentos, que de acuerdo al principio de gratuidad, debieran estar garantizados como un derecho para las personas adscritas a estos programas.

Finalmente, se diseñó un apartado de conclusiones y recomendaciones que tienen como propósito aportar insumos para la construcción de políticas que regulen las acciones discriminatorias en la reglamentación del orden jurídico e institucional, y su armonización con los estándares internacionales en materia de no discriminación y derechos humanos. También se visibilizó la necesidad de contar con metodologías que permitan hacer acopio de datos más precisos por sexo y tipo de trabajo, con el propósito de detectar las brechas en el trato, en las oportunidades, en los niveles y condiciones de vida y realizar propuestas para avanzar hacia el respeto y garantía del derecho a la salud de las trabajadoras del hogar que laboran en el Distrito Federal, de igual forma aportar elementos de reflexión para que la sociedad comprenda que estas mujeres son trabajadoras, y por consiguiente tienen derechos y están luchando por ejercerlos.

Justificación

El trabajo doméstico constituye una de las actividades importantes en el cuidado de las personas con efectos trascendentes en su bienestar y desarrollo, al mismo tiempo que facilita la conciliación del cuidado de la familia con el trabajo; sin embargo, es una de las actividades laborales con menor reconocimiento social y económico.

En este sentido, este proyecto busca generar conocimiento para la comprensión de las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas y su acceso a la salud y realizar propuestas para avanzar hacia el respeto y garantía del derecho a la salud de las trabajadoras del hogar que laboran en el Distrito Federal. Para ello, es necesario detectar sus principales condiciones laborales y las principales enfermedades que afectan su salud física y psicosocial. De la misma manera, se debe identificar la percepción que tienen las trabajadoras domésticas respecto a los obstáculos que se les

presentan para acceder a los servicios médicos, así como a la calidad de la atención que se les proporciona. Así, a través del enfoque de bienestar integral y de Derechos Humanos, se realiza una revisión de los mecanismos establecidos en los programas de salud que se han implementado para este grupo, así como el grado de eficacia en el cumplimiento de la disponibilidad, accesibilidad y calidad en el derecho a la salud.

Para este estudio nos enfocaremos en un Derecho Humano fundamental y básico para el desarrollo óptimo de las personas que es el de salud, tratando de visibilizarlo y con la intención de suministrar elementos para que los servicios de salud pública brinden atención integral, siempre con un enfoque de derechos.

Es importante señalar que, aunque el trabajo doméstico remunerado no es una actividad exclusiva de mujeres, esta investigación se enfocará a tratar el problema desde la perspectiva femenina ya que, como se ha mencionado, el mayor porcentaje de trabajadores son mujeres.

Objetivos

Objetivo general

Conocer el estado del derecho a la salud de las mujeres que realizan trabajo doméstico remunerado en el Distrito Federal, con la finalidad de generar recomendaciones en materia de política de salud pública con un enfoque de Derechos Humanos.

Específicos

1. Conocer la percepción que tienen las mujeres que realizan trabajo doméstico remunerado sobre los problemas o barreras para el acceso y la calidad en la atención médica de los servicios de salud pública.



2. Identificar las condiciones que obstaculizan o benefician la prestación de los servicios de salud a través de las opiniones de profesionales y/o servidores públicos y del personal que labora en organizaciones de trabajadoras de domésticas.
3. Analizar el marco normativo nacional e internacional en materia de salud, a partir de un enfoque de bienestar integral y de derechos humanos.
4. Analizar los mecanismos implementados en programas para la atención de la salud de las y los trabajadores del hogar en el Distrito Federal, en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención.
5. Elaborar recomendaciones en materia de política de salud pública, para atender, de manera integral y con un enfoque de derechos humanos, la salud física y psicosocial de las personas que realizan trabajo del hogar en el Distrito Federal.
6. Elaborar y distribuir una publicación tipo comic para devolver los resultados a la población participante.

II. MARCO CONCEPTUAL EN MATERIA DE TRABAJO DEL HOGAR, NO DISCRIMINACIÓN Y SALUD.

El trabajo doméstico en la historia, una ocupación en crecimiento.

A lo largo de la historia, el trabajo del hogar, o también llamado trabajo doméstico, ha sido de las ocupaciones más antiguas en el mundo. Tradicionalmente al hombre y la mujer se les asignaron roles muy definidos, catalogando a la mujer con labores de cuidadora del hogar y educadora de los hijos, donde le corresponden tareas de atención al hogar como es cocinar, lavar, limpiar, cuidado de enfermos, al mismo tiempo que facilita la conciliación del cuidado de la familia con el trabajo, entre otros; mientras que el hombre tiene la obligación de proveer económicamente a la familia. Ahora los tiempos cambiaron y la incorporación de las mujeres al mercado laboral genera diferentes condiciones para el desarrollo del hogar y la familia;² sin embargo, es una de las actividades laborales con menor reconocimiento social y económico.

Para finales de los años setenta, algunos observadores como Lewis Coser o David Chaplin, predecían la extinción de esta labor, decían que desaparecería a medida que los países se industrializaran y modernizaran para ser reemplazada por los aparatos domésticos inventados en todos los ámbitos, desde lavadoras, licuadoras, hornos de microondas, máquinas de coser etc., sin olvidar los productos que podían ser adquiridos fuera del hogar como la comida rápida o las lavanderías. Consideraban al trabajo del hogar como tareas menores no especializadas, sin darles la importancia que merece.^{3, 4} Para el siglo XXI esta idea no solo no se cumplió, sino que se incrementó el número de trabajadores del hogar.

² (Conferencia Internacional del Trabajo, 99.a reunión, 2010 Informe IV (1) Trabajo decente para los trabajadores domésticos 1 ed. 2009)

³ Coser, Lewis. *Servants: The Obsolescence of an Occupational Role*, Social Forces .1978

⁴ Chaplin David. *Domestic Service and Industrialization*. 1978

Definición del concepto de trabajo doméstico

El trabajador doméstico o “el trabajador del hogar” es definido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su Convenio 189 como “aquella persona que realiza trabajo en un hogar u hogares o para los mismos, en el marco de una relación de trabajo sin ser de forma ocasional o esporádica⁵.

El término “trabajo doméstico” abarca una amplia diversidad de tareas y servicios que varían de un país a otro, y pueden ser diferentes por características específicas, como son la edad, el género, la situación de migración, así como del contexto cultural y económico en el que trabajan, solo por mencionar algunos. Lo anterior significa que establecer una definición del trabajo doméstico y de los trabajadores involucrados en él basándose únicamente en las tareas que deben realizarse, lo más probable es que siempre sea incompleta. El Convenio núm. 189 se basa más bien en la característica común y distintiva de que los trabajadores domésticos son empleados por hogares particulares y prestan servicios a éstos.⁶

De acuerdo a la OIT, el trabajo doméstico remunerado es una de las labores más susceptibles de explotación, bajos salarios, cancelación de derechos y falta de protección legal. Como lo señala el Informe titulado “Los trabajadores domésticos en el mundo. Estadísticas mundiales y regionales, y alcance de la protección jurídica” se reportó que en México, el 76.3% carece de prestaciones laborales, 44% no cuenta siquiera con servicios de salud y 25% apenas gana un salario mínimo; 83.6% no goza de vacaciones y 73% no recibe aguinaldo al finalizar el año.

Las mujeres trabajadoras además no pueden acceder a licencias de maternidad, el derecho a una pensión, guardería para sus hijos o pago de incapacidades, según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), quien en su *Encuesta*

⁵Art. 1 del Convenio 189 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos, adoptado el 16 de junio de 2011

⁶ Tomado de la página activa en octubre de 2013: <http://www.ilo.org/ipecc/areas/Childdomesticlabour/lang-es/index.htm>

Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010, reportó que de acuerdo a las respuestas obtenidas por las mujeres trabajadores del hogar en las 32 entidades federativas del país, el principal problema por el que suelen perder su empleo está relacionados con problemas de salud⁷, resultado de las actividades que realizan, de una alimentación deficiente y de las condiciones socioeconómicas en las que viven, seguido del hecho de que la despidieron o porque recibieron malos tratos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 establece “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, el cual, de acuerdo a la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, no se limita al derecho de atención de la salud, sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones a las cuales puedan llevar a una vida sana, tales como, “la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas; y un medio ambiente sano”, por lo tanto, para la satisfacción de este derecho se requiere el cumplimiento de condiciones de disponibilidad de bienes, servicios y centros de atención; de accesibilidad física, geográfica y económica; aceptabilidad a las condiciones socioculturales de la población; y supone servicios de calidad, calificación de personal médico, de medicamentos y de equipo hospitalario.

Al respecto, la legislación nacional laboral y de seguridad social no ofrece protección para este sector económico de la población, así en la *Ley Federal del Trabajo*, en el Capítulo XIII denominado “Trabajadores Domésticos”⁸, sólo considera el derecho al descanso, al salario, a la alimentación, a llevar a cabo sus labores en un local cómodo e higiénico y a la indemnización. Se les excluye del derecho a la vivienda y a la

⁷ Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010, resultados sobre trabajadoras del hogar* (México: Conapred, 2012) p. 61.

⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley federal del trabajo*, publicada en el Diario Oficial de la Federación última reforma publicada DOF 30 - 11 - 2012. P.71.

reinstalación, además, no se establecen disposiciones sobre los derechos a la libertad sindical, la negociación colectiva, la seguridad social, la estabilidad en el empleo, la irrenunciabilidad de los derechos adquiridos, y la equidad de género. En materia de salud, el art. 338 establece que “en los casos de enfermedad que no sea de trabajo, el patrón deberá: pagar al trabajador doméstico el salario que le corresponda hasta por un mes. En caso de que la enfermedad no sea crónica, proporcionarle asistencia médica entre tanto se logra su curación o se hace cargo del trabajador algún servicio asistencial”; por el contrario, “si la enfermedad es crónica y el trabajador ha prestado sus servicios durante seis meses por lo menos, proporcionarle asistencia médica hasta por tres meses, o antes si se hace cargo del trabajador algún asistencial”.

Cabe mencionar también que en nuestro país, los beneficios de salud están estrechamente relacionados con la seguridad social, a la cual se accede a través de un empleo formal o bien a través del Seguro Popular, programa dirigido para las personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Para las trabajadoras domésticas, el acceso a la seguridad social también se ve limitado por la legislación nacional debido a que la *Ley del Seguro Social*⁹ establece que sólo pueden ser inscritas voluntariamente en el régimen obligatorio, lo que implica depender de la voluntad del empleador¹⁰; y si bien la incorporación al IMSS puede ser voluntaria, en realidad está sujeta a la voluntad del empleador para garantizar su inscripción, además deben someterse a exámenes y estudios para constatar su estado de salud y en caso de tener alguna enfermedad preexistente o crónica degenerativa no podrán gozar de este derecho.

⁹ En México, “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así COMO, el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado” Ley del Seguro Social. Art.2

¹⁰ *Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización*, artículo 81 y 82.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades gubernamentales por garantizar el derecho a la salud y por incrementar la afiliación de la población a este tipo de servicios, aún falta garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud, debido a que los datos mencionan que existe desabasto de medicamentos y retraso en la entrega de recursos estatales, lo que pone en riesgo a la población no asegurada ante eventualidades de salud que podrían ser catastróficas a su economía.¹¹

Esta falta de reconocimiento social y económico en la legislación nacional y por parte de la sociedad, así como la falta de visibilización de las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas, impide que puedan acceder a sus derechos, como el de la salud. Las trabajadoras domésticas han sido poco visualizadas y hasta hace poco han surgido estudios internacionales y nacionales recientes que buscan conocer su situación. A nivel gubernamental en la última década se han implementado programas nacionales¹² con la intención de impulsar el desarrollo de estudios e investigaciones sobre las condiciones laborales de las trabajadoras del hogar. Del mismo modo, ha llevado a cabo acciones de sensibilización a favor de la dignificación del trabajo del hogar; sin embargo, todavía queda mucho trabajo pendiente en cuanto al reconocimiento legal de todos sus derechos laborales y de seguridad social y en cuanto a la generación de cambios culturales en la sociedad que impidan que esta realice o justifique la realización de actos de discriminación hacia este grupo.

Discriminación hacia las trabajadoras del hogar

La discriminación es un método para la exclusión y tiene su base en ideologías o doctrinas de superioridad que pregonan sobre la diferencia étnica, religiosa, sexual, entre otras. Dar un trato de inferioridad o diferenciado a una persona o a un grupo de

¹¹ *Evaluación de la auditoría superior de la federación de acuerdo con el informe de resultados sobre la revisión de la cuenta pública* (Cámara de Diputados, México, 2010); Angeles Cruz Nartínez, *La Ssa hará lo necesario para que continúe operando sistema informático de seguimiento* periódico la jornada, miércoles 2 de enero de 2013, p. 30

¹² El *Fondo Proequidad* del Instituto Nacional de las Mujeres (el cual convoca a organizaciones de la sociedad civil, empresas sociales y organismos sociales a apoyar el desarrollo de temas, entre los que destaca el trabajo hogar). Conapred

personas por la oscuridad de su piel, por su forma de hablar o por el estrato económico al que pertenece es una práctica común en las sociedades modernas. De manera histórica las trabajadoras del hogar han sido objeto de discriminación y exclusión debido a los estereotipos, mitos y representaciones negativas que la sociedad y los medios de comunicación han construido de ellas.

La imagen creada y difundida por los medios masivos de información ha contribuido a que el trabajo del hogar sea objeto de burla. Estos creadores han asociado, de manera violenta y errónea, las condiciones físicas, económicas y culturales -de estas trabajadoras- con la ignorancia y falta de educación, lo que ha repercutido en la desvalorización del trabajo doméstico (limpiar la casa, lavar, planchar y el cuidado de las y los niños) e incitando a realizar acciones de maltrato y humillación, prácticas que se perciben como incorrectas pero que difícilmente se reconocen como violencia o discriminación¹³.

A estos estereotipos habría que sumar mitos que presentan a la trabajadora como “parte de la familia”, provocando una falsa inclusión en la vida íntima de los empleadores y el no reconocimiento del hogar como un lugar de trabajo (o centro laboral). El considerar al trabajo del hogar como una relación de apoyo o ayuda y no como una relación laboral, ha implicado que las y los empleadores no reconozcan los derechos laborales y las condiciones precarias en las que desempeñan su trabajo.

Es la descalificación étnica, reproducción mítica construida desde una cultura hegemónica, una de las razones que motivan a empleadores o “patrones” a otorgar un trato discriminatorio a las trabajadoras del hogar. No olvidemos que el racismo y la discriminación hacia la población indígena de nuestro país es producto del carácter excluyente y etnocéntrico que se manifestó en el proceso de formación de la nación,

¹³Las trabajadoras del hogar consideran que el principal problema que les atañe como grupo es el exceso de trabajo y poco sueldo (38.8%), seguido por conductas que las afectan en su dignidad y derechos, como el abuso, el maltrato, la humillación y la discriminación (19.3 %). Datos extraídos de la *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010*, (México: Conapred, 2012) p. 57.

orientada a constituir una sociedad lingüística y cultural homogénea. Así, estas prácticas de desigualdad de trato se vuelven cotidianas, al grado de no poder recocerlas como discriminatorias; acciones que se encuentran arraigadas en la cultura y orientadas por valores o creencias que refieren a la naturaleza de los grupos.

La aceptación de la distinción supone una serie de acuerdos normativos que indican el actuar en la sociedad. Es preocupante aceptar que estos acuerdos, a menudo explícitos, se encuentran soportados en los esquemas culturales o marcos de acción y confieren a la discriminación una *dimensión estructural o institucional* (Zepeda, 2011:22). En este sentido, si la discriminación se encuentra normalizada en la vida diaria, es por consiguiente inevitable que redunde en el ordenamiento jurídico. Estas prácticas regularizadas o estandarizadas niegan la existencia del *Otro* de manera sistemática y legitiman acciones que repercuten en el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos.

Atributos culturales que sustentan los estereotipos discriminatorios

En contextos urbanos y con una gama de diversidad étnica, la imagen que se ha construido de las personas que realizan trabajo doméstico no sólo se sustentan en las diferentes físicas, sino que también están profundamente diferenciadas en sus condiciones económicas, históricas y culturales.

Las prácticas de discriminación *por apariencia física* como la edad, el género y la etnia son condiciones frecuentemente estigmatizadas, ya que el trabajo es realizado en su mayoría por mujeres y a su vez las actividades que realizan son las relacionadas con el cuidado familiar como. En el caso del fenotipo, muchas veces son representadas con tonos de piel más oscuros, rasgos indígenas o afrodescendientes. Sin embargo, es el estrato social o la *condición económica* la que, comúnmente, se superpone a las características físicas (fenotipo y color de piel).

Históricamente se ha vinculado el trabajo del hogar con la esclavitud tradicional y el colonialismo, etapas donde el elemento racista era una diferencia que conllevaba a la subordinación¹⁴ pero que en la actualidad no se distinguen los colores; sólo buscan a los débiles, crédulos o vulnerables, independientemente del origen étnico o color de piel. En una sociedad dividida por estratos la situación de pobreza representa inferioridad o carencia de cultura, factores que han influido para la exclusión y ridiculización. Las trabajadoras del hogar víctimas de racismo sufren a menudo una doble o triple distinción, puesto que a la discriminación de género, se añade la étnica y de clase social. Lo que se conoce como discriminación múltiple o agravada.

La condición migratoria de las personas que realizan trabajo del hogar también ha contribuido a la diferenciación cultural. La identidad de la trabajadora se configura en el contexto social en el que interactúa¹⁵, lo que provoca una doble incompreensión debido a la adaptación a nuevos códigos sociales y al desconocimiento cultural del grupo que lo acoge. Las prácticas de discriminación *cultural* que han padecido las trabajadoras del hogar tienen como base la distinción de códigos comunes; en relación a sus prácticas lingüísticas -lengua, dialecto¹⁶- y al uso del cuerpo¹⁷. Como prácticas lingüísticas nos referimos a tener como lengua materna una lengua indígena, o la forma de hablar el español (la inflexión, la conjugación de los verbos, el léxico). Y como uso del cuerpo, a los aspectos perceptibles semióticamente, por ejemplo: el uniforme (zapatos, mandil...gorro) o el peinado (las trenzas). En este sentido la

¹⁴ Kevin Bales y Jessica Reitz, "El racismo y la esclavitud contemporánea", en *Las dimensiones del racismo*. Actas de un Taller para conmemorar el fin del Tercer Decenio de la Lucha contra el Racismo y la Discriminación Racial París, 19 y 20 de febrero de 2003. Editado por la ACNUDH y la UNESCO. Nueva York y Ginebra, 2005.

¹⁵ Marina-Arriola, 2001:19

¹⁶ La lengua es el sistema de signos doblemente articulados con el que se comunican los miembros de una comunidad, suele usarse como sinónimo de idioma y lenguaje. Un dialecto es una variante, generalmente relacionada a la región geográfica, de una misma lengua. Por ejemplo, el español yucateco y el español regiomontano son dos dialectos de una misma lengua (Luna, Viguera, Baez, 2007)

¹⁷ "...los cuerpos son potencialmente molestos. Las convenciones del vestir pretenden transformar la carne en algo reconocible y significativo para una cultura; es fácil que un cuerpo que no encaja, que transgrede dichos códigos culturales, provoque escándalo e indignación y que sea tratado con desprecio o incredulidad. Ésta es una de las razones por las que la indumentaria es una cuestión de moralidad: vestidos de forma inadecuada nos sentimos incómodos, estamos expuestos a la condena social" (Entwistle, 2002:22).

trabajadora hogar que migra a otra comunidad conserva el atributo de lejanía y no pertenencia, lo que en ocasiones la lleva a ser objeto de desconfianza y “peligro”.

Es común que en el proceso de rechazo de la persona (o grupo) se le asignen atributos negativos que desacreditan su condición identitaria. A estos atributos que generan el descrédito se les denomina estigmas, o marcas, que permiten identificar los rasgos comunes del discurso visual o sonoro que comparte un individuo con un grupo o sociedad, colocándolo en casillas o categorías que dan pie a la formación de imágenes simplistas consensadas¹⁸. Estas representaciones colectivas son conocidas como estereotipos.

Ejemplo de este proceso es que cuando una persona no indígena mira a una persona indígena pone énfasis en sus atributos identitarios (rasgos físicos, el tono de la lengua, vestimenta y símbolos religiosos) que lo proveen de formas que le permiten categorizar y diferenciarlo de los demás. El estereotipo que se la sociedad mexicana ha creado de la trabajadora del hogar es una imagen simplista que generaliza y no contempla cada una de las particularidades culturales.

Los estereotipos son predecibles, populares y tranquilizadores porque sabemos cómo actuar ante ellos; lo que implica asunciones del tipo:

“Si fuera necesario generalizar, dar características comunes que identificaran [...] habría que decir que ellas son tímidas y pícaras”¹⁹

“tienes un cuerpo moreno y fuerte, alimentado con hartas tortillas, chile y frijolitos”²⁰.

El estigma facilita la formulación de asociaciones como:

“sin tener plena conciencia de la vida, la aman y se divierten con ella; que no conciben a ciencia cierta cuáles son las causas de su destino-negro-destino de trapeador y detergente, de pulir y fregar”²¹

¹⁸ La parte más violenta de la estigmatización hacia ciertos grupos o poblaciones es la manera en cómo éstos (al quedar marcados) asumen situaciones de discriminación de manera “normal” y la aceptan. Justificando el trato desigual porque reconocen que poseen atributos indeseables señalados por el contexto y la sociedad en donde habitan.

¹⁹ Fragmento original del artículo “Sí, señora”, escrito por Iliana Esparza, publicado en la revista Claudia (1984).

²⁰ Revista Claudia ,1984, página 81.

²¹ Revista Claudia ,1984, página 80.

“piensas en ese terruño tan lejano y diferente a esta casa prestada en la que vives hoy, hogar de todos menos tuyo, reino de ellos tan ajeno a tus costumbres, tan necios y contradictorios para esa cabecita tuya que poco a poco se va envolviendo de corrientes civilizadoras”²².

Este tipo de asociaciones reproducen las relaciones de poder. En la construcción de estereotipos sigue primando el sentimiento de “superioridad racial”, tenemos que mientras más blanco mayor inclusión y mientras más oscuro mayor segregación. Esas asociaciones no solo están presentes en los comportamientos sociales, “sino que se inscriben en la manera de concebir, representar y narrar la sociedad” (Van Dijk, 1997:134). Los estereotipos negativos construidos sobre existencia de las razas influyen para que una sociedad organice su estructura social y coloque en niveles de superioridad o inferioridad según determinadas características físicas y culturales.

La situación del trabajo del hogar en el Distrito Federal

La sociedad mexicana y mundial ha sufrido un cambio, actualmente la participación de la mujer en el mercado laboral se ha incrementado sustancialmente, las razones son diversas y se observa que independientemente del nivel de formación académica, cada vez más mujeres buscan trabajo fuera del hogar; algunas con el objetivo de un crecimiento profesional y otras para lograr subsistir ellas y sus familias, viendo el trabajo del hogar remunerado una opción de ocupación que va en aumento, tanto mujeres y hombres de distintas edades, así como de diferentes estados de la república, e incluso personas extranjeras, se emplean en esta labor.

En México, la cifra de prestadores de servicios domésticos en hogares particulares, prácticamente se duplicó de 1995 a 2013 pasando de 1 millón a 2 millones; y según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, al tercer trimestre del 2012 existían 2 millones 200 mil personas dedicadas al trabajo doméstico remunerado en hogares

²² Revista Claudia ,1984, página 80.

particulares; de las cuales, el 5% se concentraban en la capital del país, centroeconómico que ha presentado cifras importantes de crecimiento en su población; y que en un futuro podría demandar aún más este tipo de actividad económica.²³

La CDHDF en el Diagnóstico de los Derechos Humanos del Distrito Federal (2008) señaló que el trabajo doméstico remunerado representa la tercera ocupación femenina en la capital y el 60% de las empleadas del hogar se concentran en las delegaciones Álvaro Obregón, Iztapalapa, Tlalpan, Miguel Hidalgo y Coyoacán; aunado a que Iztapalapa y Tlalpan son dos de las cinco delegaciones que concentraron el mayor número de personas en pobreza, según señala el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en su Informe de pobreza y evaluación en el Distrito Federal (2012), es importante y de interés realizar esta investigación en estas dos delegaciones.

El trabajo doméstico remunerado es considerado una actividad feminizada en extremo y las cifras nacionales muestran que del total de trabajadores domésticos, 95 de cada 100 son mujeres²⁴. Las mujeres trabajadoras del hogar presentan una situación laboral precaria que es motivo de gran preocupación y que tiene consecuencias importantes en la realización de sus derechos, incluyendo a la salud, que se considera básico para el desarrollo óptimo de una sociedad; principalmente en aspectos como la accesibilidad, debido entre otros factores, a condiciones de explotación en las que en ocasiones se suele llevar a cabo este tipo de trabajo (jornadas largas de trabajo, sin un horario fijo y sin que se les paguen horas extra), la ausencia de un contrato laboral; así como, a la carencia de una legislación que les reconozca y garantice mejores condiciones laborales, incluidos la seguridad social; así como, a la configuración de estereotipos que las hacen sujetas a actos de

²³ El D.F. mostró un aumento de la población de 8.6 a 8.8 del año 2000 al 2010 respectivamente. Censo de población y vivienda 2010. INEGI

²⁴ Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012

discriminación y a una idea equivocada de vulnerabilidad por parte de los mismos empleadores y de la comunidad en general, quien suele establecer una relación de apoyo o de ayuda más que de reconocimiento de sus derechos laborales.

Por esta razón el estudio se está enfocado a mujeres trabajadoras del hogar, pues se observa que el trabajo doméstico remunerado es una actividad primordialmente femenina donde la violación a sus derechos humanos por su condición de mujer y trabajadoras se observa más frecuentemente de lo que debería ser, siendo las burlas, malos tratos y acoso laboral algunos de los actos que afectan a este sector de la población.

Marco conceptual en salud

Entrando en materia de salud, vale la pena resaltar que los Derechos Humanos son propios por el solo hecho de existir, se consideran como los derechos y libertades que tienen todas las personas, de manera individual o colectiva, para poder llevar una vida digna; no dependen de ningún requisito como la nacionalidad, el origen étnico, sexo, raza, condición socio económica. Cada derecho representa una necesidad o una aspiración para el desarrollo óptimo de cada persona, es necesario conocerlos, pero también deben tener un lenguaje jurídico que permita a las personas exigirlos al estado o a otro individuo.; pues deben ser respetados por todas las personas y garantizados por el Estado siempre con el principio de la no discriminación.²⁵

Hablamos de salud con tal naturalidad que muchas veces olvidamos que debe ser tomado desde una visión holística o integral, su definición y concepción puede variar según el área de estudio y por esta razón es importante definirla y conceptualizarla; aunque resulta complejo el discurso sobre la definición en salud, porque las percepciones varían según el tiempo; resulta complicado manejar una noción que

²⁵ Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos. Hablemos de los derechos humanos de los pueblos y comunidades indígenas. Munguía, México 2008

cumpla con la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales; es por esto que para trabajadoras del hogar, tendremos en cuenta el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁶ Pues es el concepto de salud más aceptado y representativo, el cual generó un importante avance, por estar centrado en la salud del individuo considerándolo como un ser biopsicosocial y no solo la ausencia de enfermedades. Sin embargo, creemos necesario incluir la definición con la emitida por la OIT, llamada salud ocupacional, la cual es conocida también como salud laboral.

Salud Ocupacional: una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo.

Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo; realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores, respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.²⁷

Existe una relación directa entre la salud y el trabajo, el grado de salud poblacional puede reflejar el estado de progreso de una sociedad, mientras mayor salud; mayor

²⁶ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of TheWorldHealthOrganization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

²⁷<http://enfoqueocupacional.blogspot.mx/2011/07/definicion-de-salud-ocupacional-segun.html>

productividad; por esta razón, la salud ocupacional tiene como objetivos mantener y promover la salud y la capacidad de trabajo de las y los trabajadores; prevenir las enfermedades propias de la profesión que se realice, además de protegerlos de los riesgos a su salud presentes en el ambiente laboral donde se desempeñan, por ejemplo las ocasionadas por las sustancias que manipulan o elaboran, por equipos, máquinas o herramientas que utilizan y de esta forma establecer condiciones aptas del medio ambiente para finalmente mejorar las condiciones del trabajo para favorecer la salud y la seguridad de los trabajadores.²⁸

Es importante resaltar que la Salud Ocupacional no se limita a cuidar las condiciones físicas de las personas que trabajan, sino que también se ocupa de la cuestión psicológica por medio de lograr que el ambiente de trabajo sea agradable y libre de incomodidades. Se puede concluir que la Salud Ocupacional pretende proteger y fomentar la salud y la capacidad de trabajo de las y los trabajadores, así como el bienestar de su familia y la de su ambiente.¹⁷

El ámbito de la salud en el trabajo se está ampliando para cubrir no sólo la salud y la seguridad, sino también el bienestar psicológico y social y la capacidad de llevar una vida social y económicamente productiva. ¹⁷ De acuerdo con las definiciones antes planteadas, los servicios de salud deben tener en cuenta la relación de múltiples factores para alcanzar el más alto grado de salud en las mujeres que trabajan en el hogar; la medicina tiene divisiones para facilitar el tratamiento de los problemas en salud que presentan las poblaciones, las cuales pueden generar subdivisiones para problemas específicos que se presenten.

Cabe mencionar que el trabajo doméstico se considera una actividad desarrollada culturalmente en su mayoría por mujeres; la importancia de conocer el concepto de

²⁸ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (Madrid, España: Subdirección General de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) I: pp. 16.20 - 16.21. ISBN 84-8417-047-0. Consultado el 11 de abril de 2013.

salud física radica en que las actividades propias de su labor requieren esfuerzos físicos constantes y aunado a las jornadas largas con pocas horas de descanso, llevan al cuerpo a condiciones de extremo cansancio, lo que da como resultado el desarrollo de enfermedades físicas que pueden llegar a incapacitarlas de forma temporal o permanente y en muchas ocasiones no les permiten seguir con sus obligaciones laborales por lo que con frecuencia se presentan actos de discriminación y violación a sus derechos por la ausencia de legislación en la cual puedan apoyarse.

Los profesionales en salud manejan la **salud física** como la condición en la que se encuentra el cuerpo, esto consiste en el buen funcionamiento fisiológico del organismo; es decir, cuando las funciones físicas se desarrollan de manera normal, somos aptos y dispuestos físicamente para la actividad mecánica y el trabajo, de esta forma pueden afrontar los desafíos de empleo que se les presentan, donde según estudios las trabajadoras son muchas veces explotados laboralmente y discriminados; afectando no solo su salud física, sino la salud mental que es la segunda área primordial para tener en cuenta por parte de los servicios de salud y de los que ahí laboran; la llamada **salud mental**, la cual ha sido desatendida o no tomada en cuenta con la seriedad que representa. La definen como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.²⁹

Por último definiremos a la **Salud Social**, como la habilidad de construir relaciones positivas y constructivas con individuos, las llamadas redes sociales, busca también tener la capacidad de relacionarse y adaptarse al entorno que lo rodea, para ello el gobierno y la sociedad tienen responsabilidades compartidas, el gobierno ofreciendo a los ciudadanos igualdad de oportunidades, acceso a los bienes y servicios libres de

²⁹ OMS, nota descriptiva N 220 septiembre de 2010.

discriminación y con calidad, mientras que las y los migrantes internacionales les corresponde informarse, y exigir sus derechos primordiales.

La salud mental como necesidad básica y la relación entre enfermedad mental y enfermedad física

Aunque la salud mental puede tener causas de carácter biológico, sobre todo genéticos como es el caso de la esquizofrenia, su origen es multifactorial, un buen estado de salud mental busca el equilibrio emocional y la capacidad de adaptación a las circunstancias que se presentan en la vida diaria, las trabajadoras del hogar al llevar a cabo sus labores en hogares, no debe de olvidarse que tienen una familia a la cual atender, ya sean hijos o padres y la relación entre trabajo y familia puede generarse de forma positiva o negativa; llevándose de forma negativa cuando las actividades laborales no afectan los roles familiares, mientras que es negativa cuando la participación en uno de estos roles obstaculiza la ejecución del otro, por ejemplo, cuando los horarios de trabajo les impiden convivir con la familia les genera sentimientos de culpa, tensión o bien, los problemas familiares pueden asociarse con disminución de la productividad Laboral.³⁰ estas condiciones aumentan considerablemente los riesgos a sufrir enfermedades psicológicas como miedos, angustias, ataques de pánico, depresiones, estrés; que sumados con factores externos como las condiciones de pobreza, la inequidad de género, o la exclusión social; merman el estado de salud del individuo que al no ser diagnosticadas y tratadas correctamente su desenlace puede ser la muerte.⁸

La salud mental es un fenómeno complejo y en este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. Otro aspecto inherente a la política social, es que la salud mental se relaciona al igual

³⁰Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. Salud Publica Mex 2008;50:482-489.

que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares. Así, además del bienestar físico, el mental tendría que ser una prioridad.

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.³¹

Situación en salud que presentan las Trabajadoras del Hogar

Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido a los problemas económicos del país y a la dificultad de encontrar un trabajo con ingresos suficientes para sostener un hogar, las mujeres ante este panorama deciden apoyar económicamente en los hogares, lo cual ocasiona una doble carga de trabajo para ellas, en la que además de cumplir con las labores propias de su hogar, se encuentran dentro del mercado laboral, lo cual se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerables la incidencia de la problemáticas mentales en este grupo.³²

Un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante, para la pareja, la familia, y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del

³¹En lenguaje técnico se habla de Comorbilidad psiquiátrica con enfermedades médicas. Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001.

³²Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. Op. Cit.

trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres.¹⁴

Existen enfermedades mundiales que van en aumento y deben ser tratadas como temas prioritarios, siendo México un país con problemas graves de obesidad, la cual está directamente relacionada con problemas crónico degenerativos como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares; las cuales están presentes en las trabajadoras del hogar.

Incluso se tiene la idea de que el trabajo del hogar es una labor que no representa peligro alguno ya que se realiza en hogares u oficinas. Sin embargo, éste puede implicar riesgos graves para la salud de las y los trabajadores, resultado de la cantidad de tareas repetitivas, movimientos de flexión y extensión, carga de objetos pesados, exposición a fuentes de calor (cocina, plancha), manipulación de objetos cortantes (cuchillos), uso de productos de limpieza de diversos grados de toxicidad y exposición prolongada al polvo³³. Y en los casos en donde las trabajadoras residen en el lugar de trabajo el cansancio se acumula por las largas jornadas laborales. Sin olvidar que el hostigamiento, acoso físico y sexual³⁴ son actos frecuentes que ejercen las y los empleadores. Otro problema detectado es la nutrición de las trabajadoras relacionada con su alimentación deficiente.

En caso de accidentes o enfermedad su salario es reducido por tomarse días para su recuperación, los días son descontados y la propia trabajadora debe cubrir los gastos médicos y de medicamentos.

³³ Organización Internacional del Trabajo, *Trabajo decente para los trabajadores domésticos. Informe IV*. (Ginebra: OIT, 2010) p. 72.

³⁴ Retomando el trabajo de Rodolfo Casillas, consideramos que la vulnerabilidad a este tipo de riesgos es mayor entre las trabajadoras migrantes, en algunos casos los empleadores golpean y restringen sus alimentos. Inclusive las amenazan con devolverlas a su lugar de origen o con la confiscación de documentos de identidad o del permiso de trabajo.

En casos en donde las trabajadoras residan en el lugar de trabajo, el cansancio es acumulado debido a las largas jornadas laborales, inclusive llegan a sufrir hostigamiento, acoso físico y sexual.³⁵ Según datos de la Enadis 2010, los problemas más comunes por los que las trabajadoras del hogar pierden su empleo son por problemas relacionados con la salud, problemas que se atribuyen a las actividades que realizan, la alimentación deficiente y a las condiciones socioeconómicas en las que viven.³⁶

Además, las trabajadoras del hogar, generalmente, están expuestas a ser víctimas de actos de hostigamiento, acoso físico y sexual, abusos, insultos, humillaciones, privación de alimentos, amenaza de pegarles, amenaza con tomar represalias en contra de su familia, la amenaza con devolverla a su lugar de origen en caso de ser migrantes y la confiscación de los documentos de identidad o del permiso de trabajo.

No olvidemos que la mayoría de las trabajadoras se encuentran en edad reproductiva, por lo que en caso de embarazo, generalmente, las trabajadoras del hogar son despedidas, y en caso de no ser así no gozan del tipo de medidas de protección para garantizarles un entorno laboral seguro y saludable durante el embarazo y el parto, ni con el periodo de la licencia por maternidad. En México, por ejemplo, el despido por causa de embarazo es más frecuente en el caso de las trabajadoras del hogar³⁷.

Al respecto, la legislación nacional laboral y de seguridad social no ofrece protección para este sector de la población, este apartado será explicado en el apartado de normatividad, solo refiriéndonos de manera general. En materia de salud, el art. 338 establece que "en los casos de enfermedad que no sea de trabajo, el patrón deberá: pagar al trabajador doméstico el salario que le corresponda hasta por un mes. En caso

³⁵ La vulnerabilidad a este tipo de riesgos es mayor entre las trabajadoras migrantes, en algunos casos los empleadores golpean y restringen sus alimentos. Inclusive las amenazan con devolverlas a su lugar de origen o con la confiscación de documentos de identidad o del permiso de trabajo.

³⁶ Datos de la Enadis 2010, afirman que de enero a octubre de 2010, el 42% de las trabajadoras del hogar mencionó que perdieron su empleo por problemas de salud,

³⁷ OIT. *Informe Trabajo Decente para los Trabajadores Doméstico*. Op. Cit., P. 74

de que la enfermedad no sea crónica, proporcionarle asistencia médica entre tanto se logra su curación o se hace cargo del trabajador algún servicio asistencial"; por el contrario, "si la enfermedad es crónica y el trabajador ha prestado sus servicios durante seis meses por lo menos, proporcionarle asistencia médica hasta por tres meses, o antes si se hace cargo del trabajador algún asistencial". El artículo está presente, es necesario analizar si las personas involucradas tienen conocimiento de él y si se está respetando.

El sistema de salud en México

Teniendo como tema central el derecho a la salud, es necesario conocer qué es un sistema de salud y cómo se encuentra constituido, de esta forma tendremos las herramientas necesarias para visualizar dónde y cómo es atendida las personas que realizan trabajo doméstico remunerado. Según datos del INEGI³⁸ casi la totalidad de las trabajadoras del hogar (96%) no tienen acceso a servicios de salud por parte de su trabajo.

Es conveniente iniciar con la definición de sistema para comprender su aplicación en salud. Del latín *systema*, proveniente del griego *σύστημα*, un sistema es un módulo ordenado de elementos que se encuentran interrelacionados y que interactúan entre sí. El concepto se utiliza tanto para definir a un conjunto de conceptos como a objetos reales dotados de organización; mientras que podemos plantear que un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada. Ahora se conoce al sistema de salud con el nombre de sistema de servicios de salud.³⁹

³⁸ INEGI. *Estadísticas a Propósito del Día Internacional de la Trabajadora Doméstica*. Opcit

³⁹ Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: *Fundamentos de salud pública* tomo II (administración de la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

El sistema mexicano de salud ofrece beneficios diversos dependiendo de la población de que se trate. Es un hecho que la salud se encuentra determinada por múltiples factores, algunos de los cuales generan tratos discriminatorios; las personas trabajadoras del hogar son consideradas con un alto índice de vulnerabilidad y sus derechos con frecuencia se ven violentados.

Para conocer los programas existentes y las instituciones presentes en el Distrito Federal para la atención a la salud, y de esta forma analizar si cumplen con las características específicas que requieren el trabajo del hogar remunerado, es necesario describir al sistema de salud de México, el cual está compuesto por dos sectores: público y privado. El siguiente esquema nos ayudará a entender cómo se encuentra constituido el sistema de salud en México.

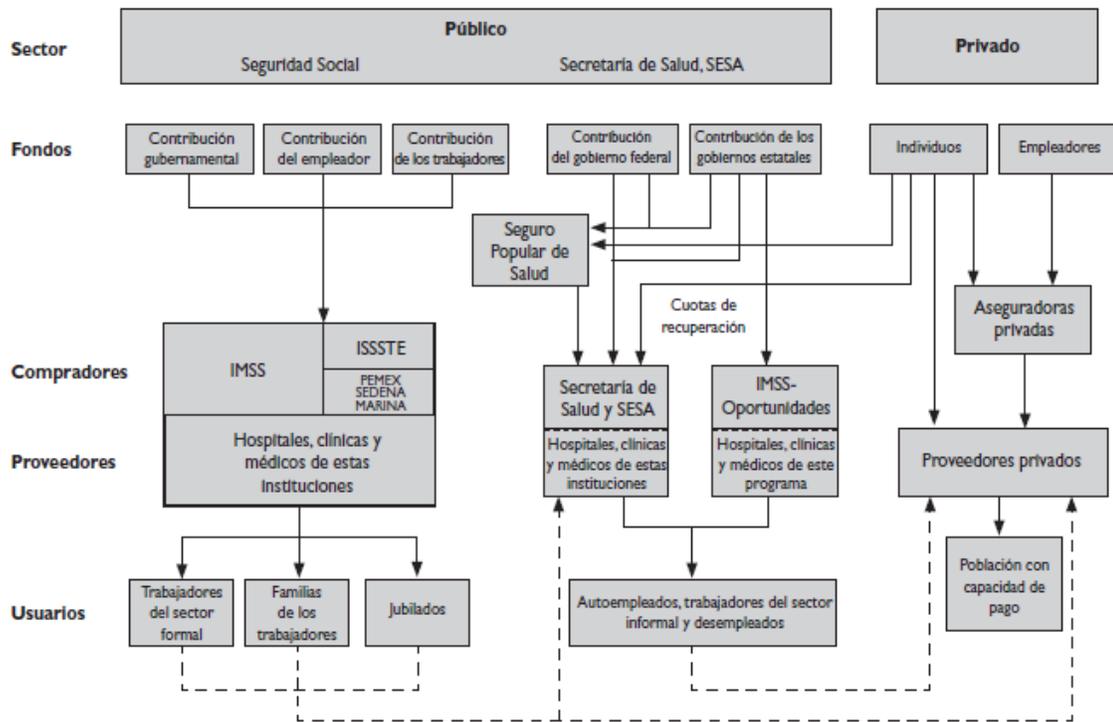


Imagen tomada del artículo Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J, sistema de salud de México. Salud Pública Mex, 2011.

Explicando cada uno de los componentes del esquema, comenzaremos con el sector público, el cual comprende a las instituciones de seguridad social como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. Dichas instituciones prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, pero también hay instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SS), y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en los cuales nos enfocaremos para el estudio de los programas disponibles para las mujeres trabajadoras del hogar, ya que es el sector que mayormente utilizan; finalmente también dentro del sector público están los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

El sector privado es amplio y presta servicios a la población con capacidad de pago, desde las compañías aseguradoras y los consultorios, clínicas y hospitales privados sin olvidar un sector importante que son los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En el país existen tres distintos tipos de beneficiarios de las instituciones de salud, el conocer esto nos servirá para el estudio de la accesibilidad de la atención a la salud y lograr analizar los mecanismos implementados en los programas de salud en el Distrito Federal; estos son:

- Trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, por último

- Población con capacidad de pago.⁴⁰

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

Finalmente, las trabajadoras del hogar tienen derecho a la salud en el sector público: una minoría se encuentra asegurada en el IMSS, mientras que la mayoría son atendidas en la SSA. No debemos olvidar la medicina tradicional y otras opciones como es el que brindan las farmacias con servicio de atención primaria en salud, distribuidas en gran parte del territorio nacional, donde según Sara Cantera, perteneciente al grupo Reforma, los doctores ofrecen 250 mil consultas todos los días, casi el mismo número que ofrece el IMSS y tres veces las que otorga el ISSSTE. Concluyendo que el acceso a la salud debe ser mejorado y no estar condicionado a la calidad del servicio.

Cabe mencionar también que, en nuestro país, la seguridad social en salud está estrechamente relacionada con el empleo formal, la legislación nacional limita a esta población a tener la posibilidad de atenderse en el seguro social debido a que en la *Ley del Seguro Social* se establece que las trabajadoras del hogar sólo pueden ser inscritas voluntariamente en el régimen obligatorio. Inscribirlas en éste régimen implica: a) Que el patrón o la patrona acepten inscribirlas; b) En caso de que acepten, las trabajadoras deben: “someterse a exámenes y estudios para constatar su estado de salud y en caso de tener alguna enfermedad preexistente o sistémica crónica del tejido

⁴⁰GomezGómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex2011;53supl 2:S220-S232.

conectivo no podrán gozar del derecho y, no serán sujetas de aseguramiento”⁴¹; y c) No contar con servicios de guardería y prestaciones sociales.

Por dicha situación, existe la opción del programa del Seguro Popular el cual es dirigido para las personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

Servicios de salud y niveles de atención en México con calidad

Para que sistema de salud mexicano logre alcanzar el objetivo de mayor grado de salud en la sociedad cuenta con los llamados servicios de salud, los cuales buscan prevenir o tratar las enfermedades, no solo en el ámbito biológico, sino con una visión de diversidad y respeto de los Derechos Humanos. Podemos definir a los servicios de salud como un conjunto ordenado de instituciones que forman parte del sector salud y pueden organizarse de tal forma que confluyan a lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan, con el objetivo de lograr un mejor nivel de salud de una comunidad determinada; manejándose por medio de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento y son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.^{42, 43}

Nos enfocaremos para este estudio en los servicios públicos de salud, para conocer la situación del acceso a los mismos por parte de las trabajadoras del hogar, conocer si asisten a ellos y en caso de no ser así, porqué se presenta esta situación; así mismo se analizará la percepción que tienen sobre la atención.

⁴¹ Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, artículo 81 y 82.

⁴² . Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud

⁴³ pública tomo II (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

Resulta evidente que el estado de salud es un proceso de constante cambio y en ocasiones el desenlace de un tratamiento es la mejoría o la complicación de la enfermedad. Por esta razón, el sistema de salud maneja tres niveles de atención, que están a menudo interrelacionadas entre sí y que se clasifican de acuerdo a la complejidad y gravedad del problema que presente el paciente.

El primer lugar al que suelen dirigirse en caso de enfermedad son los de **atención primaria en salud**, que según la Secretaría de Salud, del total de unidades de salud que existen en el Sector Público, más de 95% corresponde a unidades de atención primaria.⁴⁴

Siguiendo con **atención secundaria de la salud**, los cuales son considerados servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización, en este nivel se atienden pacientes derivados de la atención primaria con enfermedades graves pero relativamente comunes, aquí se requiere de médicos especialistas, equipo especial; su costo es mayor que al de la atención primaria.¹⁸

Por último la **atención terciaria de la salud** se refiere a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan enfermedades graves que requieren la intervención de profesionales y médicos especialmente capacitados, así como equipo especial, cuentan con un número menor de hospitales y es con frecuencia cara, no siendo una opción para trabajadoras del hogar.

Uno de los indicadores para analizar que los servicios de salud otorgados se lleven a cabo con un enfoque de derechos y no discriminación, es la **calidad** a la atención médica. Detrás del término "calidad" se ocultan muchos conceptos, donde confluyen derechos y deberes de los actores que intervienen. Aunque para este estudio solo

⁴⁴Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos No. 1. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1978.

tendremos las percepciones de las mujeres trabajadoras y no se podrá analizar a profundidad, aun así debemos tener en cuenta ciertas características para revisar los resultados en cuanto a calidad del servicio.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario con relación a la calidad del servicio, estas son: *Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia*. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, estamos refiriéndonos a apoyar a personas en situación de vulnerabilidad garantizándoles la accesibilidad; con eficacia, por medio de metodologías y tecnologías adecuadas, mientras que la efectividad es para alcanzar la cobertura e impacto adecuados. Finalmente con eficiencia, que nos habla del rendimiento y costos acordes al nivel económico de la población, cumpliéndose estos cuatro puntos, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.⁴⁵

Si los servicios prestados en salud llevaran a cabo de manera cotidiana estos principios en el ejercicio de su profesión médica, los usuarios podrían contar con un trato digno y la percepción de la atención sería positiva. Es necesario estudiar de forma general cómo se desarrollan estos principios y su relación con el derecho a la salud y, de la misma manera, conocer la percepción de las mujeres que realizan trabajo doméstico sobre la atención médica de los servicios de salud pública

En otros aspectos, no debemos olvidar que existe la **medicina tradicional** como una opción para la atención a la salud. Lo anterior es oportuno comentarlo porque se ha de tomar en cuenta que existen trabajadoras del hogar migrantes y en algunos casos indígenas, las cuales buscan este tipo de atención por razones culturales, religiosas y sociales, y cuyos conocimientos se han transmitido de una generación a otra para preservar la vida y permitir el desarrollo de la propia cultura. Al analizar los factores culturales podemos darnos cuenta de que el conocerlos y respetarlos es la base del

⁴⁵ Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Calidad de los Servicios de Salud. Williams. Guillermo. Director programas y servicios de atención a la salud. MSAS



enfoque de derechos y no discriminación; si son respetados, estos representan un motivo de confianza para los usuarios.

Finalmente mencionaremos que el trabajo doméstico remunerado constituye un reto para el gobierno y la sociedad. Esta ocupación se encuentra desprotegida al no contar con una regulación efectiva en las que incluyan reglas y contratos formales y donde el reconocimiento público por la sociedad es prácticamente nulo; no debemos olvidar que es un empleo, el cual debe generar obligaciones específicas tanto para las empleadas como para los empleadores.

III. MARCO NORMATIVO NACIONAL E INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR

El trabajo del hogar es un trabajo prácticamente invisible al no realizarse en fábricas ni en oficinas sino en hogares. En México la legislación laboral y de seguridad social no ofrece protección a las trabajadoras del hogar. El trabajo del hogar es concebido socialmente como una actividad que no presenta peligro alguno. La realidad muestra que lo anterior no es verdad, el trabajo del hogar puede implicar riesgos graves que se acentúan por el cansancio acumulado por las largas jornadas de trabajo.

El trabajo del hogar implica una gran cantidad de tareas repetitivas, movimientos de flexión y extensión, carga de objetos pesados, exposición a fuentes de calor (cocina, plancha) y objetos cortantes (cuchillos), manipulación de productos de limpieza de diversos grados de toxicidad y exposición prolongada al polvo. La vulnerabilidad a este tipo de riesgos es mayor entre las trabajadoras migrantes debido a su desconocimiento de los productos locales. Otro problema detectado es la nutrición de las trabajadoras relacionada con una alimentación deficiente.

El trabajo del hogar sigue siendo asociado a “nociones de familia y de trabajo no productivo se considera que la relación de trabajo no cuadra claramente en el marco general de la legislación laboral existente, por consiguiente en la mayoría de los instrumentos legislativos no se contempla la índole específica de las relaciones de trabajo doméstico y se justifica la denegación de su condición de trabajadores reales que les daría derecho al pleno reconocimiento jurídico y a la protección⁴⁶”.

El presente análisis de la legislación nacional y de los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos tiene como finalidad mostrar el contenido del derecho

⁴⁶OIT. *Los trabajadores domésticos en el mundo, estadísticas mundiales y regionales y, alcance de la protección jurídica*. Resumen ejecutivo. Ginebra, enero 2013

a la salud y las obligaciones del Estado de proteger, respetar y garantizar el derecho a la salud a las trabajadoras del hogar.

En los instrumentos internacionales de derechos humanos se establecen un conjunto de obligaciones que los Estados se han comprometido a realizar, adoptando para ello todas las medidas que sean necesarias a fin de hacer efectivos los derechos en ellos consagrados. Entre los compromisos asumidos por los Estados está el de promover el respeto universal de todos los derechos, es decir promover el respeto para todas las personas de todos los Derechos Humanos sin distinción alguna.

El análisis del derecho a la salud de las trabajadoras del hogar se realizó considerando los siguientes instrumentos internacionales: *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador", Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, El informe del relator especial sobre los Derechos Humanos de los migrantes y la observación general número 14 del Comité Desc.* En el ámbito interno se toma en cuenta la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Seguridad Social, Ley Federal del Trabajo, Ley de Salud del Distrito Federal y Ley de Salud Mental del Distrito Federal.*

El análisis se divide en derecho a la salud en general y derecho a la salud laboral en particular.

Derecho a la salud. Definición y contenido

La salud ha sido definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. En su Constitución, la OMS considera la salud como un principio básico para “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos” y afirma que “el goce

del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

El derecho a la salud es definido por el Comité de DESC⁴⁷ como: “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

El protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos económicos, sociales y culturales -Protocolo de San Salvador- en su artículo 10 define el derecho a la salud de la siguiente manera:

- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

El Protocolo de San Salvador establece también las obligaciones que el Estado se compromete a garantizar.

Artículo 10.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

⁴⁷Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General núm. 14

- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Otro elemento importante a considerar para medir el cumplimiento del gobierno con respecto al derecho a la salud es lo establecido en el artículo 12 del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales:

Artículo 12

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El artículo anterior nos indica las medidas necesarias que debe adoptar el Estado mexicano para que toda persona pueda gozar cuánto antes del más alto nivel posible de salud física y mental.

Lo establecido tanto en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador y en el artículo 12 del PIDESC se considera que es el contenido del derecho a la salud, es decir el qué debe hacer el Estado para asegurar el pleno derecho a la salud. A continuación se menciona el cómo debe hacerlo y para ello se retoma lo establecido en la Observación número 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales –Comité DESC-.

Elementos esenciales del derecho a la salud

El Comité DESC estableció en la observación general número 14 que: “El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalentes en un determinado Estado Parte⁴⁸:

- a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

⁴⁸Comité Desc observaciones general 14

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

- d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El Comité DESC señala que el derecho a la salud abarca los anteriores elementos esenciales e interrelacionados y no sólo se considera la atención de salud oportuna y apropiada sino también los factores determinantes como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y medio ambiente, acceso a la educación e información, así como la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la salud.

Salud ocupacional o laboral

De acuerdo con el artículo 3 del Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores, de la Organización Internacional del Trabajo: “el término **salud**, en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.”

Respecto a la seguridad e higiene en el trabajo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la recomendación 14 ha señalado que: “El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial entraña, en particular:

- La adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales;
- La necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas;

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

- La prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos.
- La cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada.

Para garantizar la salud laboral de las trabajadoras del hogar es importante además de la seguridad e higiene respetar el derecho de condiciones satisfactorias de trabajo.

Condiciones satisfactorias de trabajo

El derecho de condiciones satisfactorias de trabajo es un Derecho Humano laboral que tienen todas las personas trabajadoras sin distinción alguna; es el derecho que permite asegurar la vida y salud física y mental de las trabajadoras - horario adecuado, máximo 8 horas de trabajo, aguinaldo, vacaciones, días de descanso, ambiente laboral seguro, saludable y libre de hostigamiento, trato respetuoso e indemnización por riesgos de trabajo-.

Este derecho se encuentra reconocido en varios instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos y en la legislación nacional, como por ejemplo en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

Instrumentos Internacionales

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Art.7 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de todas las personas al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial:

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org

b) la seguridad e higiene en el trabajo;

d) el descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonada de las horas de trabajo y las vacaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

Art. 11.1 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los migrantes.

El relator especial sobre los derechos de los migrantes de la Organización de Naciones Unidas en su informe de marzo de 2009 recomendó al gobierno mexicano en lo que respecta al trabajo del hogar que:

“En lo que respecta a los abusos contra los trabajadores domésticos, el Relator Especial recomienda que el Gobierno de México dedique recursos adicionales a mejorar los datos sobre el trabajo de los migrantes en el ámbito doméstico, en particular, aunque no exclusivamente, la investigación del número y la nacionalidad de los trabajadores domésticos y los empleadores de trabajadores migratorios en el servicio doméstico. Además, recomienda que examine los posibles abusos en el proceso de contratación, mediante investigaciones de los organismos de contratación y los sistemas de inscripción de trabajadores migratorios para el servicio doméstico. Asimismo, el Relator Especial recomienda que el Gobierno cree un mecanismo para que los trabajadores, incluso los que estén en situación irregular, puedan presentar denuncias de abusos en relación con prácticas laborales injustas en el servicio

doméstico, y mejore los servicios de apoyo y los centros de acogida para las víctimas de abusos en el servicio doméstico”.

La recomendación anterior se emitió a partir de los datos que tiene el relator en los cual se señala que existen algunas “estimaciones imprecisas que establecen que, porejemplo, podría haber 1.000 trabajadoras domésticas salvadoreñas sólo en la Ciudad de México. El mismo informe señala que existen pocos datos sobre el número y nacionalidad de trabajadores. Por ello, carecen en general de protección y siguen siendo especialmente vulnerables ante los abusos”⁴⁹.

Convenio 189 y recomendación 201 “Trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos”.

El convenio 189 aún no ha sido ratificado por el gobierno mexicano, nuevamente con esta acción se muestra el desinterés por el tema del trabajo del hogar; sin embargo, se considera importante señalar su contenido en materia de salud, al igual que la recomendación 201, por ser los únicos instrumentos específicos de trabajo del hogar y porque en ellos se establecen de manera clara las obligaciones de los Estados

El convenio en relación directa con la salud de las trabajadoras del hogar en sus artículos 13 y 14 respectivamente señala: “Todo trabajador doméstico tiene derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable. Todo Miembro, en conformidad con la legislación y la práctica nacionales, deberá adoptar medidas eficaces, teniendo debidamente en cuenta las características específicas del trabajo doméstico, a fin de asegurar la seguridad y la salud en el trabajo de los trabajadores domésticos”. “Todo Miembro, teniendo debidamente en cuenta las características específicas del trabajo doméstico y actuando en conformidad con la legislación nacional, deberá adoptar medidas apropiadas a fin de asegurar que los trabajadores domésticos disfruten de condiciones no menos favorables que las condiciones aplicables a los trabajadores en

⁴⁹ ONU. Informe del relator especial sobre los derechos humanos de los migrantes. Marzo 2009

general con respecto a la protección de la seguridad social, inclusive en lo relativo a la maternidad”.

La recomendación 201 señala:

“Los Miembros, al examinar la cuestión de los reconocimientos médicos de los trabajadores domésticos, deberían considerar:

a) poner a disposición de los miembros de los hogares y de los trabajadores domésticos la información sobre salud pública de que dispongan con respecto a los principales problemas de salud y enfermedades;

b) poner a disposición de los miembros de los hogares y de los trabajadores domésticos la información sobre los reconocimientos médicos voluntarios, los tratamientos médicos y las buenas prácticas de salud e higiene, en consonancia con las iniciativas de salud pública destinadas a la comunidad en general; y

c) difundir información sobre las mejores prácticas en materia de reconocimientos médicos relativos al trabajo, con las adaptaciones pertinentes para tener en cuenta el carácter especial del trabajo doméstico;

d) proteger a los trabajadores domésticos, eliminando o reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonablemente factible, los peligros y riesgos relacionados con el trabajo, con miras a prevenir los accidentes, enfermedades y muertes y a promover la seguridad y la salud laborales en los hogares que constituyen lugares de trabajo;

e) establecer un sistema de inspección suficiente y apropiado en conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 del Convenio, y sanciones adecuadas en caso de infracción de la legislación laboral en materia de seguridad y salud en el trabajo;

f) instaurar procedimientos de recopilación y publicación de estadísticas sobre enfermedades y accidentes profesionales relativos al trabajo doméstico, así como de otras estadísticas que se consideren útiles para la prevención de los riesgos y los accidentes en el contexto de la seguridad y la salud en el trabajo;

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

g) prestar asesoramiento en materia de seguridad y salud en el trabajo, inclusive sobre los aspectos ergonómicos y el equipo de protección; y

h) desarrollar programas de formación y difundir orientaciones relativas a los requisitos en materia de seguridad y salud en el trabajo que son específicos del trabajo doméstico.

20.

1) Los Miembros deberían considerar, en conformidad con la legislación nacional, medios para facilitar el pago de las cotizaciones a la seguridad social, incluso respecto de los trabajadores domésticos que prestan servicios a múltiples empleadores, por ejemplo mediante un sistema de pago simplificado.”

El convenio 189 y la recomendación 201 *Trabajo decente para las trabajadoras y trabajadores domésticos* es el resultado de la lucha de las trabajadoras del hogar en el mundo; si bien aun no es obligatorio para México, es un instrumento que reconoce el trabajo del hogar como trabajo y los derechos de quienes lo realizan, por lo tanto debe ser considerado al momento de impulsar e implementar cualquier reforma legislativa y política pública.

Instrumentos Nacionales y Locales

Constitución Política Mexicana

Art. 123 Apartado A

Frac. I La duración de la jornada máxima será de ocho horas.

Frac. IV Por cada seis días de trabajo deberá disfrutar el operario de un día de descanso, cuando menos.

Frac. XII Toda empresa agrícola, industrial, minera o de cualquier otra clase de trabajo, estará obligada, según lo determinen las leyes reglamentarias a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas.

Frac. XV El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.

Ley Federal del Trabajo

El derecho a la salud laboral se relaciona directamente con las condiciones de empleo y la seguridad e higiene en el trabajo, de tal manera que si las condiciones de trabajo no son las adecuadas o no se cumplen se pueden ocasionar accidentes o enfermedades de trabajo.

El accidente y enfermedad de trabajo son definidos por la Ley Federal del Trabajo de la siguiente manera:

Artículo 473.- Riesgo de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Artículo 474.- Accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, a la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente.

Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél.

Artículo 475.- Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continua de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Con lo anterior podemos decir que el derecho a la salud de las trabajadoras del hogar se garantiza y respeta considerando de manera inevitable su derecho a condiciones satisfactorias de trabajo -horario adecuado, máximo 8 horas de trabajo, aguinaldo, vacaciones, días de descanso, ambiente laboral seguro, saludable y libre de hostigamiento, trato respetuoso e indemnización por riesgos de trabajo- y la seguridad e higiene en el trabajo tal y como se establece en los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos y en la legislación interna.

La Ley Federal del Trabajo considera los derechos de las y los trabajadores en caso de sufrir algún riesgo de trabajo estableciendo lo siguiente.

Artículo 487.- Los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- I. Asistencia médica y quirúrgica;
- II. Rehabilitación;
- III. Hospitalización, cuando el caso lo requiera;
- IV. Medicamentos y material de curación;
- V. Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; y
- VI. La indemnización fijada en el presente Título.

Violación al acceso al derecho a la salud

El derecho a la salud y el derecho a la salud laboral están consagrados en diferentes instrumentos internacionales en materia de derechos humanos y en la legislación

nacional como se vio anteriormente; sin embargo, en la realidad esto no se respeta e incluso se niega el derecho, en particular a las trabajadoras del hogar.

Por disposiciones de la ley del seguro social, las trabajadoras del hogar sólo pueden ser incorporadas voluntariamente al régimen obligatorio, lo cual implica por una parte, que la patrona o el patrón acepten inscribir a la trabajadora, no es obligatorio, y por otra, la negación del servicio de guardería y prestaciones sociales.

En caso de que la patrona o el patrón accedan a inscribir a la trabajadora al seguro social, de acuerdo al reglamento de la ley del seguro social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización, -artículo 81 y 82- es requisito: “someterse a exámenes y estudios para constatar su estado de salud y en caso de tener alguna enfermedad preexistente o crónica no podrán gozar del derecho, y no será sujeto de aseguramiento el solicitante que presente”.

I. Alguna enfermedad preexistente, tales como: tumores malignos; enfermedades crónico degenerativas como: complicaciones tardías de la diabetes mellitus; enfermedades por atesoramiento (enfermedad de gaucher); enfermedades crónicas del hígado; insuficiencia renal crónica; valvulopatías cardíacas; insuficiencia cardíaca; secuelas de cardiopatía isquémica (arritmia, ángor o infarto del miocardio); enfermedad pulmonar obstructiva crónica con insuficiencia respiratoria, entre otras, y

II. Enfermedades sistémicas crónicas del tejido conectivo; adicciones como alcoholismo y otras toxicomanías; trastornos mentales como psicosis y demencias; enfermedades congénitas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida o Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana positivo (VIH)

Artículo 83. No se proporcionarán las prestaciones en especie, al asegurado o sus beneficiarios, durante los tiempos y por los padecimientos y tratamientos siguientes:

TIEMPOS:

- I.** Seis meses:
Tumoración benigna de mama.

- II.** Diez meses:
Parto.

- III.** Un año:
 - a).**- Litotripcia.
 - b).**- Cirugía de padecimientos ginecológicos, excepto neoplasias malignas de útero, ovarios y piso perineal.
 - c).**- Cirugía de insuficiencia venosa y várices.
 - d).**- Cirugía de senos paranasales y nariz.
 - e).**- Cirugía de varicocele.
 - f).**- Hemorroidectomía y cirugía de fístulas rectales y prolapso de recto.
 - g).**- Amigdalectomía y adenoidectomía.
 - h).**- Cirugía de hernias, excepto hernia de disco intervertebral.
 - i).**- Cirugía de halluxvalgus.
 - j).**- Cirugía de estrabismo.

- IV.** Dos años:
Cirugía ortopédica.

Estos tiempos serán computados a partir de la fecha en que el asegurado y sus beneficiarios queden inscritos ante el Instituto. Transcurridos los mismos podrán

hacer uso de las prestaciones en especie respecto de los padecimientos y tratamientos antes señalados.

Lo establecido en la ley del seguro social, como podemos observar, son restricciones para las trabajadoras del hogar que buscan acceder a la seguridad social pues sus posibilidades reales de gozar de este derecho en igualdad de condiciones son nulas. Adicionalmente depende de la voluntad de la o el patrón el que sean inscritos en este tipo de régimen y de la realidad propia del trabajo del hogar.

Ante esta realidad las trabajadoras sólo pueden acceder como cualquier otra persona a los servicios de salud pública, con lo cual el Estado mexicano está incumpliendo las obligaciones contraídas en los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos por lo que le han hecho recomendaciones para prevenir y eliminar la discriminación hacia las trabajadoras del hogar.

Ley de salud del Distrito Federal

La ley de salud tiene entre sus objetivos garantizar el acceso a los servicios de salud y establecer los mecanismos para promover la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud en el Distrito Federal.

El artículo 3 de la ley establece criterios a considerar para medir el acceso a los servicios de salud como son la universalidad, la equidad y la gratuidad tanto en los servicios médicos y en los medicamentos. A continuación se señala lo que debe entenderse por cada principio:

I. Universalidad: La cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud;



II. Equidad: La obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia, y

III. Gratuidad: El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral.

El artículo 5 establece lo que debemos considerar como servicios básicos de salud y el artículo 11 señala los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

Ley de salud mental del Distrito Federal

La ley de salud mental del Distrito Federal tiene, entre otros, los objetivos de regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental del Distrito Federal, con un enfoque de Derechos Humanos e incorporando la perspectiva de género, y definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población en el desarrollo de los programas de salud mental del Distrito Federal.

El artículo 3 dispone que toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquier otro, tienen derecho a la salud mental. Es decir, se establece que toda persona sin discriminación alguna tiene derecho a la salud mental. El artículo 6 señala los derechos de las personas usuarias.

Lo anterior muestra el contenido y alcance del derecho a la salud en general, el presente trabajo se enfoca a la salud laboral por lo cual a continuación se define lo que debemos entender por salud laboral recordando que está estrechamente ligado con el derecho a la salud.

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org

Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal

En el programa de Derechos Humanos del Distrito Federal se establecieron estrategias y líneas de acción para garantizar, respetar y proteger los Derechos Humanos laborales de las trabajadoras del hogar, entre otras, se señalo lo siguiente:

Estrategia

Regular debidamente el trabajo doméstico y agrícola de forma que las y los trabajadores/as del hogar y agrícolas disfruten del mismo nivel de protección que las y los demás trabajadores.

Líneas de acción

- 1157. Realizar las reformas legislativas pertinentes para que se reconozca, garantice y proteja el derecho al trabajo y los Derechos Humanos laborales de las y los trabajadores del hogar y agrícolas, en particular de niños, niñas y mujeres.
- 1158. Difundir el informe preparado por la OIT para la 99.a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 2010 sobre el trabajo doméstico.
- 1159. Solicitar y firmar un convenio de asistencia técnica con la OIT para que asesore al GDF en la definición e implementación de su estrategia en materia de protección al trabajo doméstico y agrícola.

Estrategia

Crear un marco normativo que garantice el goce y ejercicio de derechos laborales y seguridad social para las trabajadoras del hogar en el Distrito Federal.

Líneas de acción

1451. Documentar y actualizar la información sobre la situación de inequidad y discriminación que enfrentan las trabajadoras del hogar, con el fin de modificar



conductas discriminatorias en la sociedad, prevenirlas y hacerla de público conocimiento.

IV. ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LAS CONDICIONES QUE OBSTACULIZAN O BENEFICIAN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA A LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR

Para las trabajadoras del hogar que tienen acceso a los servicios de salud –ya sea porque cuentan con seguridad social o están adscriptas a alguno de los programas de salud del D.F– los factores que pueden determinar las causas de discriminación en la prevención y atención de la salud son aquellos de orden estructural, cultural, profesional y de acceso a la información. Las primeras obedecen a la falta de reconocimiento del trabajo del hogar como trabajo y del goce de todos los derechos humanos laborales. Los segundos obedecen a la falta de sensibilización sobre la diversidad cultural, principalmente por el uso del lenguaje técnico que utilizan los médicos y la ausencia de métodos de medicina alternativa y tradicional que vaya acorde con las creencias y valores de las y los usuarias; mientras que los terceros se relacionan con la carencia de infraestructura, atención y el medicamento especializado que se requiere para la cura de enfermedades propias de la labor que realizan. Y los últimos al limitado acceso de información clara y comprensible sobre el derecho a la salud y los programas que existen para acceder a los servicios.

Con base en el objetivo general del proyecto, a continuación se presentan los resultados obtenidos de una serie de entrevistas que se realizaron a trabajadoras del hogar, profesionales de la salud y expertos de la sociedad civil. Éstos han sido organizados en dos apartados: en el primero de ellos se detallan los resultados cuantitativos de las entrevistas realizadas a trabajadoras del hogar, mientras que el segundo apartado recopila los resultados cualitativos donde se incluyen las percepciones de los tres grupos entrevistados: trabajadoras del hogar, personas que laboran en organizaciones de trabajadoras del hogar y profesionales de la salud.

Es importante aclarar que en el primer apartado se presentan las dos visiones en que se decidió analizar los resultados, esto es trabajadoras del hogar que asisten a

servicios de salud pública (SP) del Distrito Federal (D.F.) y trabajadoras del hogar que no asisten a estos servicios, de tal forma que nos facilite el análisis de la información tomando en cuenta el marco conceptual y normativo en materia de salud y no discriminación.

En ambos apartados se presenta una explicación resumida de los resultados obtenidos, basándonos en la división metodológica utilizada para el análisis, apoyándonos en las tablas y gráficos incluidos; algunos de ellos presentados en la parte final de Anexos, con el objetivo de facilitarnos el análisis de la información.

Metodología

Con la finalidad de aportar recomendaciones sobre los elementos indispensables para una atención integral en los servicios de salud pública dirigida a las trabajadoras del hogar remuneradas y para poder realizar una revisión y análisis completo del acceso al derecho a la salud, se requiere de una estrategia que contemple la revisión del marco normativo nacional e internacional y el marco programático de los servicios de salud, con ello se podrá conocer la disponibilidad y aceptabilidad. Pero también es necesario conocer las percepciones sobre las barreras que obstaculizan el acceso y calidad de los servicios de salud.

Para conocer la percepción que tienen las mujeres que realizan trabajo del hogar remunerado, se plantea la aplicación de 60 entrevistas semi-estructuradas, 50 se aplicarán a trabajadoras y trabajadores del hogar; 5 a profesionales y/o servidores públicos del sistema de salud de la Ciudad de México; y 5, a personal que labora en organizaciones (del Distrito Federal) de trabajadoras del hogar. Este instrumento nos permitirá profundizar en problemas de accesibilidad por discriminación en el acceso a servicios y bienes o accesibilidad económica; y en la aceptabilidad de las necesidades de adecuación a las condiciones socioculturales de la población.

Las mujeres que realizan trabajo doméstico remunerado que laboran en el D.F. otorgarán información en las entrevistas que se les aplique en donde nos darán a conocer cuáles son sus condiciones laborales; así como, los obstáculos a los que se enfrentan para acceder al derecho a la salud. Mediante el conocimiento de estos aspectos, se podrán proponer estrategias de política pública que les permitan mejorar sus condiciones laborales y de salud.

El conocimiento y experiencia de los profesionales y del personal que labora en organizaciones de trabajadoras del hogar del Distrito Federal que tuvimos la oportunidad de entrevistar, nos brindó una amplia perspectiva para conocer e identificar la problemática sobre el derecho a la salud de las trabajadoras del hogar.

Comenzaremos mostrando los cargos o profesión que desempeñan los entrevistados:

1. Miembro de la red de mujeres sindicalistas y asesora de CACEH (Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar)
2. Trabajadora de la oficina en México de la Fundación Friedrich Ebert,
3. Presidenta del Centro de Apoyo y Capacitación para empleadas del hogar.
4. Promotora de los Derechos Humanos laborales de las trabajadoras del hogar (CACEH)
5. Trabajadora del hogar y representante del Colectivo de Mujeres Indígenas Trabajadoras del Hogar (COLMITH)
6. Doctora en Antropología y
7. Doctora en Ciencias de Salud Colectiva
8. Doctora en Historia
9. Maestra en Estudios de la Mujer
10. Médico

Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Se llevó a cabo una recolección de información cualitativa. Para ello, se diseñaron 2 diferentes instrumentos:

- Guía de entrevista para trabajadoras del hogar, sobre las barreras que obstaculizan el acceso y calidad de los servicios de salud.
- Guía de entrevista para profesionales para conocer el estado de salud de las trabajadoras del hogar y las principales barreras que obstaculizan el acceso y calidad a los servicios de salud.

Es importante aclarar que, a pesar de la posibilidad que brinda la entrevista como instrumento de indagación, éstas deben analizarse con precaución, ya que ninguna entrevista puede agotar el tema que deseamos abordar, sólo permitirá que se exteriorice un segmento de la situación que viven los involucrados, donde frecuentemente nos encontraremos con lagunas de información, disociaciones y contradicciones; lo que puede ocasionar que desde otras aproximaciones teórico-metodológicas, consideren la entrevista como instrumento de poca confianza. Por esta razón, los datos recabados en la entrevista no deben ser evaluados en función de ciertos o falsos, sino como percepciones de las realidades de la población.

No obstante que se propuso realizar las entrevistas en las delegaciones de Iztapalapa y Tlalpan por considerar que son dos de las cinco delegaciones que concentraron el mayor número de personas en pobreza, según señala el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, no fue posible porque las mujeres que entrevistamos fueron en su mayoría del Centro de Apoyo y Capacitación para el Hogar (CACEH), y sus domicilios se encuentran en diferentes delegaciones, es muy difícil poder concentrar a un número determinado de mujeres en una demarcación.



Algunas reflexiones en torno a limitaciones que se presentaron en el desarrollo del proyecto.

A continuación queremos compartir cuáles fueron las limitaciones que encontramos en nuestro andar para el desarrollo de este proyecto.

En principio nos planteamos entrevistar a mujeres trabajadoras del hogar que participan con el Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar (CACEH), pues existe el vínculo de esta organización con INCIDE Social, a través de Angélica González, investigadora que colabora en este proyecto; sin embargo, no fue fácil convocarlas para reunirnos y presentarles el proyecto, pues aunque viven un proceso de fortalecimiento como organización, no se reúnen con mucha frecuencia y los únicos días que pueden hacerlo es el domingo que es su día de descanso y lo dedican para estar con su familia y para cumplir su “doble jornada”, es decir, a realizar actividades del hogar que no pueden hacer en la semana. Sin embargo pudimos reunirnos con ellas en diferentes espacios para compartir experiencias.

La primera reunión se hizo en las instalaciones de INCIDE Social, en esta reunión se presentó el proyecto y aceptaron participar y se realizaron algunas entrevistas. Posteriormente se celebró una asamblea en donde Marcelina Bautista, que es su representante, presentó un informe de su participación en un evento internacional en el que representó a su organización; desde un principio se acordó que nosotras como INCIDE Social podíamos participar en ese evento y realizar las entrevistas, así se hizo. Finalmente las últimas entrevistas que realizamos a trabajadoras de esta organización se aplicaron en sus instalaciones, en su reunión de fin de año a la que fuimos invitadas/o.

Así mismo a través de familiares o amigos, se buscó establecer contacto con trabajadoras del hogar para ser entrevistadas, esta estrategia fue adecuada, ya que a través de este procedimiento se logró cumplir con el número establecido de trabajadoras a ser entrevistadas.

Nos parece importante mencionar que en algún momento intentamos acercarnos a trabajadoras del hogar para conversar y ser entrevistadas en la Alameda Central; sin embargo, aunque aceptaron platicar de manera breve con nosotras, nos argumentaron que por seguridad preferían no dar la entrevista.

Respecto a las entrevistas a realizar con profesionales, fue significativo darnos cuenta que no es un tema que se esté trabajando en la academia como línea de investigación, son pocas las profesionales que están desarrollando pesquisas en esta materia.

Consideramos que es un tema que se tiene que abordar, por la magnitud del problema. Queremos destacar que una de las profesionales a quien tuvimos la oportunidad de entrevistar, es Mary Goldsmiths, quien es una de las pioneras que ha trabajado el tema por más de veinte años y cuya investigación tiene reconocimiento a nivel internacional, aunado a su compromiso con las demandas de las trabajadoras del hogar.

Esta investigadora nos vinculó con Lorenza Gutiérrez representante del Colectivo de Mujeres Indígenas Trabajadoras del Hogar (COLMITH), con quien pudimos conversar y realizar la entrevista, de esta manera se estableció un vínculo de INCIDE Social con otra organización de mujeres trabajadoras del hogar. La propuesta era que pudiéramos conocer a mujeres de esta organización y platicarles del proyecto; sin embargo, por las fechas en las que se llevó a cabo el trabajo de campo, fue difícil poder contactarlas, pues ellas en los últimos meses del año regresan a visitar a sus familias a su comunidad de origen, aunque la propuesta es mantener el vínculo para una próxima conversación.

De igual forma es fundamental que se considere en próximas convocatorias, que es muy difícil ubicar a un número determinado de mujeres trabajadoras del hogar en una delegación, pues en principio no existen datos que nos indiquen en dónde viven.

Estas fueron algunas de las limitaciones que se presentaron sobre todo en el trabajo de campo, pero se pudieron subsanar y la investigación se desarrolló con creatividad y voluntad para lograr aplicar las entrevistas.

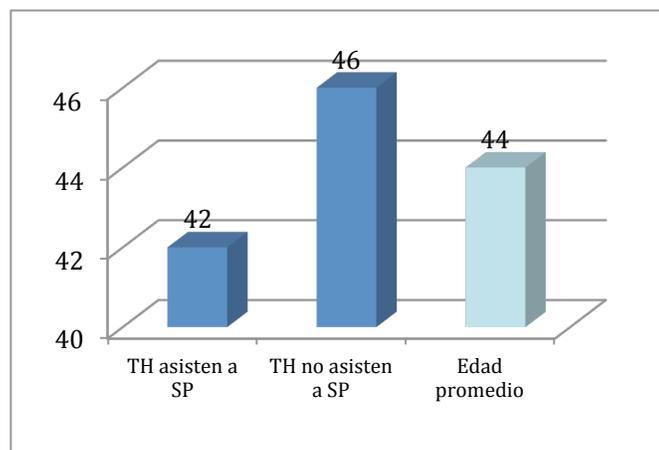
Análisis de la información cuantitativa - Trabajadoras del hogar

Condición de género y determinantes sociales

A continuación comenzaremos describiendo los resultados que pueden ayudarnos a definir la condición de género de las trabajadoras del hogar entrevistadas.

Empezaremos con los hallazgos encontrados en relación a la edad de las trabajadoras del hogar, incluyendo a las que asisten a servicios públicos de salud, como a las que no. Observamos que el rango de edad es muy amplio, pues oscila entre 20 y 65 años, teniendo un promedio de 44 años como lo podemos observar en la gráfica 1.

Gráfica 1. Edad promedio



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y las que no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

La condición de madres origina a las trabajadoras del hogar un doble rol, el de trabajadoras y el de crianza de los hijos, desarrollando doble jornada laboral. En los resultados podemos observar que un 66% de las trabajadoras tienen hijos (Anexo 3. Gráfica 2. TH con hijos), siendo mayor el número en las que asisten a servicios de salud pública del Distrito Federal, pues son madres 20 de ellas, contra 13 de las que no asisten a los servicios públicos de salud. El número promedio de hijos por trabajadora es de 3 como se puede observar en el cuadro 1 y gráfica 3 (Anexo 3. Gráfica 3. Número de TH con hijos)

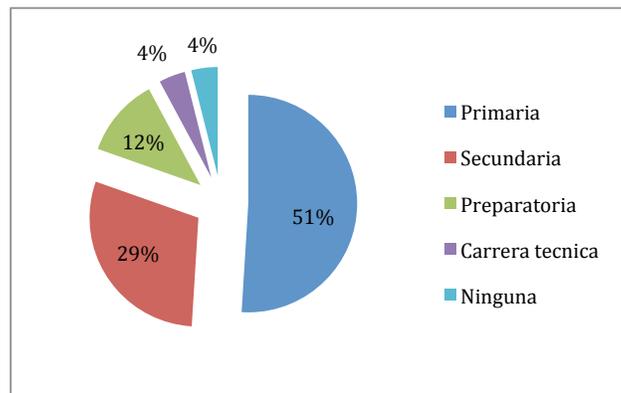
Cuadro 1. Trabajadoras del hogar con hijos

	TH asisten a SP de salud	TH no asisten a SP de salud	Total de TH
Si	13	8	21
No	2	7	9
Total	15	15	30

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicio de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

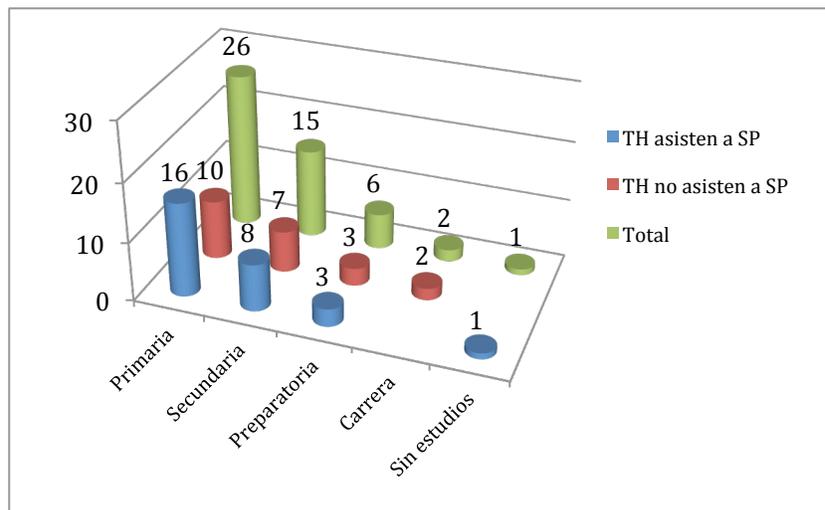
Continuando con la escolaridad de las trabajadoras del hogar, como se puede observar en la siguiente gráfica, 5 de cada 10 cuenta únicamente con el nivel primaria y el 29% tiene estudios de secundaria; solo un 16% de ellas concluyó la preparatoria o una carrera técnica. Resulta interesante observar que la trabajadoras que asisten a servicios públicos tienen un nivel de estudios más bajo, como lo muestra la gráfica 5 presentada abajo y el cuadro 2 (Anexo 3. Escolaridad)

Gráfica 4. Escolaridad del total de TH



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 5. Escolaridad por servicios de salud a los que asisten



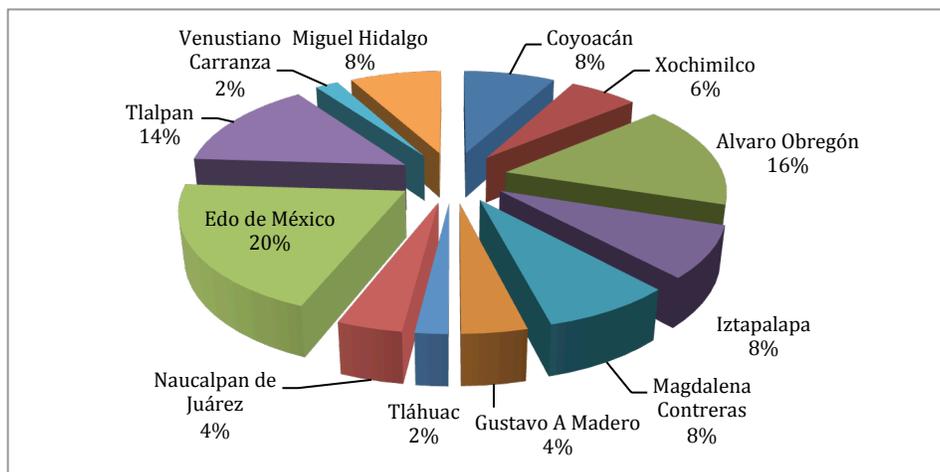
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Refiriéndonos al lugar de nacimiento, como puede ser visto en la siguiente gráfica, solo un 30% del total son nacidas en el Distrito Federal, mientras que el 70% restante son originarias del interior de la -República mexicana; el primer lugar es Puebla con el 16%, el Estado de México representa el 12%, siguiendo Veracruz con 10% y los

restantes son los estados de Oaxaca, Hidalgo, Guerrero Michoacán y Querétaro (Anexo 3. Gráfica 6. Lugar de nacimiento)

Por último, presentaremos los lugares de residencia, donde podemos observar que un 20% del total reside en el Estado de México, aunque su lugar de trabajo sea el Distrito Federal, mientras que la delegación que congrega la mayor cantidad de trabajadoras, es Álvaro Obregón con un 16% del total, siguiendo con el 14% para Tlalpan, las demás delegaciones presentadas en la siguiente gráfica son muy parecidos los porcentajes como lo podemos observar a continuación.

Gráfica 7. Lugar de residencia del total de TH



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Complementando la información anterior, podemos dirigirnos al cuadro 3 en los anexos, para conocer que solo una trabajadora de las que viven en el Estado de México (20%) no asiste a los servicios de salud pública, mientras que las personas que sí frecuentan las instituciones de salud son trabajadoras distribuidas en varias delegaciones.

Condiciones laborales

Ahora nos enfocaremos a mencionar resultados que nos hablan de las condiciones laborales, las cuales pueden ser tomadas como factores de riesgos que aumentan la posibilidad de enfermarse, esto es porque las condiciones pueden producir un efecto ya sea negativo o positivo en la salud de las trabajadoras del hogar. Estos resultados permitirán ayudarnos a visualizar en qué áreas se requieren cambios para promover el enfoque de Derechos Humanos.

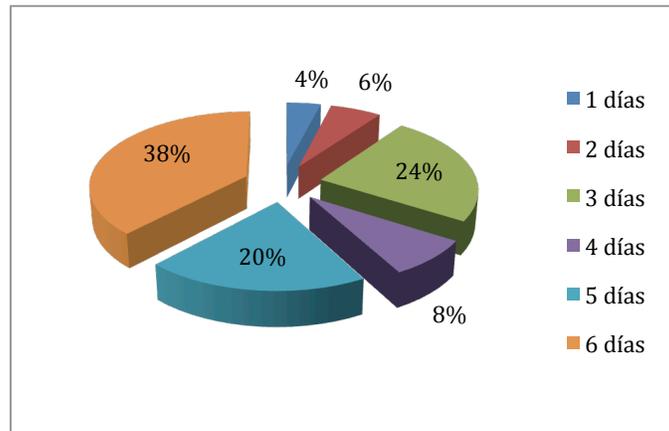
En primer lugar se encuentra el tipo de trabajo que desarrollan, ya sea de entrada por salida o planta. Los resultados muestran que la mayoría de ellas, el 70%, realizan su actividad de entrada por salida (Gráfica 8) donde no existe una diferencia significativa entre trabajadoras del hogar que asisten a los servicios de salud contra aquellas que no lo hacen (Anexo 3. Cuadro 4. Tipo de trabajo por servicios de salud a los que asisten) En cuanto a los días a la semana que laboran, el 38% de ellas lo hace seis días, mostrándonos que las trabajadoras de entrada por salida generalmente tienen varios empleadores y trabajan para cada uno de ellos por uno, dos o hasta 5 días (gráfico 9), encontrándose en segundo lugar 3 días laborados con un 24%, 5 días representa el 20%, finalmente un 8% para 4 días y 4% de ellas solo tienen un día de trabajo.

Gráfica 8. Tipo de trabajo del total de TH



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

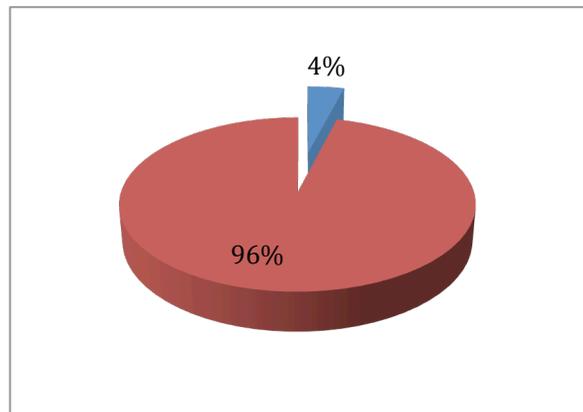
Gráfica 9. Días a la semana laborados del total de TH



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Siguiendo con los resultados, sabemos que es importante en cualquier trabajo contar con un contrato laboral, ya que es beneficioso tanto para el empleado como para el empleador, ya que su finalidad es explicar los derechos y las obligaciones de cada parte. Por lo mismo, se preguntó si contaban con contrato laboral, mostrando que el 96% del total no cuenta con este documento. (Gráfica 10).

Gráfica 10. Contrato laboral del total de TH

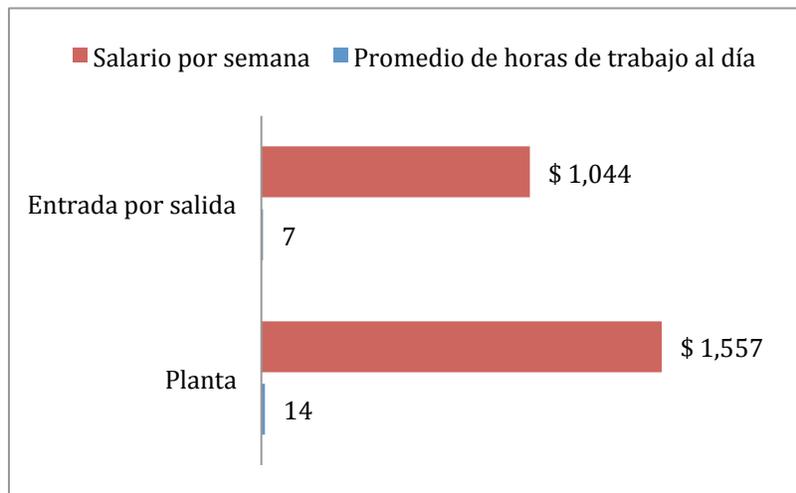


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Con respecto al salario y las jornadas laborales, existe una diferencia considerable entre las trabajadoras del hogar de entrada por salida y las de planta, ya que estas

últimas tienen un promedio de 14 horas de trabajo por día, mientras que las que no duermen en el lugar de trabajo, laboran en promedio 7 horas. Aunque se observa un salario menor, siendo de \$1,044 para las de entrada por salida y de \$1557 para las de planta (Gráfica 11) cabe mencionar que al 100% de las trabajadoras de planta se les proporciona alimento en el hogar donde laboran, mientras que existe un 36% de las trabajadoras de entrada por salida que no cuentan con este beneficio. (Anexo 3. Gráfica 12. Alimento en el lugar de trabajo)

Gráfica 11. Salario y horas de jornada laboral



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Continuando con las actividades que se realizan en el trabajo, sabemos que una trabajadora del hogar tiene a su cargo la limpieza de la casa, pero un 48% también lava la ropa, un 52% hace labores de planchado y cocinan en un 44% de los casos. Estos datos son mostrados en la siguiente tabla; es relevante mencionar que más de la mitad del total de las trabajadoras del hogar realiza actividades extra: el 54% cuida infantes, adultos mayores o mascotas, entre otras, por las cuales no reciben un pago extra, como se puede ver en el siguiente cuadro

Cuadro 5. Actividades que realizan las TH

Actividades	Número TH	%
Limpieza de toda la casa	50	100%
Lavar	24	48%
Planchar	26	52%
Cocinar	22	44%
Actividades extra	27	54%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Para disminuir riesgos ligados a la condición de seguridad en el área de trabajo, es preciso conocer si a las trabajadoras del hogar se les proporciona el equipo de protección necesario en las actividades consideradas riesgosas, siendo una base para prevenir accidentes o el desarrollo de enfermedades. Los resultados mostraron que un poco menos de la mitad de ellas, recibe equipo de protección, que en su mayoría se reducen a guantes y en menor grado a una escalera para lavar vidrios (Anexo 3. Gráfica 13. ¿Proporcionan equipo de protección?)

Condiciones de salud

El hogar, como área de trabajo, puede ser una fuente de exposición a sustancias químicas peligrosas, usadas para desinfección o limpieza, sin olvidar los riesgos ergonómicos y psicosociales relacionados con el esfuerzo físico constante o las actividades extras de cuidado de las personas mayores o las y los niños que supone una excesiva exigencia emocional; todo esto nos genera un panorama complejo para su adecuada atención médica integral. A continuación presentamos los resultados que nos hablan de las condiciones de salud que presentan las trabajadoras del hogar de manera normal, así como en el proceso que viven durante el embarazo en materia de aceptabilidad y calidad.

Comenzaremos con el tipo de enfermedades por las que acuden al médico, observando que el 38% de ellas colocan en primer lugar a las enfermedades respiratorias, como gripas o asma, siguiendo con los problemas articulares y en tercer lugar los digestivos con 20% y 14% respectivamente; los problemas circulatorios como varices, fueron mencionados por un 10% de las trabajadoras y los problemas musculares representaron un 12%. Resulta interesante prestar atención al 28% que mencionaron otro tipo de afecciones como depresión, cansancio, cirugías mayores o atención preventiva (cuadro 6).

Cuadro 6. Enfermedades por las que acude al médico

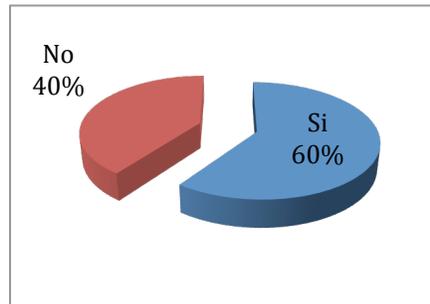
Enfermedades por las que acude al médico	
Tipo de enfermedades	Número de TH
Problemas articulares	10
Problemas circulatorios	5
Enfermedades respiratorias	26
Problemas musculares	6
Enfermedades digestivas	7
Otros (depresión, medicina preventiva, cirugías, entre otros)	14

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Con respecto a problemas mentales o psicosociales, cuando se les cuestionó a las trabajadoras del hogar si alguna vez sintieron estrés, tristeza, angustia por el trabajo realizado o por la relación con las o los empleadores, el 60% de ellas respondió

afirmativamente; de manera complementaria mencionaron que no asisten a ninguna ayuda profesional y que ellas solas se tranquilizan (Gráfica 14).

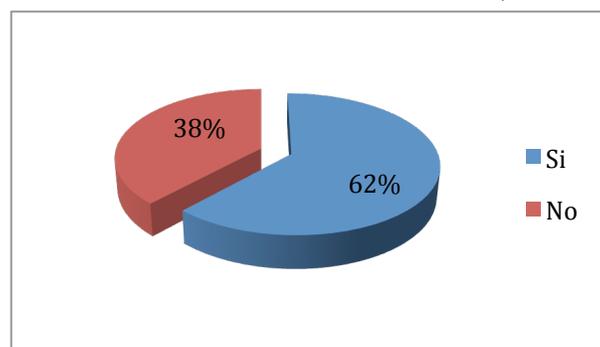
Gráfica 14. TH que han sentido tristeza, angustia, estrés.



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Siguiendo con los accidentes que sufrieron en el área de trabajo, saber si asistieron o no al servicio médico para ser atendidas y quien cubrió esos gastos, podemos observar en la gráfica siguiente que una mayoría (62%) ha sufrido algún accidente de trabajo durante sus actividades, entre ellas se encuentran las caídas, cortes, quemaduras o fracturas, y de este porcentaje, el 38% no asistió a ningún servicio para su atención, aunque del 62% que sí decidió asistir a un servicio de salud, solo al 16% de ellas los empleadores las apoyaron con los gastos médicos generados (Anexo 3. Cuadro 7. TH que acudieron a servicio médico por un accidente de trabajo)

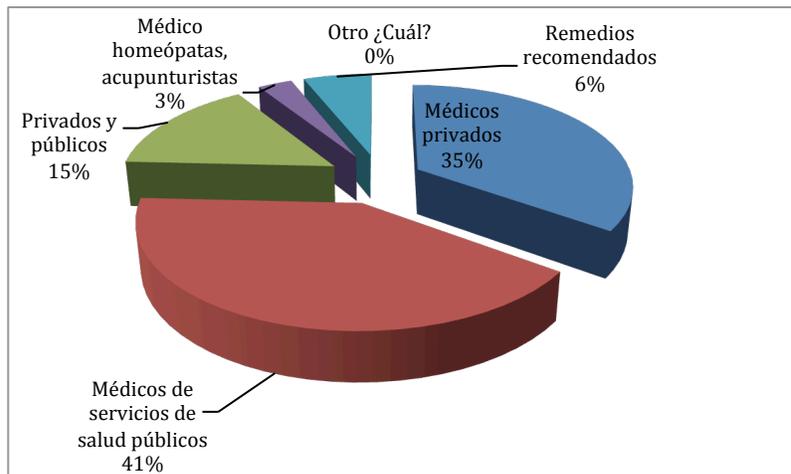
Gráfica 15. Accidentes de trabajo



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

En cuanto a si cuentan con un seguro médico por el trabajo, el 96% de ellas no tiene este apoyo, por esta razón es necesario preguntar a dónde acuden para la atención en salud. Los resultados muestran que el 35% asiste a médicos privados entre los que se encuentran las farmacias que ofrecen servicios de atención médica o consultorios particulares, frente al 41% que prefiere los servicios médicos de salud públicos del D.F.; cabe destacar que un 15% se atiende en ambos servicios y un 9% del total también utiliza otras alternativas de atención, como homeópatas o remedios recomendados, esto lo podemos observar en la siguiente gráfica.

Gráfica 16. Dónde se atienden si se enferman



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Finalmente para concluir este primer apartado, nos referiremos a las condiciones de salud durante el embarazo. De las 33 trabajadoras que son madres, el 45% de ellas no trabajó cuando estaba gestante, pero del 54% restante sí desarrollaba esta actividad laboral y solo el 9 % dejó de trabajar durante el desarrollo del embarazo. Las que continuaron en trabajo del hogar, tuvieron horarios completos, como se puede observar en el siguiente cuadro.

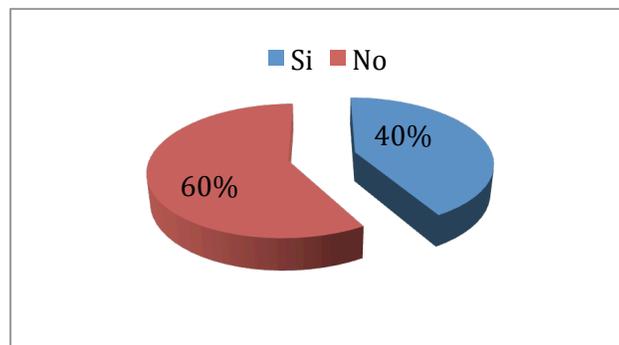
Cuadro 8. TH que continuaron trabajando durante el embarazo

TH que continuaron trabajando durante el embarazo			
	Número de TH con hijos	Horas de trabajo	Número de TH
Si	15	Horario completo (7 horas o más)	12
Dejó de trabajar	3	Menos horas	0
No trabajaba como TH	15	<i>Total</i>	12
<i>Total</i>	33		

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Para un óptimo desarrollo del producto embrionario, es necesario tener precauciones y cuidados durante el embarazo, por eso se les preguntó a las trabajadoras del hogar que laboraban, si hicieron cambios en las actividades durante el embarazo y posterior al parto (gráfica 17) y los resultados son que el 40% no hizo ningún cambio y continuó con sus actividades normales.

Gráfica 17. TH que hicieron cambios en sus actividades durante el embarazo y el post parto

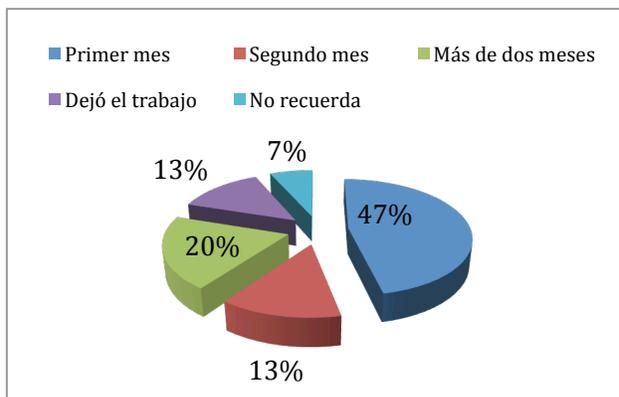


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

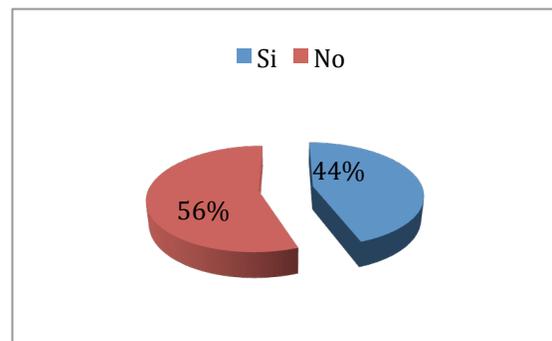
Con respecto al lugar donde se atendieron durante el desarrollo del embarazo y parto, el 33% contaba con seguridad social por parte de su pareja y decidieron tomar ese servicio, mientras que el 47% prefirió las clínicas particulares y solo un 20% fue atendido en hospitales públicos por su cuenta.

Por último mencionaremos el tiempo de reintegración después del parto y si tuvieron problemas para volver a establecerse con sus antiguos patrones. Respondiendo a la primera pregunta encontramos que el 47% de las trabajadoras tuvieron que regresar a laborar durante el primer mes después del parto, un 13 % durante el segundo mes, el 20% fue después de 2 meses, mientras que 13% de ellas abandonó las labores del hogar remunerado para el cuidado de sus hijos. En cuanto a si tuvieron problemas para reintegrarse, el 56% menciona que sí hubo problemas para regresar con su empleador o empleadora, como se puede observar en las siguientes gráficas.

Gráfica 18. Tiempo de reintegración laboral después del parto



Gráfica 19. TH que tuvieron problemas con sus empleadores para reintegrarse



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

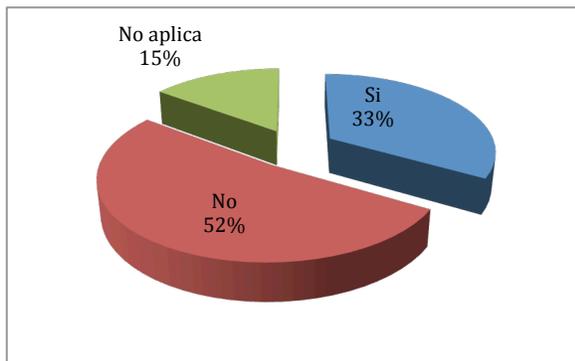
Percepciones sobre las condiciones que obstaculizan o benefician el acceso a la salud.

En cuanto a los trámites requeridos para ser atendidas, para las trabajadoras del hogar que asisten a servicios públicos, es necesario tramitar el Seguro Popular o la Gratuidad y para ello, se les piden los documentos establecidos por el programa; mientras que las que no asisten a estos servicios, no necesitan ningún trámite, solo pagar la cuota de recuperación y los medicamentos. En cuanto al tiempo de traslado para el centro de salud que les corresponde, el 33% tarda de 5 a 15 minutos, mientras

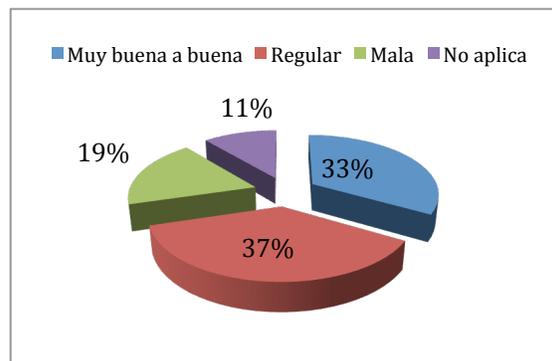
que el 48% pueden ser hasta 30 minutos y solo para un 11% es mayor a 30 minutos. (Anexo 3. Gráfica 20. Tiempo de traslado).

Para lograr conocer los problemas o barreras para el acceso y la calidad en la atención médica de los servicios de salud es preciso saber cómo perciben las trabajadoras del hogar el servicio otorgado en los servicios de salud públicos del D.F. Al indagar si comprenden lo que el médico les dice sobre su enfermedad y tratamiento, un 52% menciona que no. (Gráfica 21) Además, al preguntarles su opinión para calificar la atención recibida por el centro de salud, el 37% la percibe de regular a mala, mientras que el 33% la considera buena o muy buena (Gráfica 22)

Gráfica 21. TH que comprenden lo que el médico del Centro de Salud les dice



Gráfica 22. Calificación del servicio del Centro de Salud



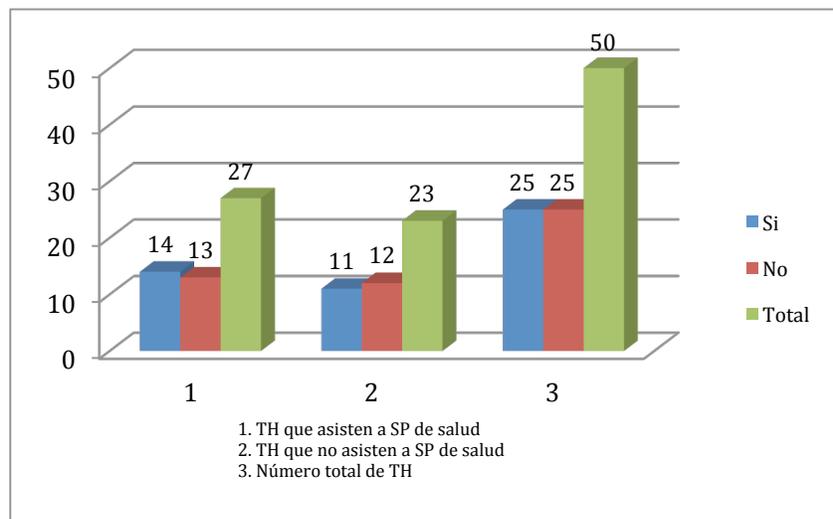
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

La salud como un Derecho Humano, debe ser respetado, promoviendo en la sociedad el conocimiento necesario para poder ejercer ese o cualquier otro. Por esta razón preguntamos a las trabajadoras del hogar si conocen los programas de salud que existen en el Distrito Federal y como se puede observar en la gráfica 23, el 50% respondieron de forma negativa. Es importante destacar que es mayor la cantidad de trabajadoras que asisten a los sistemas de salud públicos y el desconocimiento de los

programas de salud que ofrece el gobierno del Distrito Federal es prácticamente igual en las dos poblaciones.

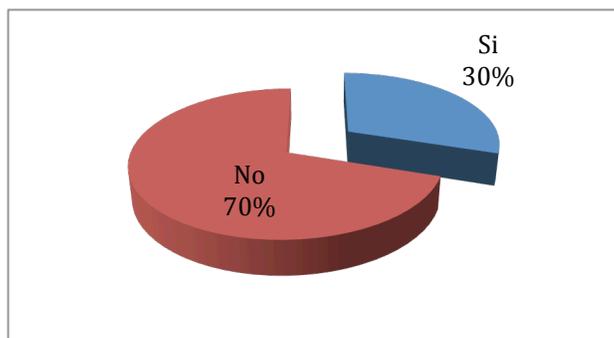
Siguiendo con la pregunta sobre si conocen sus derechos para acceder a los servicios de salud, las trabajadoras que no tienen conocimiento de este tema aumenta considerablemente con respecto a la pregunta anterior, pues llega al 70% como lo muestra la gráfica 24.

Gráfica 23. TH que conocen los programas de salud del D.F



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

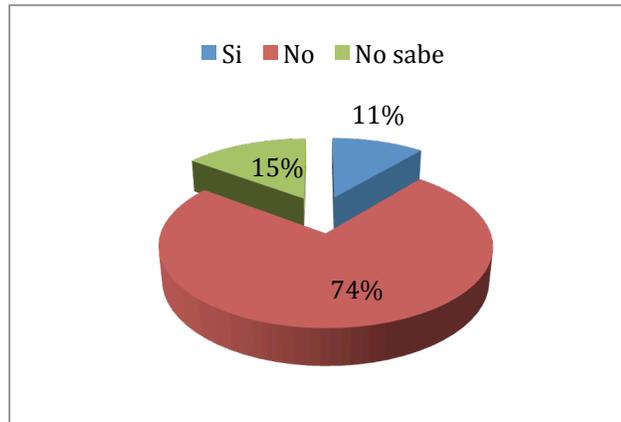
Gráfica 24. TH que conocen cuáles son sus derechos para acceder a los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Con respecto a la accesibilidad a los servicios, preguntamos si las trabajadoras realizan pago en los servicios médicos públicos para su acceso, así como en la adquisición de medicamentos, pues al no cumplirse lo establecido por ley en materia de gratuidad, muchas de las trabajadoras prefieren otras opciones para su atención en salud. La gráfica 25 presenta que solo tres trabajadoras de las que asisten a sistemas públicos de salud del D.F. tuvo que pagar una cuota, mientras que refiriéndonos al grupo de trabajadoras que no asisten a los sistemas públicos y tuvieron la necesidad de atención médica, ellas pagaron no menos de \$100 y hasta más de \$500 para el acceso a la atención y la compra de medicamentos (Anexo 3. Gráfica 26. Pago de atención médica de TH que no asisten a SP de salud).Lo que resulta relevante con las usuarias de servicios públicos es que un 74% no se les proporcionan los medicamentos de forma gratuita o no es de forma completa y esto representa un gasto directo a sus bolsillos, pues deben de adquirirlo en farmacias externas. (Anexo 3. Gráfica 27. Medicamentos gratuitos)

Gráfica 25. TH que pagan cuota en servicios públicos de salud del D.F.



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Cuando se asiste a un servicio de salud, en muchas ocasiones es necesaria la realización de estudios para confirmar el diagnóstico o prevenir enfermedades, además de que es una condición laboral que determina la accesibilidad económica de

los servicios. Los resultados generaron que al 78% de las trabajadoras que asisten a los servicios públicos del D.F. les efectuaron estudios, (cuadro 9) pero el 42% de ellas tuvo que pagarlos y el 9% prefiere realizárselos en laboratorios privados; mientras que las personas que no asisten a los sistemas públicos y se realizaron estudios, un 44% prefiere los laboratorios particulares, como se pueden observar en las gráficas 28 y 29 del anexo 3.

Cuadro 9. Estudios médicos

TH que realizaron estudios médicos en el centro de salud	
Si	21
No	1
No aplica	5
Total	27

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a TH que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del D.F. 2013

Análisis de la información cualitativa – Revisión de las condiciones que obstaculizan o benefician la prestación de los servicios de salud pública a las trabajadoras del hogar

Este estudio propone una revisión de la legislación nacional y los programas de salud disponibles para conocer los obstáculos que enfrentan las trabajadoras del hogar para el “disfrute a toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”⁵⁰. El eje articulador del análisis se centra en las condiciones laborales de las trabajadoras, la salud y los factores que ellas consideran que obstaculizan su acceso al derecho a la salud. Los componentes que integran el derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), propuestos por el PIDESC, servirán como referente para clarificar el alcance e

⁵⁰ Definición del Derecho a la salud que se encuentra en la Observación General No. 14 del PIDESC.

implicaciones para el Estado mexicano, desde el enfoque de los Derechos Humanos y de género, tomando como referencia las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales y el marco normativo nacional y las estrategias y líneas de acción del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF).

Percepciones de los profesionales de la salud y expertos de la sociedad civil

Refiriéndonos a las condiciones de trabajo, los profesionales coincidieron en que las mujeres que realizan trabajo del hogar remunerado, en su mayoría, realizan actividades extra por el mismo salario, el cual no siempre es fijo, pues depende de los días que laboren, y concluyeron con que hasta el momento las condiciones laborales presentes en este grupo son riesgosas y pueden repercutir en su estado de salud de manera negativa.

Al cuestionarles si tienen conocimiento de las enfermedades que padecen las trabajadoras del hogar, la mayoría menciona a los problemas articulares como los más relevantes, continuando con los dolores musculares y un dato relevante fueron los maltratos psicológicos, violencia y el estrés causado por las actividades que realizan así como el trato con la familia con la que laboran, ocasionándoles baja autoestima y problemas mentales que pueden desarrollarse crónicos.

La respuesta sobre los accidentes más comunes no difiere mucho de los hallazgos encontrados en las entrevistas de trabajadoras del hogar: mencionan caídas, quemaduras, cortaduras y como dato extra se encuentran los problemas de intoxicación por el manejo de sustancias corrosivas.

Con respecto a si saben en dónde se atienden en caso de enfermedad y accidentes de trabajo, cinco de ellas mencionaron que las trabajadoras del hogar prefieren el servicio privado para su atención, entre ellos las farmacias de similares o consultorios privados, pues refieren que si asisten al centro de salud, el tiempo de espera es

demasiado y el trato no siempre es el adecuado en cuanto a amabilidad y la obtención de medicamento gratuito no siempre se cumple. Todas las profesionales piensan que este grupo de mujeres, deben tener derecho a servicios del seguro social (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS) por su condición de trabajadoras.

Cuando se preguntó si existe un órgano que trata cuestiones sobre salud en el trabajo, dos de las profesionales mencionaron que estos se encuentran constituidos en instituciones a los que por ley, las trabajadoras no tienen derecho (IMSS, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado ISSSTE) también destacaron que no existen estadísticas relativas a la salud de las trabajadoras del hogar y tampoco cuentan con investigación en materia de salud que muestren un análisis de datos relativos a lesiones, enfermedades y accidentes laborales, por lo que resulta necesario visibilizar esta situación y de manera conjunta, promover el conocimiento de sus derechos y de esta forma poder ejercerlos.

Con base en las entrevistas podemos destacar que las condiciones de trabajo de las trabajadoras del hogar influyen en su salud, por ejemplo, las extensas jornadas de trabajo, los bajos salarios, la falta de equipo de protección para realizar sus labores y el trato son factores que afectan en mayor o menor medida su estado de salud física y mental. Al respecto, las profesionales entrevistadas comentan:

“Se hace una negociación individual con la patrona y cada vez se les pide más actividades, más horas de trabajo y su salario no corresponde a las actividades que ellas desarrollan⁵¹”. “Hasta el momento no son las óptimas para el cuidado de su salud, las trabajadoras no tienen todas las condiciones adecuadas para poder realizar el trabajo, por ejemplo no usan guantes, no usan ropa adecuada, cuando lavan jardín o coches no usan botas especiales para eso, siempre tienen problemas, entonces, esa parte no es atendida en el trabajo con ellas⁵²”.

⁵¹ Rosario Ortiz, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

⁵² Marcelina Bautista, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

Además, las trabajadoras del hogar:

“No gozan de las prestaciones por ley, esto se acentúa todavía más en la situación de las personas que trabajan de entrada por salida y que trabajan menos de 3 días por semana, si trabajan de medio tiempo son consideradas casi como trabajadoras por cuenta propia, no como trabajadoras realmente, entonces sí es muy difícil que se les reconozca el derecho de vacaciones, aguinaldo, pagos de gastos médicos⁵³”. “A los trabajadores y trabajadoras del hogar, que fundamentalmente son mujeres, se les deja fuera de la protección o de la poca protección que ahora tienen los trabajadores en cuanto a contratación, flexibilidad, servicios de salud, obligaciones de los patrones⁵⁴”.

Las condiciones laborales en las cuales las trabajadoras del hogar realizan su trabajo no son las óptimas, carecen de derechos fundamentales y esto afecta su calidad de vida. Las entrevistas muestran que el trabajo del hogar implica riesgos graves para la salud de las trabajadoras.

Las enfermedades más frecuentes detectadas a las trabajadoras del hogar son:

“Artritis, problemas en articulaciones por estar expuestas a cambios de temperatura por usar agua fría y caliente, por lavar, planchar; alergias, problemas de tipo respiratorio por el uso de químicos como el cloro; con el uso de detergentes por ejemplo dermatitis, reumas, migraña, tiene dolores de espalda, varices porque a veces permanecen mucho tiempo de pie, tumores, cáncer, diabetes⁵⁵”.

“Especialmente las que son de planta que viven ahí donde trabajan, que tiene que ver con la falta de descanso, puesto que no hay horarios se les solicita que atiendan a cualquier hora, entonces también tienen un

⁵³Mary Goldsmith, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁵⁴Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁵⁵Rosario Ortiz, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

problema de fatiga porque independientemente de la edad o de la capacidad física se les exigen esfuerzos físicos⁵⁶”.

Las trabajadoras del hogar no sólo ven afectada su salud física sino también su salud mental, las principales causas que afectan su salud mental según las entrevistas son:

“Estrés por el trato que se les da en el espacio de trabajo, por las patronas que a veces quieren todo a la perfección y todo a tiempo, también las estresa el cuidado de las y los niños porque además de hacer la limpieza, comida, lavar, planchar, cuidan a las y los niños y se preocupan de que pueda ocurrirles un accidente⁵⁷”.

“Depresión, son acosadas laboralmente y acosadas sexualmente, esto también genera problemas de salud mental y probablemente no hay estudios que lo verifiquen pero también debe de haber algunos problemas de índole infecciosa por el contacto sexual sin protección, en fin incluso violaciones, temas de violencia que no son registrados⁵⁸”.

“Cuestiones no solo físico sino emocional como estar bajo presión, lesiones de acoso laboral, el estar inmersas en las vidas de otras personas, hasta donde sé no hay estudios sobre qué significa en términos del desgaste de que se siente vivir incluso siendo invisible frente a otros debe ser muy estresante ⁵⁹ ” y “problemas fundamentalmente relacionados con la baja autoestima por la discriminación que viven, seguramente en todos los países está el gran problema de la discriminación que se ejerce contra las trabajadoras , entonces están viviendo una situación de discriminación en todos los sentidos, como se sabe quienes trabajan en el hogar como empleadas vienen generalmente de zonas rurales o de zonas urbanas pauperizadas y esto genera en el interior del hogar una mirada muy similar a la que existía con un sistema de servidumbre, de hecho se les sigue llamando servidumbre⁶⁰”.

⁵⁶ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁵⁷ Inés González, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

⁵⁸ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁵⁹ Mary Goldsmiths, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁶⁰ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

Los accidentes que generalmente se presentan en el trabajo del hogar son:

“caídas, resbalones por usar líquidos, por subirse a limpiar en alturas, por limpiar vidrios; quemaduras por uso de plancha, cloro, al cocinar y uso de instalaciones defectuosas eléctricas⁶¹”.

“Casi todos los trabajadores en algún momento hablan de alguna caída⁶²”.

“Cortadas, accidentes por el uso de herramientas en general”, “muchas de las que van y vienen en transporte público también tendrán este tipo de problemas de accidente durante el trayecto⁶³”.

Ante esta realidad, la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social no garantizan los derechos fundamentales a las trabajadoras del hogar, incluido el acceso de calidad al derecho a la salud, por el contrario las excluyen de dichos derechos con lo cual no se respeta el derecho a la no discriminación, derecho consagrado en la mayoría de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos.

Con lo anterior, el Gobierno Federal en general y el gobierno de la Ciudad de México violan las obligaciones contraídas en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, al no existir una legislación que reconozca los derechos de las trabajadoras del hogar y ésta se aplique de manera efectiva. Las trabajadoras dependen del sentido de justicia de sus patronas y patrones y no de una norma jurídica que reconozca su dignidad y sus derechos en el trabajo y por lo tanto sólo les queda acudir a los servicios de salud del centro de salud o del doctor Simi.

⁶¹ Rosario Ortiz, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

⁶² Mary Goldsmiths, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

⁶³ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Blanca López

Recordemos que en la esfera de derechos económicos, sociales y culturales en los cuales se encuentran el derecho a la salud, al trabajo y a las condiciones satisfactorias de trabajo, la principal obligación que asumen los Estados es la de adoptar las medidas, legislativas o de otro carácter, encaminadas a lograr la plena efectividad de esos derechos.

Esta obligación consiste en realizar todo lo necesario para lograr dicho propósito, la obligación implica también el deber de actuar de forma inmediata para lograr la plena vigencia de los derechos consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Pacto impone también claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuánto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Las entrevistas dan cuenta de cómo esto no se está cumpliendo en lo relativo a las trabajadoras del hogar y cómo no existen políticas, ni programas destinados a este grupo de población como se muestra a continuación.

Políticas públicas

Las políticas públicas y los planes de gobierno que se impulsan son ejemplo de las prioridades y compromisos del gobierno, éstas deberían incluir las obligaciones del Estado asumidas en materia de Derechos Humanos; sin embargo, en el tema de trabajo del hogar remunerado nos damos cuenta que no es un tema prioritario, el trabajo del hogar esta social y políticamente invisible. Al no impulsar políticas para reconocer y promover el trabajo del hogar como trabajo, el gobierno se olvida de las obligaciones contraídas y de que el respeto y protección de los Derechos Humanos repercute en las cuestiones económicas y sociales de la sociedad.

Al realizar las preguntas sobre si existe un programa o un organismo que trate cuestiones de salud de las trabajadoras del hogar, la respuesta fue no. A las preguntas si existen estadísticas, servicios de información, asesoría, investigación, mecanismos de recopilación de datos, políticas y programas relativos a la salud de las trabajadoras del hogar, la respuesta fue no. La pregunta relativa a si existen recursos financieros y presupuestarios en materia de salud en el trabajo, la respuesta fue que no hay presupuesto, hay poco o muy limitado.

Las entrevistas señalaron que existe el programa de seguro popular y el de gratuidad; sin embargo, no es un programa destinado específicamente a las trabajadoras del hogar y por lo tanto no cubre las necesidades que como trabajadoras requieren:

“Ahora con el programa de seguro popular esa atención no es tan adecuada, no cubre todas las enfermedades. El seguro popular muchas trabajadoras lo tienen, es como el de primera mano. Ellas no piensan obtener el seguro popular porque tienen cáncer o alguna enfermedad crónica sino más bien para ver qué me cubre, entonces las que no tienen graves enfermedades pues dicen está bien pero otras dicen no me cubrió esto, no me atendió bien respecto al parto. Tampoco es 100% bueno para muchas⁶⁴”.

También se mencionó que existe el servicio de red de clínicas del Distrito Federal pero éste no fue creado ni destinado específicamente pensando en las trabajadoras del hogar, sino para la población en general:

“Que exista un programa específico no, aunque el gobierno del Distrito Federal mucho ha dicho en su publicación, la inscripción es al servicio médico de salud de la red de clínicas del DF pero eso no tiene nada de particular a eso va cualquiera, pero el gobierno ha dicho un programa especial para trabajadoras del hogar, de especial no tiene nada, eso es una mentira⁶⁵”.

⁶⁴ Marcelina Bautista, Ciudad de México, 2013, entrevistada por Angélica González

⁶⁵ Marcelina Bautista, Ciudad de México, 2013, entrevistada por Angélica González

En general no existe presupuesto para la salud laboral y para la salud de las trabajadoras del hogar no hay nada. Ni datos, ni programas, ni estadísticas, ni registro del tipo de enfermedades y accidentes de trabajo del hogar.

Con lo anterior podemos decir que en materia de trabajo del hogar no existe legislación, ni programas, ni políticas públicas que reconozcan el trabajo del hogar y los derechos de las personas que lo realizan, incluso las estrategias y líneas de acción que se establecieron en el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal no se han llevado a cabo.

El gobierno tiene la obligación de ir logrando de manera progresiva el pleno ejercicio de los Derechos Humanos a toda la población; sin embargo, son varias las razones que han manejado para no hacer efectivos los derechos de las trabajadoras del hogar. Los obstáculos que han impedido que las trabajadoras gocen de los mismos derechos que otro tipo de personas trabajadoras según las personas entrevistadas son los siguientes.

Programas de salud pública

A pesar de existir las obligaciones anteriores, el Estado Mexicano y el Gobierno del Distrito Federal no las han llevado a cabo, en materia de trabajo del hogar, de acuerdo con las entrevistas realizadas las trabajadoras del hogar, ante una enfermedad o accidente de trabajo “acuden a los centros de salud o a servicios particulares, generalmente al doctor Simi⁶⁶”, en donde la atención recibida no es la acorde con sus necesidades.

“Como son particulares y pagan las atienden bien porque pagan su consulta”, “las trabajadoras del hogar van a recibir una consulta externa,

⁶⁶ Inés González, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

rápida, expedita que les resuelva inmediatamente su estado de salud⁶⁷ y en caso de sufrir un accidente laboral “no se atiende como accidente o enfermedad de trabajo, la atención es general, tienen la atención médica general pero no se le da el enfoque de lo que es un accidente o enfermedad de trabajo⁶⁸”.

Otro aspecto a resaltar es que las trabajadoras no acuden a los centros de salud por el tiempo que requiere esperar para la consulta, sacar la ficha y a veces no alcanzar consulta, además que en muchas ocasiones no tienen el medicamento: “por las jornadas de trabajo no van a los centros de salud porque requieren hacer fila para la consulta y una vez que las atienden no tienen los medicamento, ellas dicen que lo más inmediato es el doctor Simi⁶⁹”.

Las entrevistas también señalaron que las trabajadoras del hogar llegan a tener acceso a servicios del IMSS por sus hijos o por sus compañeros, no por su relación laboral: “algunas tiene seguro por los hijos o por su marido porque ellas no tienen seguridad social, la mayoría no tiene seguridad social, son muy pocas las patronas que le dan el pago de médico y medicamento cuando son accidentes o enfermedades de trabajo⁷⁰”.

Lo anterior da cuenta de que los servicios de salud a los que las trabajadoras tienen acceso no responde a sus necesidades pues ellas requieren servicios de calidad, que reconozca la enfermedad y accidente de trabajo y que les proporcionen el medicamento de manera gratuita.

Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) con relación a la LAGSMDF desarrolla el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), el

⁶⁷ Inés González, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

⁶⁸ Rosario Ortiz, Ciudad de México, noviembre, 2013, entrevistada por Angélica González

⁶⁹ Marcelina Bautista, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

⁷⁰ Marcelina Bautista, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

cual tiene como objetivo otorgar gratuitamente los servicios integrales que se ofrecen en la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), además de proporcionar gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento, establecidos en el Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos de la SSDF. Debe destacarse que los servicios incluyen atenciones preventivas, curativas y de rehabilitación para todos los grupos de edad y ambos sexos incluyendo las acciones integradas por grupo etéreo.

La Ley de Salud del Distrito Federal, expedida el 26 de Agosto del 2009, reconoce a la Gratuidad como uno de los principios del derecho a la protección de la salud (Art. 3 fracción III) y que los servicios de atención médica que otorgue el Gobierno del Distrito Federal, así como los medicamentos asociados al segundo nivel de atención, serán otorgados de manera gratuita a los usuarios, de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la LAGSMMDF (ART. 9).⁷¹

El enfoque de los Derechos Humanos y de Género, de la Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos se hará con énfasis en la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad profesional de los servicios médicos y tratamientos. El programa de Gratuidad pretende contribuir a mejorar la atención y prevención de la población abierta del Distrito Federal, sin seguridad social laboral y mejorar los niveles de salud, con un enfoque universal, equitativo y avanzar en la garantía del derecho a la salud

También propone garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a

⁷¹ Gaceta Oficial del Distrito Federal. Decima Séptima Época, 31 enero de 2013 No. 1934, página 13-21
www.sideso.df.gob.mx/documentos/2013/salud/RO%20DEL%2013%20GOD%2031-01. Consultado el 30 de enero de 2013.

la Secretaría de Salud del Distrito Federal, como Organismo Público Centralizado y los Servicios de Salud Pública como Organismo Público Descentralizado.⁷²

Podemos decir que el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), es una de las opciones a las que acuden las trabajadoras del hogar cuando requieren de servicios médicos. Sin embargo las Reglas de operación del programa establecen que para registrarse en el padrón de las unidades médicas tienen que cumplir dos requisitos básicos:

- 1) Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual deberá entregar una copia simple del comprobante de domicilio vigente o credencial de elector.
- 2) Acreditar la identidad del solicitante y, en su caso, de cada uno de los dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial⁷³.

Al analizar las reglas de operación del programa observamos que no hay compatibilidad con el enfoque de derechos humanos que prevalece en los objetivos general y específicos: el principio de accesibilidad como componente esencial para ejercer el derecho a la salud no se cumple al restringir los servicios de salud a las personas que pueden acreditar su identidad y residencia en la Ciudad de México, estos criterios se establecen a partir de la normatividad del programa.

Seguro Popular

El gobierno federal instrumentó en 2004 el Seguro Popular de Salud para enfrentar el

⁷²Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006 www.prog_sal_m%20E9_me_g_GDF.pdf

⁷³ Gaceta Oficial del Distrito Federal. Decima Séptima Época, 31 enero de 2013 No. 1934, página 13-21 www.sideso.df.gob.mx/documentos/2013/salud/RO%20DEL%2013%20GOD%2031-01. Consultado el 30 de enero de 2013.

reto establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, que en conjunto con los gobiernos estatales forma parte integral de una nueva política social.

El principal objetivo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es otorgar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social y se financia fundamentalmente mediante subsidio y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, una muy pequeña contribución también proviene de los asegurados. De esta manera se ofrece a los mexicanos que carecen de algún tipo de seguridad social acceso a servicios de salud, mediante un esquema de aseguramiento sin desembolso al momento de su utilización, con trato digno y de calidad que favorezca la igualdad social en materia de salud.⁷⁴

La protección social en salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados.⁷⁵

Los requisitos que se solicitan para acceder al Seguro Popular son:

- 1) Ser residente del territorio nacional
- 2) No ser derechohabiente de la seguridad
- 3) Contar con la clave única de registro de población
- 4) De ser el caso, cubrir la cuota familiar que corresponde ⁷⁶

El Seguro Popular es un Sistema que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere. Esto significa que, a través del Seguro Popular, el Estado

⁷⁴www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=327. Consultado 26 diciembre 2013.

⁷⁵www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=327. Consultado 26 diciembre 2013.

⁷⁶www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=327. Consultado 26 diciembre 2013.

mexicano garantiza que la población reciba atención médica de primer y segundo nivel y aporta fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades que se atienden en tercer nivel de atención.⁷⁷

Esta política a favor de la prevención de la salud también debe acompañarse de la homogeneización de la calidad en los servicios médicos, proporcionados por personal altamente calificado y con protocolos de atención estándar. La guía en este esfuerzo es la certidumbre de que la salud es un derecho humano y que su ejercicio es uno de los cimientos que permite construir sociedades más justas.⁷⁸

Podemos decir que de acuerdo a las reglas de operación de estos programas, no existe restricción alguna para que las trabajadoras del hogar tengan acceso a los servicios médicos, pues los requisitos que solicitan pueden acreditarlos: identidad y lugar de residencia; sin embargo, al analizar los resultados se pudo constatar que existen otras limitaciones de carácter estructural que no hacen posible que las trabajadoras puedan ejercer su derecho a la salud a través del acceso a servicios con calidad.

Analizaremos los resultados considerando los componentes que establece el Comité DESC⁷⁹ para ejercer el derecho a la salud, los cuales al estar interrelacionados nos permiten conocer el proceso que se vive al interior de los centros de salud de forma integral. En el análisis encontramos las contradicciones e inconsistencias en los programas y cómo estos no responden a las necesidades de las trabajadoras del hogar, quienes organizan su vida cotidiana a partir de sus condiciones precarias de trabajo, por un sentido de supervivencia.

Accesibilidad física y económica. No discriminación.

⁷⁷ www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=327. Consultado 26 diciembre 2013.

⁷⁸ www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=327. Consultado 26 diciembre 2013.

⁷⁹ Observación General No. 14 del PISDEC

Respecto a si pagan una cuota por tener acceso a los servicios públicos de salud, 20 de 27 trabajadoras que asisten a los servicios de salud públicos, mencionan que no han pagado ninguna cuota por recibir los servicios, asimismo 3 contestaron que sí pagaron; esto nos indica que pueden estar inscritas en el programa de gratuidad o seguro popular.

Así mismo, al preguntar si recibieron los medicamentos, de 27 trabajadoras que acuden a los servicios públicos, 4 mencionan que sí reciben los medicamentos y 20 refieren que no reciben los medicamentos completos o no los reciben.

Al respecto, las trabajadoras compartieron los siguientes comentarios:

“No, casi no los hay, dicen que sí los proporcionan pero no los hay, cuando uno va a la farmacia no se encuentran, entonces tiene que ir uno a la farmacia por fuera y pagar”⁸⁰, “Sí es un servicio normal sí, operaron a su hijo del brazo y le mandaron medicina de patente y la compró porque no se la dieron en el Hospital Infantil de Tacubaya”⁸¹

“Sí, aunque no hay todos, o sea, si el médico le da la receta por tres medicamentos, llega a haber uno, (...) por lo regular le dan uno porque los demás no los hay”,⁸² Otra mujer comenta: “Sí hay, se lo dan, pero es frecuente que tenga que comprarlos”⁸³, finalmente otra trabajadora enfatiza, “Los compra en genéricos y los otros en patente”⁸⁴

De esta manera podemos constatar que una debilidad del programa de gratuidad es el desabasto en los medicamentos. Las mujeres mencionaron que prefieren asistir a consulta privada porque en principio es más rápido, no tienen que esperar para recibir la consulta. Además de que en el mayor de los casos, quienes están inscritas en el programa de Gratuidad y Seguro Popular tienen que comprar los medicamentos porque casi nunca hay en los centros de salud, en ese sentido prefiere gastar en consulta privada

⁸⁰ Trabajadora del hogar, 45 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Heidi Marín

⁸¹ Trabajadora del hogar, 45 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Blanca López

⁸² Trabajadora del hogar, 46 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Edwing Solano

⁸³ Trabajadora del hogar, 22 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Heidi Marín

⁸⁴ Trabajadora del hogar, 42 años, Ciudad de México, octubre. 2013. entrevistada por Blanca López

porque de lo contrario perderían un día de trabajo y de todas formas tienen que comprar los medicamentos.

Las mujeres trabajan de planta o de entrada por salida, esto quiere decir que las primeras están todo el día en un espacio durante seis días a la semana y es difícil que puedan salir de las casas donde trabajan para acudir a un centro de salud, y quienes están de entrada por salida, el asistir a un centro de salud implica dejar de trabajar medio día, lo que repercute en la pérdida de una parte de su ingreso semanal.

Respecto a si realizaron estudios médicos en el centro de salud, de 27 trabajadoras, 21 mujeres comentaron que si les han hecho estudios, una mujer comenta que no, en 5 mujeres no aplica la pregunta. Esta pregunta la relacionamos con la que hace referencia a si pagaron por los estudios médicos, de las 21 mujeres entrevistadas, 9 trabajadoras contestaron que si pagaron por los estudios, 4 respondieron no haber pagado por los estudios, 2 mujeres se los hicieron en laboratorios privados y en 6 entrevistadas no aplicó la pregunta. Al respecto en sus testimonios, las mujeres comentan “Sí me cubrió lo que fue orina y sangre, pero tenía dos que eran con muestra de sangre y esos me dijeron que no los cubre el seguro, entonces esos no me los hice”.⁸⁵ “Red Ángel me cobra, pero no mucho.”⁸⁶ “Cuando no tienen ahí para hacer los estudios, la mandan a uno a Tacubaya, pero si cobran, le hacen descuento con el Seguro Popular, el costo depende del estudio, a veces 120 o 180, depende”⁸⁷

Podemos preguntarnos ¿qué sucede cuando las trabajadoras no están en posibilidades de pagar los servicios en un laboratorio privado? y, ¿cómo pueden acceder a que les den un tratamiento, si no pueden practicarse los estudios necesarios previos a un diagnóstico médico? ¿Qué opciones tienen las trabajadoras del hogar

⁸⁵ Trabajadora del hogar, 46 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Edwing Solano

⁸⁶ Trabajadora del hogar, 38 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Angélica González

⁸⁷ Trabajadora del hogar, 38 años, Ciudad de México, noviembre. 2013. entrevistada por Heidi Marín

cuando enfrentan estas situaciones en donde por no tener recursos económicos no pueden tener acceso a la salud?

Al respecto, el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal en el capítulo Derecho a la Salud, recomienda se hagan las adecuaciones correspondientes al PSMMG desde el enfoque de los Derechos Humanos y de género, haciendo énfasis en la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad profesional de los servicios médicos y tratamientos, generando asimismo, indicadores de resultado e impacto para poder medir su eficacia. Del mismo modo menciona que es necesario etiquetar e incrementar el presupuesto para la compra de medicamentos del cuadro básico para garantizar el abastecimiento oportuno y suficiente en todos los centros de salud y hospitales de la Red.⁸⁸

Respecto a las mujeres que no acuden a los servicios públicos, comentan que en caso de necesitar estudios o análisis, acuden en su mayoría a laboratorios particulares; de 23 trabajadoras, 10 mujeres acuden servicios privados, 7 en servicios públicos, en 4 mujeres no aplica y dos refieren otros. Los comentarios de las mujeres fueron “Simi es el laboratorio más económico”⁸⁹, “A laboratorios particulares Alfa”⁹⁰ Simi se me hace muy completo, depende del estudio, riñones \$49 más pago de médico y medicamentos”⁹¹.

En relación a que las han canalizado a ellas o sus familiares a un especialista u hospital, de 23 entrevistadas, 10 mujeres mencionaron no haber sido canalizadas, mientras que 13 han tenido que vivir esta experiencia ya sea ellas o un familiar, al parecer sus experiencias fueron favorables, pues comentan al respecto. “Al Gea

⁸⁸ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF), Ciudad de México, Agosto 2009. Pág.521-526

⁸⁹ Trabajadora del hogar, 48 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

⁹⁰ Trabajadora del hogar, 41 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

⁹¹ Trabajadora del hogar, 42 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

González por problema renal, muy bien; de ahí a Nutrición”⁹² otra mujer menciona “A su papá lo operaron de la próstata en el Centro Médico y lo atendieron muy bien”⁹³

Ahora bien, de las trabajadoras que asisten a medicina privada encontramos que 6 de 23 mujeres pagan entre \$100.00 y \$250.00, otras 6 mujeres pagan de \$250.00 a \$ 500.00, y 3 gastan más de \$ 500.00 en consulta privada, si consideramos cuáles son sus ingresos, podemos constatar lo que implica para ellas acudir a un centro de salud, prefieren gastar en consulta privada que perder un día de trabajo, aunque ello implique un desajuste en su economía familiar.

En realidad, el problema que obstaculiza el acceso al derecho de salud a las trabajadoras del hogar es, en principio, no reconocer su condición de trabajadoras. Existe una desvalorización del trabajo doméstico por considerar que son actividades que históricamente le corresponden a las mujeres, son diligencias que se asumen inherentes a la condición femenina, relacionadas con la maternidad y el cuidado de los otros, trabajo necesario para la reproducción social de un sistema que divide el mundo en público y privado; el trabajo doméstico es considerado una actividad asociada a la servidumbre.

“Las condiciones de trabajo de las trabajadoras del hogar están ligadas, sobre todo, a las situaciones concretas de las unidades domésticas en las que sirven, la mayor o menor cantidad de recursos en todos los sentidos influirá en la remuneración y en las herramientas, cantidad y exigencias específicas. Pero en todos los casos persiste una relación diferente a la condición de asalariada, de hecho el llamar servidumbre a este tipo de empleo está señalando que, independientemente de las condiciones de trabajo, se trata de una situación laboral más cercana a la establecida en economías precapitalistas.”⁹⁴

⁹²Trabajadora del hogar, 41 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

⁹³Trabajadora del hogar, 52 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Heidi Marín

⁹⁴ Garduño Andrade, A. Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada (tesis de doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

Una de las mujeres profesionales hizo una reflexión en relación a esto, “algunas veces nosotras nos confundimos cuando nos dicen que somos parte de la familia de las personas con quienes trabajamos, depende de la historia que cada quien tenga, si provienes de una familia en donde hubo violencia, alcoholismo y no recibiste afecto, cuando sientes que alguien te trata bien, ahí permaneces; tiene que ver con una autoestima baja, por eso no es fácil identificar que es lo que pasa en estas relaciones.”⁹⁵

Las trabajadoras del hogar viven una situación de discriminación por su condición de género, las actividades que desarrollan en su jornada de trabajo están asociadas con el cuidado de los otros y la reproducción social, su trabajo no es reconocido y valorado porque se asume como inherente a subjetividad femenina, trabajo invisible que se arroga como natural en la división sexual del trabajo.

Disponibilidad

Respecto a la disponibilidad de los servicios de salud pública, 13 de 27 trabajadoras tarda entre 16 y 30 minutos en el traslado de sus casas a los centros de salud, 9 mujeres entre 5 y 15 minutos y 3 más de 30 minutos, sin embargo prefieren acudir a consulta privada porque mencionan que el tiempo de espera para recibir la consulta es muy largo, considerando que son mujeres que en su mayoría trabajan de entrada por salida, para ellas permanecer tres horas en un centro de salud implica no trabajar un día, y eso es en detrimento de su economía familiar.

Al respecto, una profesional entrevistada comentó cuáles son los principales riesgos de las trabajadoras del hogar, “[En] las mujeres el clásico lavar y planchar por el problema de cambio de temperaturas, estar mucho tiempo paradas, diabetes, presión, sobrepeso y también hay los accidentes de trabajo que pueden surgir por quemaduras, cuestiones de lavar vidrios sin equipo adecuado, también las quemaduras en estufa,

⁹⁵Profesional Lorenza Gutiérrez, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

instalaciones defectuosas eléctricas, entonces por el otro lado están las cuestiones no solo físico sino emocional como estar bajo presión, lesiones de acoso laboral, el estar inmersas en las vidas de otras personas” “Qué se siente vivir incluso siendo invisible frente a otros debe ser muy estresante”.⁹⁶

Es de gran importancia reconocer cuáles son las enfermedades más frecuentes que presentan estas mujeres, pues algunas de ellas son crónico degenerativas. En algún momento tendrán que asistir a hospitales de segundo nivel, a medicina externa para que les den seguimiento, por ello es fundamental que se regulen sus condiciones de trabajo, reconociendo su condición de trabajadoras y con ello puedan tener la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, y las prestaciones correspondientes.

En relación a si recibieron información sobre medicina preventiva en el centro de salud, 19 de 27 trabajadoras, dijeron que sí, y 5 contestaron que no. En relación a esta pregunta, comentan lo siguiente. “En el centro de salud, mientras uno espera las trabajadoras sociales dan pláticas”⁹⁷, En el centro de salud “nos dan folletos”⁹⁸.

Sin embargo, aunque el porcentaje de mujeres que contestaron haber recibido información es alto, no profundizan en el contenido de los mensajes que reciben, no tienen un recuerdo claro de lo que les informaron.

Al analizar los resultados podemos afirmar, a través de los testimonios de las trabajadoras, que en los centros de salud existe un desabasto de los medicamentos, que de acuerdo al principio de gratuidad, debieran estar garantizados como un derecho para las personas adscritas a estos programas, asimismo el tiempo de espera es un factor a considerar, pues para las trabajadoras significa la pérdida de una jornada de trabajo y con ello el ingreso económico, la infraestructura es otro elemento que no

⁹⁶Profesional Mary Goldsmiths, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

⁹⁷Trabajadora del hogar, 47 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Heidi Marín

⁹⁸Trabajadora del hogar, 44 años, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistado por Edwing Solano

permite que esta población reciba un servicio con calidad, pues en muchos de los casos se tienen que practicar estudios clínicos en laboratorios privados porque en los centros de salud no tiene la infraestructura adecuada, aunado a esto, el mal trato que reciben las trabajadoras cuando acuden a solicitar los servicios, además de la limitada difusión de programas en materia de salud, ni tampoco de programas preventivos para disminuir los riesgos para el desarrollo de enfermedades propias de las condiciones en que laboran.

Podemos concluir diciendo que las trabajadoras del hogar organizan y estructuran su vida a partir de su posición de género y sus condiciones de trabajo, diseñan estrategias de supervivencia para asumir sus diversos roles en un contexto adverso, su trabajo asalariado no existe, no es reconocido como un trabajo productivo, en el imaginario social estas actividades las realizan las mujeres porque son inherentes a su naturaleza. En este sentido, desde la percepción social, estas actividades no tienen un valor en sí mismo, desde la lógica del capital no genera plus valor y por consiguiente no produce ganancia, es un trabajo de apoyo, de ayuda, no deviene en un valor acumulado. De esta manera la conclusión a seguir con mayor premura es que se reconozca su trabajo como indispensable para la reproducción social de la vida cotidiana, de un orden social, de la cultura.

El acceso a los servicios de salud

Acceso a la información. En el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF) se hace énfasis en la necesidad de difundir información sobre el derecho a la salud y de los programas, servicios y acciones de salud existentes para atender las principales enfermedades. Al respecto, una de las preguntas que hicimos a las trabajadoras fue: *¿Conoce los programas de salud del D.F?⁹⁹* Dos de cada diez personas

⁹⁹ La Secretaría de Salud del Distrito Federal ha implementado los siguientes programas específicos: Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, Programa de apoyo alimentario y atención médica para adultos mayores, Programa contra el tabaquismo, Programa contra el alcoholismo, Programa contra la farmacodependencia, Programa de salud mental y Programa contra la violencia de género.

que asisten a los servicios médicos de salud pública indicaron que no conocen los programas de salud del D.F; este desconocimiento incrementa para quienes no asisten a los servicios, seis de cada diez de estas personas afirma que desconoce estos programas. Las respuestas de quienes los conocen hacen referencia al Seguro de Gratuidad y al Seguro Popular.

Para ofrecer seguridad social y garantizar el acceso gratuito a los servicios médicos a los y las trabajadoras del hogar, el Gobierno del Distrito Federal incorporó el Seguro Popular, que es parte del Sistema de Protección Social en Salud, y la incorporación voluntaria al régimen obligatorio del Seguro Social. Sin embargo, la información sobre estos programas -y los servicios que ofrece para prevenir enfermedades- es escasa, lo que significa una limitante importante para disminuir el desarrollo de éstas.

Del mismo modo se preguntó a las trabajadoras *¿Conocen sus derechos para acceder a los servicios de salud?* la mayoría de las respuestas (Seis de cada diez) de las entrevistadas refieren al *desconocimiento de su derechos*. Es importante señalar que para aquellas que afirman conocerlos hacen mención a prácticas, por ejemplo: “que me atiendan bien, buen servicio, que traten como debe ser, que no traten mal”.

En este sentido se vuelve necesario implementar políticas de prevención, difusión y promoción de los servicios de salud, con un enfoque de interculturalidad y no discriminación. Garantizando que todas entidades públicas pongan a disposición información con un lenguaje claro (sencillo, y comprensible) sobre sus funciones. El Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión ha señalado que “La falta de acceso a la información bajo el principio de pluralismo y diversidad provoca que la sociedad no esté informada adecuadamente, no participe y que la toma de decisiones políticas no sea

democrática”¹⁰⁰. De ahí que derechos civiles y políticos como el derecho a la información sea un instrumento central para asegurar la eficacia de otros derechos como la salud o como la no discriminación.

Oportuno acceso a los servicios. La disposición de servicios de salud tiene una estrecha relación con el tiempo y distancia del traslado para el acceso a los centros de atención. Para aprovechar de manera plena y oportuna la atención se deberán considerar que existan unidades médicas estratégicamente ubicadas y que cuenten con servicios de traducción para la atención de quienes no hablan español; pero también con la disposición de la información sobre programas de salud con una perspectiva integral, sensibles a la diversidad cultural de la población.

Después de revisar los discursos que hacen mención al tiempo de traslado al centro de salud, detectamos que la mitad de las trabajadoras tarda de 5 a 15 minutos en llegar al centro, mientras que las otras hacen de 16 a 30 minutos. Por lo que algunas consideran que no es mucho tiempo.

Garantizar que el tiempo de traslado en caso de urgencia es una posibilidad de éxito en el tratamiento médico. Al respecto siete de cada diez trabajadoras del hogar comentan que en alguna ocasión han tenido ser canalizadas con un especialista u hospital, también ha pasado con algún familiar.

Calidad y aceptabilidad

Otro de los elementos indispensables para ofrecer atención integral y de calidad a los usuarios depende de que los centros de salud cuenten con *equipo profesional y el empleo de la tecnología*. Del mismo modo la ineficiencia en la atención y carencia de servicios especializados representa una limitante para que los usuarios asistan a los

¹⁰⁰Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión*, Sr. Frank La Rue.A/HRC/14/23, 20 de abril de 2010.

centros, llevando a las trabajadoras a optar por atender su enfermedad en hospitales privados, lo que implican mayores gastos.

Como ya se ha señalado, las principales enfermedades de las trabajadoras entrevistadas por las que acuden al médico son: tres de cada diez por problemas respiratorios, cuatro de cada diez por digestivos, articulares, circulatorios y por problemas musculares. Una de cada cuatro acude para que realizar alguna cirugía. Al solicitar a las trabajadoras recomendaciones para mejorar los servicios de salud públicos casi cuatro de cada diez opinaron que se necesita de una *atención oportuna*, dos de cada diez señalan que se tendría dar un *trato respetuoso*. Mientras otras trabajadoras afirman que necesitan *medicamentos completos y atención*.

“En el seguro social está pésimo, allí los dejan a uno horas enteras, ya fuiste a perder todo el día [...] me enferme de Artritis, porque lavaba mucho y ocupaba el cloro o en la limpieza de trastes lo que afecto mucho fue el cloro. Y como de momento no me la atendí pues se me desarrollo esta enfermedad [...] dan unas citas muy retiradas, luego es urgente o yo me siento mal, pues yo mejor voy con el médico (particular) y me extiende el papel y me los voy hacer (los estudios) fuera del seguro, [...] salen en \$350 por todos”¹⁰¹.

Tener en cuenta las condiciones laborales y como éstas influyen directamente en el estado de salud física y mental de las trabajadoras es indispensable para la atención y tratamiento especializado. Es por eso que el Comité de Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares (CMW), recomienda reforzar la supervisión de sus condiciones de trabajo, así como investigar y sancionar a los responsables de los abusos en su contra¹⁰².

Atención especializada para la salud mental. Los estigmas y prejuicios que la sociedad mexicana tiene respecto al trabajo doméstico, el género, la edad, el color de piel y la de clase social, han repercutido en el trato diferenciado que se da a las trabajadoras

¹⁰¹ Trabajadora del hogar, 38 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Edwing Solano

¹⁰² Para estos fines, el Comité insta al Estado parte a guiarse por su Observación general N.º 1 sobre los trabajadores domésticos migratorios, adoptada en 2010 (documento CMW/C/GC/1).

del hogar. Sumado el atributo de lejanía y no pertenencia familiar que ocasionan desconfianza y desinterés por la persona. Esta doble o triple distinción influye en las o los empleadores para ejercer prácticas de subordinación y discriminación a las trabajadoras del hogar.

Al respecto, más de la mitad de las trabajadoras han sentido tristeza, angustia, estrés por el trabajo o la relación personal con la empleadora o empleador. Estos sentimientos son causados por la edad, las enfermedades que padecen ellas o algún miembro de su familia, la carga de trabajo, tareas y responsabilidades extra sin pago (cuidar infantes, adultos mayores o la mascota), no contar con seguridad social y la humillación:

"Sí, he sentido muchas veces como mucha angustia, como depresión, bueno, no sé... muchas cosas, por el mucho trabajo (...) he sentido como humillación, como... no sé, hay algunas palabras que se dirigen a una de mala manera y pues no me gusta, pero igual me aguanto(...) no se dirigen hacia uno, con decir oye, mi empleada, la criada y a mí no me gusta esa palabra".¹⁰³

En las entrevistas mencionan que hay quienes no tienen problemas con los empleadores, afirman llevar una buena relación laboral gracias al pago y el buen trato que reciben por parte de ellos. Por ejemplo: "No, llevo una relación laboral muy buena(...) nuestra relación ha sido como de muy de hablar, con mucha comunicación y pus no, con la empleadora no. (...) las cuestiones personales han sido mi depresión".¹⁰⁴

Son pocas las trabajadoras que acuden a los centros de salud para atender su salud mental, preguntamos *¿Qué hace cuando tiene estos sentimientos?* la mayoría de ellas respondió que no hace nada, se "aguanta" o busca la manera de relajarse: "...tratar de ver la televisión, me gusta la música, salir a comprar un refresco y me ayudaba eso"¹⁰⁵,

¹⁰³Trabajadora del hogar, 50 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Heidi Marín

¹⁰⁴Trabajadora del hogar, 38 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Edwing Solano

¹⁰⁵ Trabajadora del hogar, 45 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Blanca López

"Pues como salí muy afectada del anterior trabajo, estoy tratándome psicológicamente en el centro de salud, porque todavía tengo depresión cuando me acuerdo"¹⁰⁶

En el PDHDF se ha señalado que los centros de salud pública deberán adoptar medidas para otorgar "atención integral y con un enfoque de derechos humanos, la salud mental y psicosocial de la población capitalina"¹⁰⁷. Por lo que consideramos necesaria la sensibilización cultural y de género por parte de los profesionales de salud para mejorar el trato meter algo de salud mental

Sensibilidad cultural

La población de la Ciudad de México es cada vez más heterogénea, en ella cohabitan historias, lenguas, creencias, valores y tradiciones. En materia de calidad de salud uno de los objetivos señalados en el PDHDF es el de garantizar "que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean de buena calidad, aceptables desde la perspectiva de la diversidad cultural, y apropiados desde un punto de vista científico y médico"¹⁰⁸.

En este sentido se vuelve imprescindible entender que la diversidad biológica se relaciona con los valores culturales de las personas, principalmente para quienes migran o migraron al Distrito Federal. Aunque el foco de la investigación no se centró en trabajadoras del hogar migrantes que se auto identifiquen como indígenas o extranjeras, más de la mitad de las entrevistadas migraron de distintos estados de la república mexicana a la Ciudad de México (ver resultados por lugar de nacimiento).

Uso de medicina alternativa y tradicional, desempeña una función importante en la prevención y curación de enfermedades. En consecuencia, la prestación de servicios de salud modernos debe tener muy en cuenta las distintas creencias culturales, con una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso.

¹⁰⁶ Trabajadora del hogar, 51 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Heidi Marín

¹⁰⁷ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (Estrategia, pp. 537)

¹⁰⁸ Programa de Derechos Humanos D.F. Objetivo específico, p. 541

Para quienes pertenecen a alguna población indígena las enfermedades pueden llegar a formar parte de los sistemas de creencias, que varían con cada grupo étnico, provocando rechazo para la atención en los servicios de salud biomédica. A manera de paráfrasis, las expertas y profesionales han mencionado que las principales limitaciones de tipo cultural que dificultan la provisión de los servicios a las trabajadoras del hogar (migrantes) se debe a la falta de reconocimiento de la diversidad cultural, ya que los servicios que se proporcionan en los centros de salud no se considera la condición identitaria (el uso del idioma -distinto al español- y las prácticas culturales propias de las poblaciones de origen) y las condiciones laborales de la persona.

Aunque la mayor parte de las entrevistadas (Una de cada diez) señalan que no utilizan medicina tradicional ni alternativa. Por un lado, estos resultados pueden variar significativamente en las encuestas nacionales sobre salud; pero por otro, puede haber una negación sobre la utilización de la medicina tradicional porque suele activar el estigma que se asocia a la “falta de cultura”.

En 2009 la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha implementado el Programa de Medicina Alternativa¹⁰⁹, los Centros Especializados de Medicina Integrativa ofrecen acceso a diferentes opciones terapéuticas para un tratamiento integral, se brinda atención múltiple que combina homeopatía, acupuntura y fitoterapia (conocida también como herbolaria y el uso de plantas medicinales).

¹⁰⁹El artículo señala: **Artículo 24.-** La Secretaría de Salud del Distrito Federal, es una dependencia centralizada del Gobierno, que tiene a su cargo, de conformidad a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, las siguientes atribuciones: XXVI. Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura y naturoterapia, entre otros, que tenga como propósitos su integración y ofrecimiento en la unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro

El desconocer la cultura de la persona que solicita los servicios de salud se traduce en una problemática para la atención con calidad; sin embargo el personal profesional también reconoce que a esas barreras se suma otra, la de comprensión del idioma.

Uso de lenguaje claro y comprensible, facilita la comunicación entre las personas. El uso de tecnicismos propios de la disciplina médica supone problemas de incomprensión para el paciente, lo que limita el acceso y la calidad de los servicios de salud.

La comunicación entre médico y paciente se encuentra mediada por el conocimiento de la lengua, su desconocimiento llega a causar presión psicológica, principalmente para las personas adultas mayores y para quienes no entienden el español.

Cuando preguntamos: *Durante la consulta ¿Entienden al médico y que hacen?* cinco de cada diez trabajadoras (que se atienden en servicios públicos) señalaron que no comprenden las indicaciones que el médico les da.. Esta situación es parecida con quienes se atienden con médicos particulares (Farmacias Similares) tres de cada diez tampoco comprende las indicaciones médicas. Esta situación es referida con mayor regularidad por las personas adultas mayores. Por ejemplo:

“Sí, porque a veces yo no les entiendo, me *cuatrapeo* en lo que me dicen [...] cuando no logro entender, bueno la primera vez así me paso, la segunda vez ya me acompaño una de mis hijas para que entre conmigo y ponga atención de lo que el doctor me está diciendo”.¹¹⁰ “Que tengan un trato más humano con las personas y que le expliquen a uno más detalladamente, no en términos médicos porque a veces uno no comprende bien”¹¹¹.

Al respecto del uso de tecnicismos médicos, las personas que no conocen los códigos que se manejan dentro del campo de la medicina, se encuentran al margen de la comprensión. Esta situación adquiere un valor agregado cuando las trabajadoras son migrantes y no entienden con exactitud el español o por motivos de algún tipo de

¹¹⁰ Trabajadora del hogar, 54 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Edwing Solano

¹¹¹ Trabajadora del hogar, 45 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Heidi Marín

discapacidad, colocándolas en una situación de discriminación¹¹². Tener una estrategia eficaz para atender los retos de la diversidad cultural es un reto para los hospitales y centros salud del Distrito Federal. Así se estaría cumpliendo con la recomendación que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) hace a México sobre la necesidad de contar con intérpretes para garantizar pleno acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas.

Discriminación en los servicios de salud. Frente a la discriminación de orden institucional que tiene como efecto el detrimento de la igualdad del goce o el ejercicio del derecho a la salud, es común saber de comportamientos o actitudes de desigualdad de trato por parte de las y los profesionales de salud: sean médicos, enfermeras o trabajadores sociales. Estas prácticas suelen ser detonadas por los estereotipos y prejuicios de quienes requieren los servicios, sean estas mujeres, indígenas o adultas mayores.

Las mujeres trabajadoras del hogar mencionan casos de discriminación experimentados en los servicios de salud. Al preguntar *¿cómo es el trato que recibe en los servicios de salud pública?* Cuatro de cada diez trabajadoras que asisten a los servicios de salud pública manifiestan que *es malo* el trato que reciben, esta opinión hace referencia principalmente al tiempo de espera y a la actitud que tienen los médicos hacia las trabajadoras:

“En el seguro social, depende, si están de buenas las que, las señoritas que te atienden entrando, hay unas que son déspotas y unas que no [...] igual que los doctores, hay unos que atienden muy bien y otros que no”.¹¹³“Pues la verdad muy mala, porque (...) siento que las personas de gobierno, son personas que no tienen humanidad para atender a la gente, porque no les hacen caso ni les

¹¹²40. El Relator Especial considera que los Estados deben eliminar todas las barreras que dificulten el ejercicio pleno del derecho a la libertad de opinión y expresión, y obstaculicen su desarrollo y toma de decisiones. 41. En este contexto, el derecho a la libertad de expresión adquiere un valor agregado cuando a través del mismo se logra la protección de grupos o minorías que necesitan una atención específica, tales como las mujeres, los niños, la población en extrema pobreza, las minorías, los pueblos indígenas y la población migrante. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión*, Sr. Frank La Rue. A/HRC/14/23, 20 de abril de 2010.

¹¹³ Trabajadora del hogar, 44 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Edwing Solano



explican (...) el día que yo llegué, yo llegué a las 5:30 y dieron las 7 y namás repartieron 10 fichas cuando había como 80 gentes y eso se me hace irresponsabilidad (...)"¹¹⁴

En este sentido se vuelve indispensable sensibilizar a los profesionales de salud sobre la diversidad cultural que habita o transita en el Distrito Federal. Y elaborar un sistema de recolección de información -de carácter cuantitativo y cualitativo- sobre conductas de mal trato por criterios socioeconómicos, color de piel, edad, etnia, sexo, religión, discapacidad, origen nacional o geográfico, orientación sexual u otros, de las y los servidores públicos.

¹¹⁴ Trabajadora del hogar, 50 años, Ciudad de México, noviembre del 2013, entrevistada por Heidi Marín

Obstáculos para el acceso a los servicios

Los principales obstáculos identificados que existen para garantizar los Derechos Humanos laborales y los servicios de salud de calidad a las trabajadoras del hogar son:

“El primer obstáculo es que no están reconocidas como trabajadoras, a pesar de que la Ley Federal de Trabajo les otorga derechos mínimos¹¹⁵”.

“Los primeros problemas para mí es que no son reconocidas como trabajadoras, están discriminadas dentro de la legislación laboral y la televisión social¹¹⁶”.

“Si no se ve el trabajo del hogar como trabajo, trabajo importante para el desarrollo de este país, obviamente no se le va a garantizar seguridad social y por tanto servicio médico¹¹⁷”.

“Desde la ley es un obstáculo, no regula los derechos de las trabajadoras del hogar como otro tipo de trabajo¹¹⁸”

“No hay legislación que las proteja, que están fuera de la legislación del resto de los trabajadores, que hay mucha discriminación, que vienen de zonas muy pobres¹¹⁹”.

“En salud prácticamente no tenemos nada, no hay información sobre salud de las trabajadoras del hogar¹²⁰”.

¹¹⁵ Rosario Ortiz, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

¹¹⁶ Mary Goldsmiths, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

¹¹⁷ Inés González, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

¹¹⁸ Marcelina Bautista, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Angélica González

¹¹⁹ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

¹²⁰ Ángeles Garduño, Ciudad de México, noviembre 2013, entrevistada por Blanca López

La seguridad social es un derecho del que se ha excluido a las trabajadoras del hogar, la dificultad reside como bien lo dicen las personas entrevistadas, el no reconocer el trabajo del hogar como trabajo y con ello la existencia de trabas en la legislación laboral y en la ley del seguro social.

Por lo anterior, se hace necesario reconocer el trabajo del hogar como trabajo, un trabajo que implica riesgos graves como caídas, quemaduras, cortadas, contacto con productos de limpieza tóxicos, enfermedades de tipo respiratorio, alergias, y estrés así como impulsar estrategias que permitan promover el disfrute al más alto nivel de salud física y mental para las trabajadoras del hogar, dicha estrategia debe estar basada en los derechos humanos y desde la perspectiva de la no discriminación. Una estrategia en materia de salud debe también formular políticas y establecer indicadores así como contemplar recursos económicos, materiales y humanos para realizar dicha estrategia.

Es necesario al impulsar cualquier estrategia tomar en cuenta el convenio 189 y la recomendación 201 “Trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos” de la Organización Internacional del Trabajo. El convenio y la recomendación son históricos pues son los únicos instrumentos específicos en materia de trabajo del hogar existentes: en ellos se reconoce el trabajo del hogar como trabajo y los derechos plenos de las personas que lo realizan.

Finalmente mencionaron que los principales obstáculos que existen para garantizar servicios de salud de calidad, es en primera instancia que los centros de salud tienen tiempos de espera muy largos y pierden días laborales, además de que todas las profesionales señalan la importancia de ser reconocidas como trabajadoras y de esta forma tener derecho a sistemas de salud como el IMSS, que permitan a futuro poder contar con una jubilación.

V. CONCLUSIONES

El trabajo del hogar es una actividad realizada en su mayoría por mujeres y está relacionado con los cuidados y procuración del bienestar de la familia. Esta visión histórica y cultural ha influido en la falta de reconocimiento como trabajo productivo y de valor económico, lo que ha llevado a ser desvalorizado y que no reconozca los derechos fundamentales de las personas que lo realizan.

Del mismo modo, la Ley Federal del Trabajo no reconocen igualdad de condiciones los derechos de las trabajadoras del hogar como lo hace con otros trabajadores y la Ley del Seguro Social limita el goce del derecho de la seguridad social, pues sólo permite la inscripción voluntaria al régimen obligatorio. Esta discriminación tiene su arraigo en los esquemas culturales que se reproducen institucionalmente y se manifiestan en las condiciones de trabajo como: 1) la falta de un contrato laboral, en donde se establezcan las condiciones en las que se realizará el trabajo y el tipo de actividades; 2) largas jornadas laborales -más de catorce horas para la personas que trabajan de planta- y la horas extras no pagadas para las trabajadoras de entrada por salida; 3) en promedio las trabajadoras de entrada por salida ganan, a la semana aproximadamente, \$1,000 por las diversas actividades que realizan como limpieza general de la casa, lavar, planchar, cocinar y cuidado de adultos mayores, infantes y mascotas, actividades por las que no reciben un salario extra.

Estas condiciones laborales influyen directamente en el estado de salud física y mental de las trabajadoras, las enfermedades más frecuentes mencionadas por ellas son: enfermedades respiratorias, articulares, digestivas, musculares y circulatorios. Al respecto llama la atención que las trabajadoras no identifican la depresión, angustia, estrés como una enfermedad; aunque más de la mitad manifestó tener estos sentimientos por el trato con los empleadores y el trabajo que realizan.

En materia de prevención de riesgos, los accidentes más frecuentes que reportan son los relacionados con caídas, cortaduras y quemaduras, las cuales en su mayoría no fueron atendidas y en caso de quienes acudieron al servicio médico los gastos corrieron por su cuenta. Lo que nos lleva a reflexionar que si bien el derecho a la salud está reconocido universalmente, en el caso de las trabajadoras del hogar no puedan gozar de manera plena. Esto es evidente porque nueve de cada diez trabajadoras entrevistadas no cuenta con un seguro médico en el lugar de trabajo. Al no contar con un seguro médico o con seguridad social repercute en la economía y en su cuidado.

Los requisitos que marca el Programa de Gratuidad no son restrictivos; sin embargo, los obstáculos o las barreras que las trabajadoras encuentran en el acceso a los servicios se debe al desabasto de medicamentos gratuitos y en la aceptabilidad y calidad son el *tiempo de espera, los medicamentos, la infraestructura y el mal trato*. Además de la limitada difusión de programas en materia de salud ni tampoco de programas preventivos para disminuir los riesgos para el desarrollo de enfermedades propias de las condiciones en que laboran.

En relación a los horarios de atención (de lunes a viernes), éstos no permiten que las trabajadoras gocen del derecho a la atención y a recibir los medicamentos básicos necesarios para el tratamiento. Y en caso de requerir algún estudio especializado (radiografía, estudios de sangre, orina, etc.) implica acudir a un laboratorio externo.

La falta de sensibilización sobre la diversidad cultural repercute en la calidad de la atención y la aceptabilidad de los servicios de salud públicos, principalmente por trato que reciben, el uso especializado del lenguaje médico que utilizan y la no implementación de métodos de medicina alternativa y tradicional que vaya acorde con las creencias y valores de las y los usuarias.

Frente a esta realidad las trabajadoras del hogar han tenido que recurrir a los servicios privados de salud, lo que implica que los accidentes y las enfermedades no sean reconocidos como propios del trabajo y la atención no sea la adecuada.

Para enfrentar estos obstáculos se hace indispensable garantizar el pleno acceso al derecho a la salud a las trabajadoras del hogar, reconociendo en la ley federal del trabajo sus derechos humanos laborales y en la ley del seguro social el acceso pleno al régimen obligatorio a la seguridad social.

Recomendaciones para atender la salud de las trabajadoras del hogar

- Para las trabajadoras que realizan trabajos de entrada por salida es necesario establecer de manera verbal o por escrito *las actividades laborales* a realizar, contemplando el tiempo y mencionar el pago de las actividades extra a desarrollar.
- Establecer un *salario profesional* que permita cumplir con sus necesidades básicas y las de su familia. En caso de que la trabajadora tenga una jornada laboral mayor a ocho horas la trabajadora recibirá un pago extra por el tiempo de jornada (Diurna, mixta y nocturna).
- Para las trabajadoras del hogar que tiene trabajo de planta es necesario que el lugar donde habitan cuente con los *servicios básicos* como luz, baño, cama, ventilación y privacidad.
- Para las trabajadoras que cumplen con una jornada completa, la empleadora deberá proporcionar *los alimentos*, como lo señala el Convenio 189. **Cuando proceda.**

- Es necesario que las trabajadoras del hogar cuenten con un *contrato laboral* en dónde se establezcan la fecha de inicio y término del mismo, las jornadas de trabajo, salario, días de descanso, las actividades a realizar, horario, vacaciones anuales pagadas y periodos de descanso. En caso de que las trabajadoras tengan que laborar más tiempo de lo estipulado, se deberá establecer las horas y el salario a pagar por esas horas extras laboradas.
- Recopilación y publicación de estadísticas sobre la seguridad y la salud en el trabajo, relativas al trabajo del hogar.
- Para asegurar la calidad en la asistencia médica a las personas que realizan trabajo del hogar es importante el desarrollo de estrategias que permitan monitorear la salud de estas personas. Hacer **accesible la información** para el desarrollo de hábitos de cuidado y estilos de vida saludable.
- Formular campañas de concientización dirigidas a empleadoras y trabajadoras sobre la seguridad, la salud y la higiene en el trabajo, incluidos los aspectos ergonómicos del equipo de protección.
- Elaborar campaña de difusión dirigida a empleadoras y trabajadoras para informar sobre los riesgos y la prevención de los accidente en el trabajo.
- Realizar estudios con perspectiva de género que reconozcan las enfermedades profesionales del trabajo del hogar y que permitan determinar los riesgos de salud y accidentes profesionales.
- Elaborar una estrategia de difusión para concientizar como derecho de las trabajadoras del hogar el derecho a la seguridad social.

- Elaborar campañas de sensibilización dirigida a las empleadoras sobre el trato digno en el lugar de trabajo.
- Cabildear el aumento de presupuesto con un partida presupuestal específica para garantizar que todo tipo de medicamentos se otorguen de manera gratuita a las trabajadoras.
- Poner a disposición unidades móviles de salud en colonias donde habitan y realizan su trabajo para atender necesidades urgentes de primer nivel y detectar enfermedades crónicas degenerativas.
- Capacitar a los médicos de primer nivel para diagnosticar las enfermedades relacionadas al desarrollo del trabajo del hogar que afectan la salud física y mental de las trabajadoras del hogar.
- Sensibilizar al personal médico en materia de Derechos Humanos, diversidad cultural y el uso de un lenguaje claro y comprensible.
- Diseñar una estrategia de promoción y difusión dirigida a las trabajadoras del hogar sobre sus derechos para acceder a los servicios de salud, poniendo énfasis en la atención de la salud mental.
- Elaborar una estrategia de difusión para concientizar a la sociedad sobre el derecho de las trabajadoras del hogar y el respeto del derecho a la seguridad social.
- Elaborar una campaña de difusión dirigida a las empleadoras para concientizar sobre la protección y cuidado por maternidad, que señale que las trabajadoras no realizarán esfuerzos considerables, disfrutarán de seis semanas anteriores y



posteriores al parto y descanso por periodos de lactancia. Como lo señala el art. 170 de la Ley Federal del Trabajo.

- Impulsar todas las medidas necesarias para ratificar el *Convenio 189: Trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos* de la Organización Mundial del trabajo (OIT).
- Reformar el capítulo 13 de la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social para garantizar el acceso pleno a la seguridad social a las trabajadoras del hogar sin discriminación.
- Garantizar que en los centros de salud se cuente con la infraestructura necesaria para prestar los servicios especializados conforme a las enfermedades desarrolladas por realizar trabajo del hogar.
- Elaboración de diagnóstico y registro de información para conocer cuántas trabajadoras del hogar están adscritas al Programa de Gratuidad y Seguro Popular, y cuáles son las enfermedades por las que acuden a solicitar los servicios.
- Contar con traductores de lenguas originarias en los centros de salud, ya que un número importante de mujeres indígenas que son trabajadoras del hogar acuden a solicitar servicios.
- Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal considere los problemas emocionales que padecen las trabajadoras del hogar como problemas de trabajo, derivados de sus condiciones de trabajo y del trato discriminatorio en que viven.

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org



- Promover programas de capacitación-sensibilización a empleadoras/es en el tema de salud laboral con perspectiva de género y Derechos Humanos.
- Diseñar propuesta metodológica para abordar la violencia laboral, en el marco de la Ley de Acceso a las Mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal.
- Impulsar campañas de sensibilización para que la población en general reconozca y valore el trabajo doméstico como una actividad necesaria y fundamental para la reproducción social, asimismo romper con estigmas y motes en relación a las trabajadoras del hogar, para promover una cultura libre de violencia, incluyente y sin discriminación.

VI. FUENTES CONSULTADAS

Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de Salud Mental del Distrito Federal*. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de febrero de 2011.

Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de Salud del Distrito Federal*. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley del Seguro Social*. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 28 de mayo de 2012.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley Federal del Trabajo*. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 30 de noviembre de 2012.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada DOF 19-07-2013.

Chaplin, David. *Domestic Service and Industrialization*. Comparative Studies in Sociology, 1978

Comité de Derechos Económicos Sociales y Cultura las de la Organización de las Naciones Unidas. *Observación General No. 14*, Aprobado el 11 de mayo de 2000.

Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010, resultados sobre trabajadoras del hogar México*: Conapred, 2012

Comisión Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, *Los trabajadores domésticos en el mundo. Estadísticas mundiales y regionales, y alcance de la protección jurídica*. México, 2012

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of The World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Coser, Lewis. *Servants: The Obsolescence of an Occupational Role*, Social Forces, Reino Unido, 1978.

Entwistle, Joane, *El cuerpo y la moda*. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 2002.

Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez V. *Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras*. Salud Pública México, 2008.

Garduño Andrade, A. *Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada* (tesis de doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

Gómez Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V. M, Knaul F. M, Arreola H, Frenk, J. *Sistema de salud de México*. Salud Pública, México, 2011.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. México, INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. México, INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012*. México, INEGI

Kevin Bales y Jessica Reitz, “El racismo y la esclavitud contemporánea”, en *Las dimensiones del racismo*. Actas de un Taller para conmemorar el fin del Tercer Decenio de la Lucha contra el Racismo y la Discriminación Racial. París, 19 y 20 de febrero de 2003. Editado por la ACNUDH y la UNESCO. Nueva York y Ginebra, 2005.

Luna Traill, Elizabeth; Alejandra Vigueras Ávila; Gloria Estela Baez Pinal, *Diccionario básico de lingüística*. Departamento de publicaciones del IIFL, UNAM. México, 2007.

Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En *Fundamentos de salud pública tomo II*. Administración de la salud pública., 1ª edición. Eds. Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.



Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
Hablemos de los derechos humanos de los pueblos y comunidades indígenas. México, 2008

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966.

Organización de Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".* Adoptado en San Salvador, El Salvador 17 de noviembre de 1988. En línea: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.* Aprobada el 18 de diciembre de 1979.

Organización Internacional del Trabajo, *Convenio sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (num. 189)* Adoptado el 16 de junio de 2011.

Organización Internacional del Trabajo, *Trabajo decente para los trabajadores domésticos. Informe IV.* Ginebra, OIT, 2010.

Organización Internacional del Trabajo. *Los trabajadores domésticos en el mundo, estadísticas mundiales y regionales y, alcance de la protección jurídica.* Resumen ejecutivo. Ginebra, enero 2013.

Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria.* Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos No. 1. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1978.

Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF), Ciudad de México, Agosto 2009.

Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006. En línea: http://www.prog_sal_m%E9_me_g_GDF.pdf

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org



Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001

Williams, Guillermo. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Calidad de los Servicios de Salud*. Dirección de programas y servicios de atención a la salud. Ministerio de Salud, Argentina.



ANEXOS

Anexo 1

Guía de **Entrevista para trabajadoras del hogar**, sobre las barreras que obstaculizan el acceso y calidad de los servicios de salud

Datos generales

Sexo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

¿Tiene hijos? SI () NO () ¿Cuántos?

¿Hasta qué año estudió?

¿En qué delegación vive?

CONDICIONES LABORALES

1. ¿Usted trabaja de entrada por salida? SI () NO () o ¿vive en la casa donde trabaja?
SI () NO ()
2. La habitación donde duerme, ¿cuenta con los servicios básicos? SI () NO ()
Luz () privacidad () ventilación ()
Baño () cama ()
3. ¿Cuántos días a la semana trabaja usted en servicio doméstico?
4. ¿Cuál es su horario de trabajo?
5. ¿Podría decirme cuánto gana a la semana?
6. ¿Cuenta usted con contrato laboral?
7. ¿En el lugar de trabajo le proporcionan alimentación? SI () NO ()



8. ¿Qué comida le proporcionan? Carne() verduras() frutas() huevo() leche()
Lenteja () frijol () arroz () tortilla () pan () agua () otros:
9. ¿Qué actividades realiza en su trabajo?
10. ¿Realiza alguna actividad extra a la que normalmente desarrolla (pago de servicios, cuidado de niñas, niños, adultos mayores, etc.)? SI() NO() Cuál
11. En caso de que la actividad sea riesgosa ¿le proporcionan equipo para su protección?
¿Cuál?
12. ¿Alguna vez ha sufrido algún accidente en su trabajo? SI () NO () ¿Cuál?
13. ¿Acudió a algún servicio médico? SI () NO () ¿Cuál?
14. ¿Quién cubrió los gastos médicos?
15. En la casa o casas donde trabaja ¿cuenta con seguro médico?
16. ¿Alguna vez ha sentido tristeza, angustia, depresión, estrés por el trabajo que realiza o por la relación con el o la patrona? SI () NO ()
17. ¿Qué hace cuando tiene estos sentimientos? ¿A dónde acude?
18. ¿Cuáles son las principales enfermedades o situaciones más frecuentes por las que acude



al médico?

19. Cuando usted se enferma, por lo general se atiende con... (leer opciones)

	Sí	No
Médicos privados	()	()
Médicos de servicios de salud públicos	()	()
Yerberos o curanderos	()	()
Médicos homeópatas, acupunturistas	()	()
Remedios recomendados por familiares o amigos	()	()
Otro ¿cuál?		

MODULO A (APLICAR SÓLO A PERSONAS QUE ACUDEN A SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS, SI NO ES EL CASO PASAR A MODULO B).

ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

20A. Para acceder a los servicios de salud públicos ¿Cuáles son los trámites que hizo para recibir el servicio?

21A. ¿Tiene que pagar alguna cuota para recibir los servicios en el Centro de Salud?

22A. En el Centro de Salud, ¿le proporcionan los medicamentos de su tratamiento en forma gratuita como parte del servicio médico, o los compra en otro lado?

23A. En caso de que haya necesitado de otros estudios, como análisis de orina, sangre, radiografías, ¿se los hicieron en el Centro de Salud? ¿Tuvieron algún costo?

CALIDAD

24A. Durante la consulta ¿le ha costado trabajo entender lo que el médico le está diciendo?, ¿Qué hace cuando no logra entender lo que dice el médico?

25A. ¿Usted utiliza algún tipo de medicina tradicional o alternativa? SI () NO() Cuál?

26A. ¿Cómo es el trato que le dan en los servicios de salud? ¿Por qué?

DISPONIBILIDAD

27A. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud a donde usted acude? ¿Es el más cercano?

28A. ¿Ha recibido información sobre los servicios de medicina preventiva como vacunación, salud bucal, medición de colesterol, planificación familiar para prevenir enfermedades en usted o su familia? SI () ¿En dónde? NO ()

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

ACEPTABILIDAD

29A. ¿Cómo calificaría la atención recibida por el personal del Centro de Salud?

MODULO B (VIENE DE LA PREGUNTA 16. APLICAR A TRABAJADORAS DEL HOGAR QUE NO ASISTEN A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS)

ACCESIBILIDAD

30B. ¿Alguna vez a usted o alguno de sus familiares los han tenido que canalizar con un especialista a otro hospital?, ¿A qué especialidad, cómo los atendieron?

31B. ¿En alguna situación de urgencia por un problema de salud, ¿a dónde ha ido?

32B. En caso de que usted o alguno de sus familiares necesiten estudios como radiografía, análisis, hospitalización, ¿a dónde acude?

33B. Cuando usted asiste al médico, ¿cuánto tiene que pagar?

34B. Durante la consulta ¿le ha costado trabajo entender lo que el médico le está diciendo?, ¿Qué hace cuando no logra entender lo que dice el médico?

Maternidad (APLICAR A PERSONAS CON HIJOS, SI NO ES EL CASO PASAR A LA PREGUNTA 40).

35. Mencionó que tiene hijos, ¿durante su embarazo continuó usted trabajando? SI() NO ()
¿Cuántas horas laboró durante ese periodo?

36. ¿A dónde acudió para ser atendida?

37. ¿En el parto y post parto hizo algún cambio en sus actividades para cuidarse? ¿Cuáles?



38. ¿Cuánto tiempo después del parto tardó para reintegrarse a laborar?

39. ¿Tuvo algún problema con la(s) patrona(s) para reintegrarse al trabajo? ¿Cuál?

APLICAR A TODAS LAS TRABAJADORAS

ACEPTABILIDAD

40. ¿Cuáles son los principales problemas que usted ha tenido para acceder a los servicios de salud?

41. ¿Conoce los programas de salud que existen en el Distrito Federal? ¿Cuáles?

42. ¿Conoce cuáles son sus derechos para acceder a los servicios de salud? SI () NO ()
¿Cuáles?

43. ¿Tiene alguna recomendación que hacer para mejorar los servicios de salud que se le proporcionan?
SI () ¿Cuál? No ()

¡GRACIAS!

Anexo 2

Guía de entrevistas para profesionales y organizaciones para conocer el estado de salud de las trabajadoras del hogar y las principales barreras que obstaculizan el acceso y calidad a los servicios de salud

Profesión:

Ocupación:

Institución en que labora:

1. ¿Cuáles son las condiciones en las que las trabajadoras del hogar realizan su trabajo? (horario, salario, vacaciones, aguinaldo, seguro médico, trato)
2. ¿Conoce cuáles son las principales enfermedades que padecen las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuáles?
3. ¿Conoce cuáles son los principales accidentes de trabajo a los que están expuestas las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuáles?
4. ¿Sabe en donde se atienden las trabajadoras del hogar en caso de tener una enfermedad o sufrir un accidente de trabajo? SI () NO () ¿En dónde?
5. ¿Conoce cuál es la atención que se les da al lugar a donde acuden? SI () NO ()
6. ¿La atención que reciben es acorde con el tipo de enfermedad o accidente que sufrieron? SI () NO () ¿Por qué?
7. ¿Cómo deberían ser los servicios médicos para las trabajadoras del hogar?
8. ¿Existe algún programa destinado específicamente a las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuál?

Si la respuesta es SI continuar con las siguientes preguntas. Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 16

9. ¿En qué consiste el programa?
10. ¿Cuál es el objetivo del programa? ¿Cuenta con presupuesto propio? SI () NO () ¿Cuánto presupuesto tiene?

INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org



11. ¿Qué requisitos solicitan para inscribirse a él?
12. ¿Qué servicios ofrece el programa?
13. ¿Sabe cuántas trabajadoras del hogar han tenido acceso a él?
14. ¿El programa responde a las necesidades básicas de salud de las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Por qué?
15. ¿Existen un órgano que trate cuestiones sobre salud en el trabajo? SI () NO () ¿Cuál?
16. ¿Existen datos o estadísticas relativas a la salud de las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuáles?
17. ¿Existe algún programa, servicio de información y asesoría en materia de salud en el trabajo para las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuál?
18. ¿Existe algún tipo de investigación en materia de salud para las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuál?
19. ¿Existen mecanismos para la recopilación y análisis de datos relativos a lesiones, enfermedades y accidentes laborales referentes a trabajo del hogar? SI () NO () ¿Qué tipo de mecanismos?
20. ¿Existen políticas y programas de salud laboral para las trabajadoras del hogar? SI () NO () ¿Cuáles?
21. ¿Existen recursos financieros y presupuestarios en materia de salud en el trabajo? SI () NO () ¿Con qué montos?
22. ¿Sabe usted cuáles son los principales obstáculos que existen para garantizar servicios de salud de calidad a las trabajadoras del hogar?
23. ¿Qué es necesario implementar para garantizar el acceso al derecho a la salud de las trabajadoras del hogar?

¡Gracias!

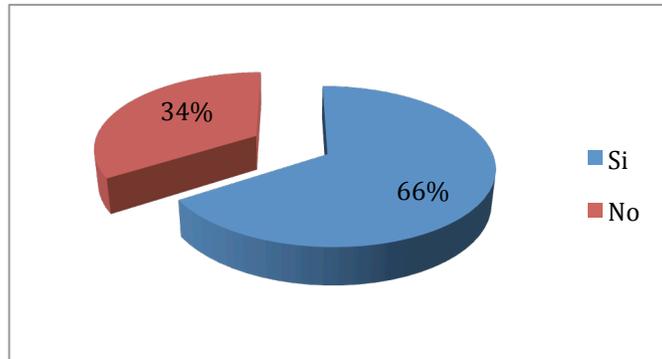
INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: incide@incidesocial.org, incidesocialac@yahoo.com.mx, Web: www.incidesocial.org

Anexo 3

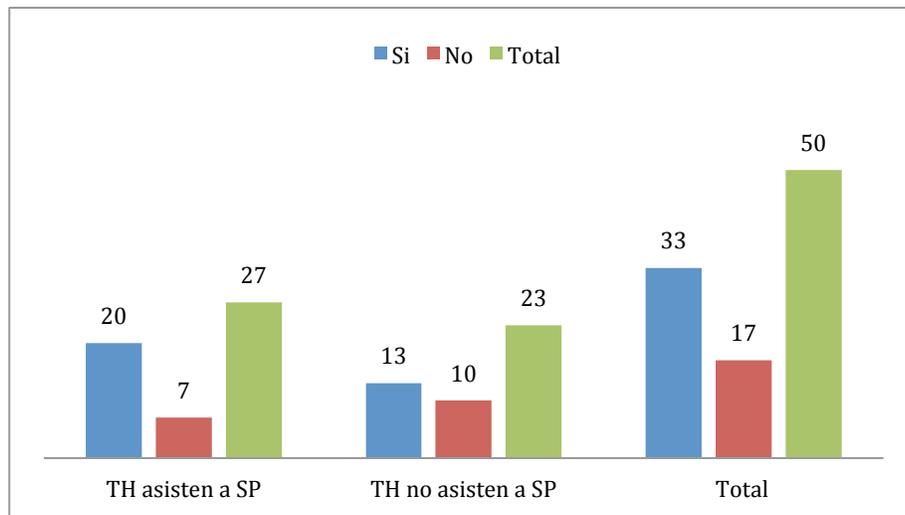
Resultados de las entrevistas a trabajadoras del hogar, usuarios de los servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Grafica 2. Trabajadoras del hogar con hijos



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 3. Número de TH con hijos



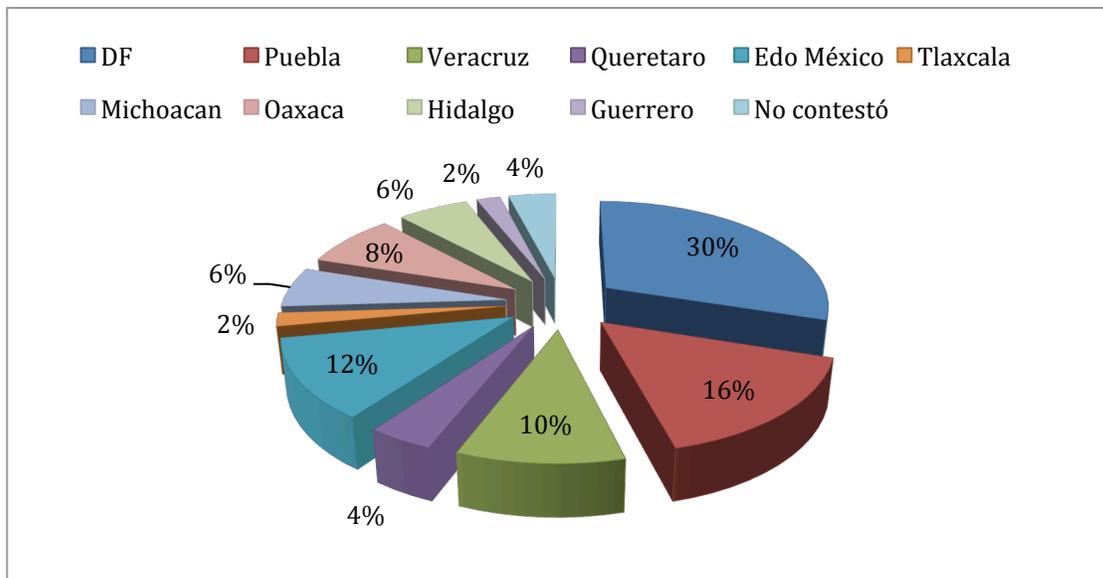
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Cuadro 2. Escolaridad por servicios de salud a los que asisten

Escolaridad	TH asisten a SP	TH no asisten a SP	Total
Primaria	16	10	26
Secundaria	8	7	15
Preparatoria	3	3	6
Carrera técnica		2	2
Sin estudios	1		1

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 6. Lugar de nacimiento



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Cuadro 3. Lugar de residencia por servicios de salud a los que asisten

Delegación	TH asisten a SP	TH no asisten a SP	Total
Coyoacán	4		4
Xochimilco	2	1	3
Álvaro Obregón	5	3	8
Iztapalapa	2	2	4
Magdalena Contreras	4		4
Gustavo A Madero	2		2
Tláhuac	1		1
Naucalpan de Juárez	2		2
Edo de México	1	7	10
Tlalpan	2	2	7
Venustiano Carranza		1	1
Miguel Hidalgo	2	2	4
Total	27	18	50

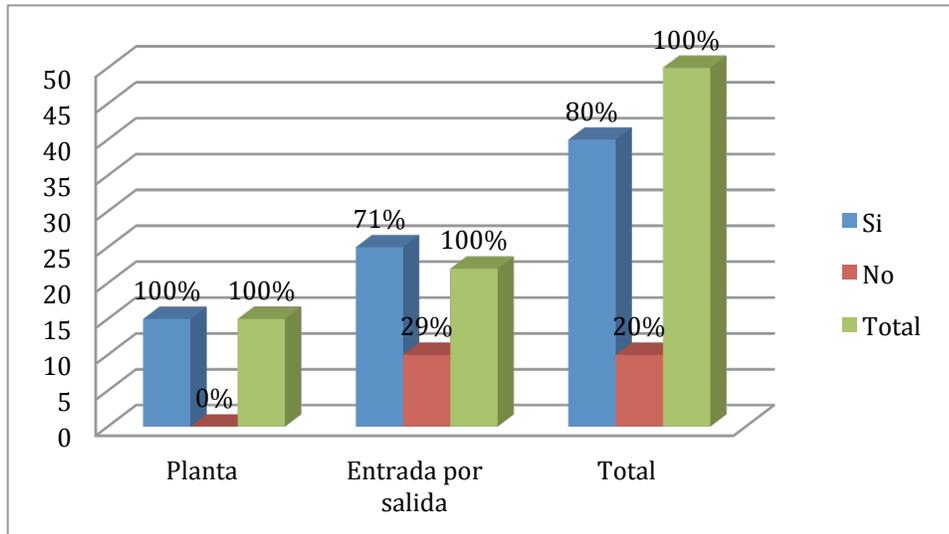
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Cuadro 4. Tipo de trabajo por servicios de salud a los que asisten

	Entrada por salida	Planta
TH asisten a SP de salud	19	8
TH no asisten a SP de salud	16	7
Total	35	15

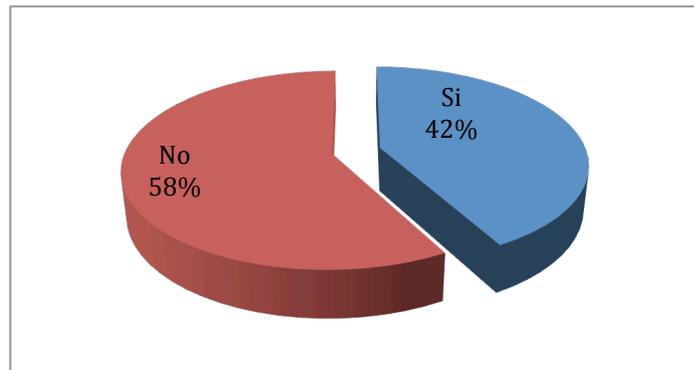
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfico 12. Alimento en el lugar de trabajo



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 13. ¿Proporcionan equipo de protección?



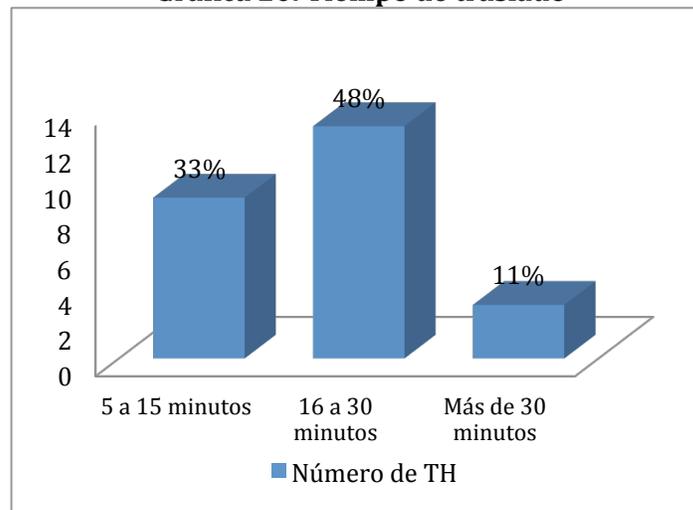
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Cuadro 7. TH que acudieron a servicio médico por un accidente de trabajo

TH que acudieron a servicio médico		Quien cubrió los gastos
Si	62%	16% recibieron apoyo económico de los patrones
No	38%	
Total	100%	

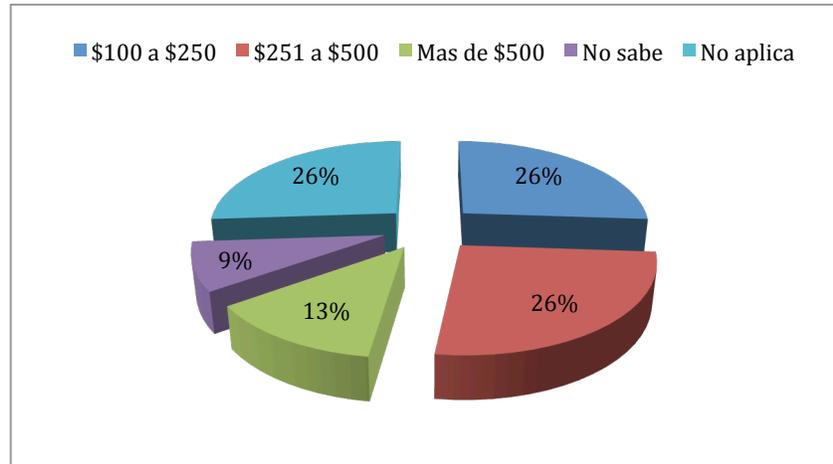
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 20. Tiempo de traslado



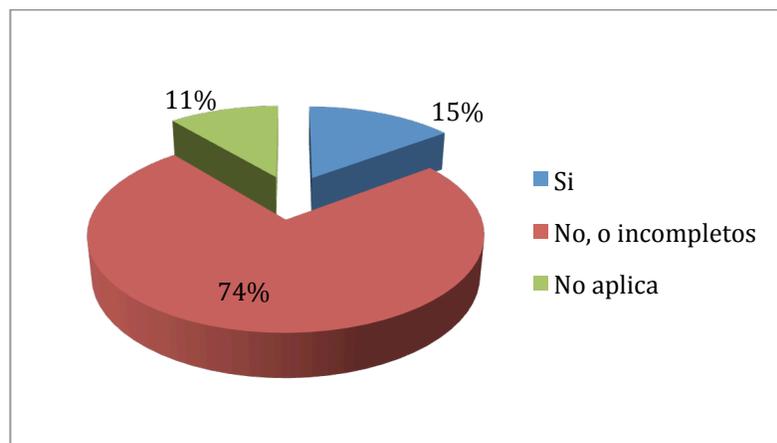
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 26. Pago de atención médica de TH que no asisten a SP de salud



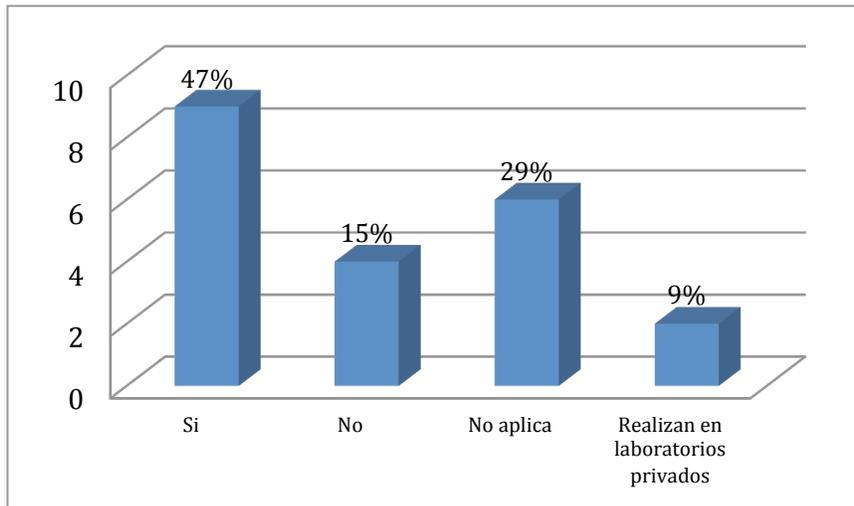
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 27. Medicamentos gratuitos



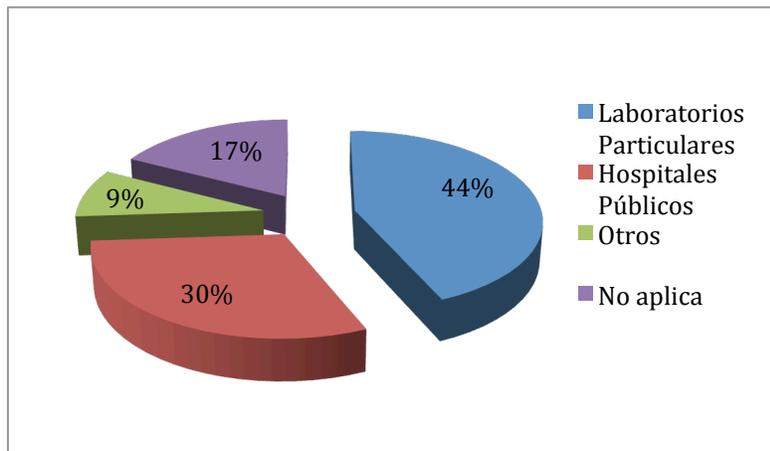
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 28. Pago de estudios médicos en TH que asisten a SP



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Gráfica 29. Estudios médicos en TH que no asisten a SP de salud del D.F.



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a Trabajadoras del hogar que asisten y no asisten a servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

**Iniciativa Ciudadana y
Desarrollo Social, INCIDE Social A.C.**

Diciembre, 2013

**DOCUMENTO
COMPLETO DE
INVESTIGACION**

CS-09-I-DH-064-13



Esta investigación se realizó con recursos del programa de co-inversión social, operado por la Secretaría de Desarrollo Social.