

**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**
FUNDACIÓN FRIEDRICH EBERT
REPÚBLICA DOMINICANA



FLACSO
REPÚBLICA
DOMINICANA

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales
Programa República Dominicana
Programa de Salud Internacional

Epidemiología del Trabajo Doméstico

Los procesos de vivir, trabajar, enfermar
y morir de las trabajadoras del hogar
en República Dominicana

Epidemiología del trabajo doméstico: el proceso de vivir, trabajar, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana

TÍTULO ORIGINAL:

Epidemiología del trabajo doméstico: el proceso de vivir, trabajar, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN:

Gonzalo Basile (gbasile@flacso.org.do – Dir. Programa de Salud Internacional, FLACSO República Dominicana)
María Fernanda López (mariafernanda.lopez@fescaribe.org – Coordinadora de Proyectos, FES Caribe)

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Gonzalo Basile

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Rayneida Méndez
Josvane Japa Rodríguez
Zoila Torres

CORRECCIÓN DE ESTILO:

Correctomanía

CUBIERTA:

Vivian Martínez Hart

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Laura Longa M.

FECHA:

Noviembre, 2021

ISBN:

978-9945-509-10-6

IMPRESIÓN:

Editora Búho, S.R.L.

INSTITUCIONES:

Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana
Programa Salud Internacional, FLACSO República Dominicana

SINDICATOS PARTICIPANTES:

Asociación Trabajadoras del Hogar -ATH-, filial Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
Sindicato Nacional de Trabajadoras Domésticas -SINTRADOMES-, filial Confederación Autónoma Sindical Clasista (CASC)
Movimiento de Mujeres Trabajadoras

CON EL APOYO:



Índice

GLOSARIO	9
1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 Antecedentes.....	15
1.1.1 Breve caracterización del trabajo doméstico en América Latina y el Caribe	15
1.1.2 Trabajo doméstico remunerado en el contexto de la República Dominicana.....	16
1.1.3 La salud de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana	20
1.1.4 Modelo de acceso al Sistema de Salud y Seguridad Social en la República Dominicana	21
1.1.5 Sistema de Salud y Trabajo: Acceso y calidad de la atención en salud	23
2. MARCO TEÓRICO	33
2.1 Perspectivas y trayectorias desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana.....	36
2.2 Implicancias de la investigación sobre salud de las(os) trabajadoras(es).....	42
2.3 De la medicina del trabajo y la salud ocupacional hacia la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es)	47
2.4 Salud colectiva de las(os) trabajadoras(es).....	51
2.5 Perspectiva de género: Posibilidades y limitaciones en la salud de las trabajadoras	57
2.6 Feminismo decolonial e interseccionalidad: como teoría, estrategia y dimensión en el estudio de la salud de las trabajadoras domésticas	61
2.7 Afrodescendencia, colonialidad y diálogos interculturales posibles	70
2.8 Pensar el proceso de trabajo del empleo doméstico desde la especificidad de América Latina y el Caribe.....	72
2.9 Características del empleo doméstico contemporáneo.....	76
3. DISEÑO DEL ESTUDIO	79
3.1 Justificación.....	81
3.2 Hipótesis	82
3.3 Preguntas y objetivos de investigación	82
3.3.1 Objetivo general	83
3.3.2 Objetivos específicos	83

4. DISEÑO MATERIAL Y MÉTODOS	85
4.1 Tipo de estudio	87
4.2 Población, territorio y muestra	87
4.2.1 Estudio fase cuantitativa	87
4.2.2 Estudio fase cualitativa	89
4.3 Medida e instrumentos.....	91
4.3.1 Fase cuantitativa (o1, o2, o3)	91
4.3.2 Fase cualitativa (o3, o4 y o5).....	91
4.4 Estrategia de recolección de datos.....	92
4.4.1 Fase cuantitativa	92
4.4.2 Fase cualitativa.....	92
4.5 Variables	94
4.5.1 Fase cuantitativa	94
4.5.2 Fase cualitativa.....	94
4.5.2.1 Entrevistas individuales a mujeres trabajadoras domésticas	94
4.5.2.2 Entrevistas individuales a informantes claves	96
4.6 Plan de análisis.....	96
4.6.1 Fase cuantitativa	96
4.6.2 Fase cualitativa.....	96
4.7 Consideraciones éticas	97
5. RESULTADOS	99
5.1 Caracterización de las condiciones de trabajo y salud de las trabajadoras domésticas remuneradas en la República Dominicana.....	101
5.2 Aproximaciones al perfil epidemiológico de las mujeres trabajadoras en el proceso de trabajo doméstico remunerado	115
5.3 Descripción de los procesos de salud-enfermedad prevalentes y principales causas de muerte en el trabajo doméstico	125
5.4 Analizar los riesgos laborales y daños a la salud colectiva de las trabajadoras en el proceso de empleo doméstico en la República Dominicana.....	130
5.5 Descripción de acciones, programas, estrategias sobre el cuidado de la salud y protección laboral de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana	137
6. DISCUSIÓN	143
6.1 Posibles abordajes expresados en aproximaciones-recomendaciones finales	170
7. BIBLIOGRAFÍA.....	177

Glosario

ARS	Aseguradora de Riesgos de Salud
ATH	Asociación de Trabajadoras del Hogar
BCRD	Banco Central de la República Dominicana
CEPAL	Comisión Económica y Social para América Latina
CIE-10	Clasificación internacional de Enfermedades, décima versión
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COMMCA/SICA	Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana (COMMCA)/ Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)
COVID-19	Coronavirus de 2019
DIDA	Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social
DPS	Dirección Provincial de Salud Pública
ENDESA	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
ENI	Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana
ET	Empleo doméstico
ETN	Enfermedades crónicas no transmisibles
FES	Fundación Friedrich Ebert
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
HTA	Hipertensión arterial
IDOPPRIL	Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
ITS	Infección de transmisión sexual
MAC	Métodos anticonceptivos
MEPyD	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

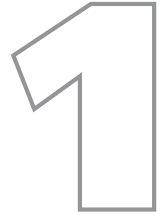
MICM	Ministerio de Industria, Comercio y Mipymes
MSP	Ministerio de Salud Pública
NOP	Nueva Ortodoxia de Previsión Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PSEAC	Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado
RD	República Dominicana
SARS-CoV-2	Síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNS	Servicio Nacional de Salud
SVEMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
TBC	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UNAP	Unidad de Atención Primaria
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

*“Sabemos lo que nos enferma.
Cuando enfermamos se nos dice que eres tú quien nos curarás.
Cuando venimos a verte nos despojamos de nuestros harapos
y escuchas en todo nuestro cuerpo desnudo.*

*Sobre la causa de nuestra enfermedad,
una mirada a nuestros harapos te la revelarán.
Es la misma causa que desgasta
nuestros cuerpos y nuestras ropas”.*

BERTOLT BRECHT

INTRODUCCIÓN



1.1 Antecedentes

1.1.1 Breve caracterización del trabajo doméstico en América Latina y El Caribe

Las desigualdades e inequidades en el empleo y el trabajo constituyen uno de los problemas más importantes para la calidad de vida de las sociedades latinoamericanas y caribeñas. El aumento del desempleo, la extensión de la precariedad laboral, la descuidadización y profundización de la exclusión social (Basile, 2020), la presencia aún del trabajo forzado y las situaciones de explotación y esclavitud, y otros procesos críticos destructivos para la salud y la vida, se concatenan y determinan modos de vivir y trabajar, que producen patrones de enfermedades, lesiones, accidentes y muertes en las personas trabajadoras, sus familias y sus grupos sociales. Esta amalgama descrita tiene especial incidencia en el mundo de las personas trabajadoras domésticas remuneradas en América Latina y el Caribe.

En este primer apartado, se caracteriza brevemente el trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe, en general, para luego abordar los aspectos y particularidades más relevantes de los antecedentes y contextos de la República Dominicana.

La definición de trabajo doméstico remunerado, según el artículo 1 del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2010), es:

- a)** la expresión trabajo doméstico designa el trabajo realizado en un hogar u hogares, o para los mismos;
- b)** la expresión trabajador doméstico designa a toda persona, de género femenino o género masculino, que realiza un trabajo doméstico en el marco de una relación de trabajo;
- c)** una persona que realice trabajo doméstico únicamente de forma ocasional o esporádica, sin que este trabajo sea una ocupación profesional, no se considera trabajador doméstico.

Claro que existen otros marcos teóricos y formas de comprensión del proceso de trabajo doméstico remunerado en sus intersecciones críticas con la clase social, etnia-raza y género que serán revisados más adelante (Ver el Marco teórico).

En América Latina y el Caribe, entre 11 y 18 millones de personas se dedican al trabajo doméstico remunerado, de las cuales el 93 % son mujeres (CEPAL, 2020; OIT, 2016). El trabajo doméstico supone en promedio entre el 10.5 %¹ y el 14.3 %² del empleo de las mujeres en la región, lo que significa que una parte importante de la población activa, especialmente de las mujeres, lo hace en condiciones precarias y sin acceso a la protección social, laboral y sanitaria. Los países con mayor proporción de mujeres empleadas en el servicio doméstico son Paraguay, Argentina y Brasil (OIT, 2019).

Sin embargo, existe bastante consenso sobre la frecuente subestimación de la magnitud del empleo doméstico remunerado debido a las características de este proceso de trabajo y las modalidades en que se desarrolla este empleo remunerado (OIT, 2010) (Valenzuela, 2012): la empleada interna o residente, que vive en el hogar de los patronos y la empleada externa o por días, que vive fuera del hogar patronal, asiste solo durante la jornada laboral y puede trabajar para varias patronales simultáneamente.

En América Latina y el Caribe existe un fuerte predominio en el empleo doméstico ejercido principalmente por mujeres de sectores populares, lo cual aumenta y potencia su subvaloración, con una presencia importante de mujeres de clases sociales subalternas de origen rural, indígena, afrodescendiente y migrante (Velásquez et al., 2015). De hecho, en muchos países de América Latina y el Caribe el empleo doméstico es una de las tres principales ocupaciones de las mujeres, a la cual se dedica entre el 20 % y el 30 % de la población femenina económicamente activa.

Según la investigación de Patricia Mohammed (1993), titulada “Trabajadoras domésticas en el Caribe”, en las sociedades caribeñas muchas mujeres se ven obligadas a pedir trabajo en la única área para la cual han sido “entrenadas”: la del servicio doméstico. En ese sentido, los ingresos de las trabajadoras domésticas remuneradas son iguales o inferiores al 50 % del promedio de todas las personas ocupadas, a pesar de que en casi todos los países de América Latina y el Caribe existe un salario mínimo establecido legalmente (OIT, 2016).

La caracterización general que se describe en varios documentos oficiales es de precarización del trabajo doméstico como un empleo aún subvalorizado, visto estrictamente como manual y feminizado (Chaney y García Castro, 1989), con bajos salarios, con ritmo intenso de jornadas y sobrecarga laboral, exposición a riesgos y daños en la salud de las trabajadoras, fuerte relación jerárquica y de sumisión con las(os) empleadores(as) y patronales, y situación de lógicas de servidumbre, sobreexplotación y trabajo forzado (OIT, 2019).

La OIT (2013) produjo en su relatoría de “Domestic workers across the world”, lanzado a partir de discusiones surgidas de publicaciones en el 2011 en la “Convención sobre Trabajo Decente para las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos” (N.º 189), acompañado por recomendaciones del mismo título (N.º 201), donde destacan que las trabajadoras domésticas aún son víctimas frecuentes de violaciones de derechos como el trabajo forzado, trabajo infantil, violencia y discriminación de género, por etnia, entre otras (Rimassa, 2011).

1.1.2 Trabajo doméstico remunerado en el contexto de la República Dominicana

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití, ocupando algo más de los dos tercios orientales, con 48,670 km². Para el 2015, se estima una población de 10,530,929 habitantes, de los cuales el 51.1 % son

1 Cálculo de la CEPAL, utilizando el promedio para 18 países con base en las encuestas hogares.

2 Cálculo de la OIT para 16 países con datos de 2018 publicados en “OIT Panorama Laboral 2019”. Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la OIT (Lima, 2019).

mujeres y el 49.9 % hombres, con una densidad de 219 habitantes por km² y una tasa de crecimiento poblacional anual de 1.4 % (Ver Tabla 1).

La estructura de la población es predominantemente joven, con una edad mediana de 25 años de edad, pero con tendencia al envejecimiento, debido principalmente a la drástica reducción de la tasa global de fecundidad, que para la década de 1950 se situaba en alrededor de 7.5 hijos por mujer. Para finales de la década de los 90 había descendido alrededor de 3 hijos por mujer, llegando a niveles de cerca de 2.5 hijos en 2010, según las estimaciones y proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadística (ENHOGAR, 2016). Así que, la densidad poblacional es de 195 habitantes por kilómetro cuadrado y la tasa promedio anual de crecimiento es de 12 por cada mil habitantes.

TABLA 1. Población según sexo y ambiente de residencia en la República Dominicana

	República Dominicana	
	Población	En %
Población total	10,530,929	100
Hombres	5,247,127	49.8
Mujeres	5,283,802	50.2
Urbano	8,296,150	78.8
Rural	2,234,779	21.2
Pobreza extrema	-	7.0
Saneamiento básico	-	95.5

Fuente: *Estimaciones y proyecciones (2015) del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.*

Las estadísticas nacionales disponibles sobre trabajo doméstico remunerado se encuentran en la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) y en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares (ENIGH), así como otras realizadas por el Banco Central, en la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, donde se incluye la categoría ocupacional de servicio doméstico; aunque en la República Dominicana la información sobre empleo doméstico remunerado tiene aún limitaciones de comparabilidad y precisión. Esto, en gran medida, es debido al elevado porcentaje de empleo doméstico no declarado en las encuestas y la falta de armonización en las definiciones utilizadas en su medición, unidad de análisis y escalas de observación (Cassá Calzada, 2000). Los datos más confiables muestran que las personas trabajadoras domésticas representan una proporción importante de la fuerza de trabajo informal, principalmente en las ciudades de mayor demografía del país (Ramírez, 2013).

De acuerdo con los datos obtenidos por la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo del Banco Central en la República Dominicana, para el primer trimestre del 2020, la mayoría de las personas que realizan labores domésticas, como trabajo principal, son mujeres (un 96 %), lo que equivale a un total de 248,534 mujeres y solo un 4 % (7,652) son varones (BCRD, 2020). Esta misma fuente destaca que el 98 % de las mujeres trabajadoras domésticas no cuentan con contrato de trabajo ni seguridad social, y que apenas un 2 % (5,514) logran protección laboral con seguridad social (BCRD, 2020).

Igual que como se observa a nivel regional, las modalidades en que se da el empleo doméstico remunerado en la República Dominicana son dos: la empleada interna o residente, que vive en el hogar de los patrones; y la empleada doméstica externa o por días o por horas, que vive fuera del hogar patronal, va solo durante la jornada laboral y puede trabajar para varias patronas simultáneamente (Ramírez, 2013).

El Convenio de la OIT N.º 189 (2011) sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos fue ratificado por la República Dominicana en el 2013, tras una larga campaña de incidencia emprendida por los gremios de trabajadoras domésticas: la Asociación de Trabajadoras del Hogar (ATH), el Sindicato Nacional de Trabajadoras Domésticas y la Unión Nacional Fenamutra Trabajadoras del Hogar; así como las confederaciones sindicales, organizadas a través del *Comité Intersindical de la Mujer Trabajadora* (CSA, 2013).

El Código de Trabajo dominicano (1992) incluye la definición de trabajadores domésticos (en masculino):

“Art. 258.- Trabajadores domésticos son los que dedican de modo exclusivo y en forma habitual y continua a labores de cocina, aseo, asistencia y demás, propias de un hogar o de otro sitio de residencia o habitación particular, que no importe lucro o negocio para el empleador o sus parientes. No son domésticos los trabajadores al servicio del consorcio de propietarios de un condominio”.

Allí se destaca que las trabajadoras domésticas no gozan de los beneficios del régimen general determinado en el Código de Trabajo de la República Dominicana, sino que se encuentran subordinadas a un régimen especial.

El trabajo doméstico, según la ENFT, es clasificado dentro del sector informal (ONE, 2009). Por otra parte, Ramírez (2013) describe lo siguiente para el caso de la República Dominicana: “que la discusión respecto al sector dentro en el cual debe ubicarse el trabajo doméstico pone en evidencia la complejidad de esta actividad laboral, dadas sus características y condiciones, más cercanas a la servidumbre que al trabajo asalariado”. De acuerdo a la clasificación de la fuerza de trabajo del BCRD, el sector informal comprende a todos los ocupados asalariados que laboran en establecimientos con menos de cinco empleados, además de los trabajadores por cuenta propia y patronos que pertenezcan a los siguientes grupos ocupacionales: agricultores y ganaderos, operadores y conductores, artesanos y operarios, y comerciantes y vendedores no calificados. En adición, se incluye el trabajo doméstico del hogar (lavandera, cocinera, limpiadora, ama de llaves, jardinero, chofer, etcétera) y los trabajadores no remunerados (aprendices, pasantes y universitarios que están en una etapa de formación profesional).

La población económicamente activa de un país se le define también como fuerza laboral. Según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (2016) de la Oficina Nacional de Estadísticas, la composición de la Población Económicamente Activa es predominantemente masculina (59.9 %), ya que las mujeres representan el 40.1 % (ENHOGAR, 2016). Sobresale en las mujeres los rangos de edad de 25-44 y 45-64 años, aunque hay una porción en el rango de 15-24 años económicamente activas como fuerza laboral. La estructuración de la población ocupada, considerando la categoría ocupacional de la misma encuesta por sexo, las personas ocupadas declararon con mayor frecuencia ser empleadas de empresas privadas, un 47.5 %, de las cuales el 66.2 % son hombres, mientras que el 33.8 % son mujeres. Este dato se invierte cuando se trata de la población que realiza trabajo doméstico, donde el 91.7 % son mujeres y el 8.3 % son hombres (ENHOGAR, 2016). Este es un claro indicador de la feminización del proceso de trabajo doméstico remunerado.

Al considerar el diferencial por sexo en la categoría “desempleo”, la misma Encuesta de Hogares refleja una tasa de desocupación abierta en varones del 3.7 % y casi triplicada en 9.9 % en mujeres (ENHOGAR, 2016). Cuando se observa a los grupos socioeconómicos se encuentra que en el nivel “muy bajo” socioeconómico la tasa de desocupación en varones es del 3.2 % y en mujeres es 13.4 %, es decir, se incrementa comparado con la media nacional (ENHOGAR, 2016). Los resultados de ENHOGAR (2016) indican que, del total de la población desocupada de 10 años y más de edad, el 64.2 % son mujeres y 35.8 % son hombres, lo que evidencia una amplia diferencia por sexo a nivel nacional.

Según la ENHOGAR (2016), el 65.6 % de la población dominicana está afiliada a algún seguro de salud, mostrando un aumento en aseguramiento respecto a la ENHOGAR(2012) que era del 51.2 %, con un incremento de 14.4 %. Se observa que la frecuencia de mujeres afiliadas a un seguro de salud es mayor que la de los hombres: 68.8 % y 62.4 %, respectivamente. Ahora bien, cuando se revisa por nivel de grupos socioeconómicos, la población definida en la categoría “Muy bajos ingresos” tiene una cobertura de seguros de salud del 49.1 % (ENHOGAR, 2016). Las personas que están afiliadas al Seguro Familiar de Salud, el 53.9 % tiene un seguro gestionado por pago compartido entre la persona y la entidad donde trabaja, o donde trabaja el titular según la Ley 87-01; el 43.6 % tiene el Seguro Nacional de Salud Subsidiado (SENASA); y el 1.5 % se lo descuentan de su pensión o jubilación.

Por otro lado, la proporción de personas a la que le indicaron o recetaron medicamentos en los seis meses anteriores a la encuesta asciende a un 47.1 %, de las cuales el 46.1 % siempre recibieron los medicamentos con su seguro; mientras que, el 16.6 % solo los recibieron algunas veces y un 36.5 % nunca los recibieron. En otro orden, el teléfono celular es el dispositivo TIC más común en los hogares de la República Dominicana, donde el 89 % de los hogares posee uno y solo el 28.5 % disponen de internet. El porcentaje de hogares con servicio de Internet varía del 7.1 % de aquellos(as) jefes(as) de hogar sin nivel de instrucción ni preescolar, al 60.9 % de los encabezados por jefes(as) de hogar con nivel universitario o educación superior (ENHOGAR, 2016).

Según ENHOGAR (2016), el 78.4 % de la población con 10 años y más en el país realiza algunas actividades tareas domésticas no remuneradas en su propio hogar. En la propia encuesta se describe el trabajo doméstico no remunerado, responsabilizado históricamente a las mujeres dominicanas. El 92.9 % de las mujeres son las responsables del trabajo doméstico, y los hombres participan en una proporción del 63.3 %. Este resultado evidencia claramente que las mujeres están sobrecargadas en cuanto a las tareas domésticas, en comparación con los varones, lo que en cierto sentido les privan de realizar otras actividades que mejoren su bienestar social, económico y cultural (ENHOGAR, 2016).

Un párrafo especial, merecen las mujeres migrantes trabajadoras (Wooding y Sangro, 2011). Sobre ese particular, la inserción al mercado laboral de una porción importante de la población de mujeres inmigrantes haitianas en la República Dominicana es como mano de obra remunerada en el empleo doméstico y de cuidados (infantil y de adultos mayores) remunerado, representando aproximadamente el 21.7 % de las inmigrantes ocupadas en esta categoría, según la Encuesta Nacional de Inmigración (ENI, 2017). Asimismo, resulta evidente que la mujer inmigrante de nacionalidad haitiana tiene un grado de inserción al empleo sumamente precario e informal (sin derechos laborales y seguridad social, lo cual implicará no contar con cobertura sanitaria), exponiéndola a una doble inequidad en las condiciones de trabajo por su condición migrante y de género, sumando además su etnicidad afrodescendiente como barreras en el acceso a servicios de salud (cuidados de la mujer), protección laboral y social (Basile, 2019).

Más del 50 % de las y los inmigrantes haitianos se dirige, sobre todo, a tres zonas del país: a la región Este; a la Metropolitana, con el Distrito Nacional y el Gran Santo Domingo; y a la región del Cibao (ENI, 2017). La gran mayoría (74.2 %) se encuentra ubicada en zonas urbanas (ENI, 2017). Las mujeres haitianas inmigrantes que llega y se inserta en el empleo doméstico en la República Dominicana, en general, es joven, de rango de edad entre 20 y 44 años, en edad productiva y reproductiva, donde el 20.5 % no tuvo ningún nivel educativo. Cabe resaltar que la población de mujeres inmigrantes haitianas que ingresa al empleo doméstico experimenta condiciones de exclusión social debido a su situación jurídica migratoria, y condiciona sus posibilidades de negociación y reconocimiento como trabajadora, lo que puede conducir a patrones de explotación laboral agravada. También estas trabajadoras domésticas están atravesadas por la segregación territorial (por ejemplo, vive en bateyes³), social y racial (por su condición afrodescendiente y su fenotipo).

3 Los bateyes son comunidades rurales que surgieron alrededor de la industria azucarera en la República Dominicana.

1.1.3 La salud de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana

La información sobre la salud colectiva de las trabajadoras domésticas remuneradas en la República Dominicana es epidemiológicamente invisible o podría decirse ignorada en su complejidad y profundidad. Esto significa que los sistemas de información en salud nacional y laboral carecen de datos y perfiles sanitarios de las trabajadoras domésticas (remuneradas y no remuneradas) en contextos justamente de empleos precarizados, deshumanizados e incluso de trabajo forzado.

En general, sin producción de datos transformados en información, la disponibilidad de producción de conocimiento científico, sanitario y epidemiológico crítico, sobre las condiciones de trabajo y los procesos de salud-enfermedad prevalentes en el empleo doméstico, es sumamente escasa en el país, por no decir nula. El estado del arte en la materia solo registra lo que frecuentemente se dispone en el campo de la epidemiología del trabajo y en los mapeos críticos sobre la salud de las personas trabajadoras en general:

- Informes y documentos de organizaciones de sociedad civil basados en la recopilación de fuentes secundarias, especialmente sobre estadísticas oficiales.
- Informes y documentos con técnicas cualitativas de entrevistas y grupos focales de trabajadoras domésticas, acumulando testimonios, narrativas y experiencias vividas.
- Informes y documentos de agencias de cooperación internacional realizados por consultorías en el esquema de investigación “a la carta”.

En general, cuando estos documentos e informes se refieren a la “salud” en el empleo doméstico, en realidad solo están describiendo el acceso a las coberturas sanitarias (seguros de salud y paquete de servicios) y a la protección laboral (seguro de riesgos laborales) bajo el modelo de pluralismo estructurado de seguridad social que República Dominicana implementa desde el 2001 (Basile, 2020).

Las organizaciones sindicales y de trabajadoras domésticas lucharon primero por la ratificación del Convenio 189 de la OIT (CSA, 2013), en el cual se hacen valer los derechos de las empleadas domésticas, para que el empleo sea protegido. Actualmente, se encuentran en proceso de una nueva legislación específica para el empleo doméstico, con inclusión en el sistema dominicano de seguridad social.

Los tratados internacionales de derechos humanos establecen que toda persona tiene derecho a gozar de las mismas condiciones de cobertura, acceso y protección de la salud, lo cual implica a las trabajadoras domésticas dominicanas e inmigrantes. La salud, aunque es un derecho humano nacionalmente reconocido, e incluye el derecho pleno a recibir protección y acceso a servicios de salud integrales y de calidad; sin embargo, esto no es una experiencia fácil de materializar.

Además, las interpretaciones de la situación sanitaria de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana solo remiten a los estudios sobre la salud de las mujeres en el país, generalmente enfocados en los aspectos biológicos o clínicos alrededor de la gestación y el parto, o bien en la salud materna o la salud sexual y reproductiva sin considerar otras determinaciones sociales –como el trabajo–, que también inciden en los perfiles epidemiológicos y en los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir.

De acuerdo con el BCRD (2020), solo el 4 % (5,514 mujeres) de las trabajadoras domésticas está afiliada a la seguridad social en la República Dominicana. El 96 % de estas trabajadoras (243,021) dependen del vigente sistema de

salud pública para la atención y respuesta sanitaria a sus problemas de salud-enfermedad-atención-cuidado como mujeres, es decir, dependiendo de las respuestas del Servicio Nacional de Salud (SNS) con sus precariedades y su desfinanciamiento crónico. Adicionalmente, al estar fuera del mercado de coberturas de la seguridad social en el modelo dominicano, implica acarrear las exclusiones del seguro de riesgo laboral y el seguro por vejez, discapacidad y sobrevivencia (Basile, 2020).

Algunas encuestas y estudios cualitativos (ONE, 2009; Ramírez, 2013) ilustran la manera en que las trabajadoras domésticas resuelven la atención sanitaria para sí mismas y sus dependientes. De hecho, una encuesta de COMMCA/SICA (2010) reporta que el 94 % del total de la muestra de trabajadoras(es) domésticas(os) no posee un seguro médico, ni público ni privado. El 5 % reportó tener un seguro privado, y un 1 % seguro público. En este mismo estudio, el 23 % de las trabajadoras domésticas describe que sus empleadores(as) les pagaban las consultas médicas, reportando las trabajadoras domésticas de mayor edad una mayor proporción de esta práctica: 27 % contra 20 % en las más jóvenes (COMMCA/SICA, 2010).

De acuerdo a la Evaluación de Programas de Protección Social del Gabinete Social de República Dominicana (Ramírez, 2013), el 75 % de trabajadoras domésticas son beneficiarias de asistencia social focalizada en el Estado dominicano, a partir del empadronamiento en el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). El 15 % de toda la población beneficiaria de los programas de protección social, que recibe la cobertura del SENASA, corresponde a mujeres trabajadoras domésticas (Ramírez, 2013).

1.1.4 Modelo de acceso al sistema de salud y seguridad social en la República Dominicana

Desde el 2001, las dinámicas de la salud de las personas trabajadoras se dan en un contexto en el que la República Dominicana experimenta una reforma del sector salud bajo un modelo de aseguramiento en salud y seguridad social de mercado (Laurell y Ronquillo, 2010) (Almeida, 2002) que demarcaron el devenir de su sistema de salud y modelo de acceso estratificado, segmentado y financierizado (Basile, 2020).

La reforma al sistema de salud en la República Dominicana se instituye el 9 de mayo de 2001 con la promulgación de la Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), la cual también dispone la reforma de las pensiones, los riesgos laborales y las estancias infantiles. El sistema de protección social creado mediante esta Ley asumió claramente el carácter del “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1997) en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales, a través de una política de seguros.

Es decir, el modelo de la Ley N.º 100 de Colombia del 1991, en su matriz constitutiva, no solo fue para el sistema dominicano de aseguramiento en salud, sino integralmente para la nueva seguridad social en la República Dominicana; esto como resultado de la exportación del modelo sustitutivo creado por Chile en la década de los 80 en la etapa dictatorial de Augusto Pinochet de la lógica NOP (Nueva Ortodoxia de Previsión Social) y el mercado regulado de seguros de salud de Colombia (Basile, 2020).

Según Mario Hernández (2000), constituye un modelo de mercado (mercantilización de las coberturas de salud) debido principalmente a que incorpora, de manera integral, la cuestión financiera (modulación e intermediación de

coberturas para la financierización) en la centralidad de los esquemas de coberturas individuales. Es decir, utilizando la categoría de Mesa-Lago (2009), la República Dominicana asumió la agenda de las reformas estructurales: “Las estructurales cierran un sistema público (o de seguro social bismarkiano) o transforman elementos fundamentales del mismo, convirtiéndolo en privado o con una importante participación privada”.

Con un mercado regulado, este modelo de sistema de salud desarrolló dos tipos de coberturas: régimen contributivo y subsidiado. Asimismo, creó un mercado de aseguradoras de riesgos de salud (ARS) vinculadas al sistema financiero con cobertura de asegurados contributivos; y una aseguradora subsidiada por fondos públicos, llamada Seguro Nacional de Salud (SENASA), con acceso a través de prueba de medio -SIUBEN, sistema de empadronamiento de “pobres”- (Barbeito et al. 1998) y con un paquete mínimo de procedimientos y servicios sanitarios (Plan Básico de Salud). Los asegurados privados de las ARS cuentan con un PDSS (Plan de Servicios de Salud), con exclusiones y modalidades de cobertura, según procedimientos y copagos; y el subsidio a la demanda será financiado con las coberturas del SENASA. En general, en esta reforma de expansión de tipos y mercados de coberturas, según Laurell (2012), se desfinanciaron sistemáticamente los servicios de atención y programas de salud pública, con un espiral de deterioro y pérdida de capacidades de las instituciones públicas sanitarias que se expresan en crisis hospitalaria, sobredemanda sin respuesta pública, frágil primer nivel de atención, emergencias de salud pública recurrentes (ejemplo: dengue, leptospirosis, zika, SARS-CoV-2, etcétera), entre otras resultantes.

Los organismos que se dividen la rectoría, regulación y gestión de la reforma dominicana son:

- Consejo Nacional de Seguridad Social y Tesorería de la Seguridad Social;
- Ministerio de Salud Pública (rectoría y funciones esenciales);
- Servicio Nacional de Salud (administración y gestión de servicios sanitarios);
- SISALRIL (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales);
- DIDA (Dirección de Información y Defensa de Usuario), defensa del consumidor/usuario del modelo; y
- Servicio Nacional de Salud (SNS), provisión de servicios de salud.

En el caso de la República Dominicana, a su vez se avanza en la propia creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que a través de la reforma del sector salud propone la implementación de la separación de funciones en el propio sistema de salud (Londoño y Frenk, 1997):

- **Modulación:** Desarrollo del sistema, coordinación, diseño financiero, regulación, protección del consumidor(a) como usuario(a) y reglas de juego dentro de la “Reforma”;
- **Financiamiento:** Con la preeminencia de subsidio a la demanda y no a la oferta;
- **Articulación:** Entre poblaciones y prestadores (representación, administración de riesgos y acceso), y entre agencias financieras y prestadores de servicios (diseño de incentivos, beneficios y gestión de la calidad); y
- **Provisión** (pluralismo de “prestadores” público-privados).

En el 2015 se lleva adelante la consolidación de la separación de funciones en la República Dominicana, que termina de concretarse con la descentralización y la creación del Servicio Nacional de Salud⁴ (Ley N.º 123-15, 2020). Lo que plantea centralmente este enfoque, liderado por Frenk y Londoño (1997), es una dinámica, donde la propia reforma al sistema de salud permita estructurar y crear mercados plurales, con competencia regulada en la cobertura y acceso a la atención en salud, en la arquitectura de los sistemas de salud; en otras palabras,

4 Servicio Nacional de Salud (SNS). *Quiénes somos*. Recuperado en: <https://sns.gob.do/sobre-nosotros/quienes-somos/>

se trata de construir un mercado regulado de coberturas sanitarias a través de distintos seguros por estrato social, con paquetes de servicios diferenciales, con proveedores de servicios público-privados y con separación de funciones entre Estado y Mercado, abriendo las puertas a la intermediación y modulación financiera de las aseguradoras, del mercado de prestadores plurales en competencia y de las asociaciones público-privadas. En el caso de Colombia, Chile (Tetelboin, 2003), República Dominicana o Perú son los emblemas que mejor lo ejemplifican (Hernández y Torres Tovar, 2010) (Basile, 2020).

A partir de esta teorización, que utiliza como icono un “cubo”, que demuestra así la estrategia de extensión de las coberturas diferenciales, se fue generando una geopolítica de la dependencia sanitaria a una agenda del Norte global que instaló la hoja de ruta y las recetas *fast food* de políticas basadas en evidencias “a la carta” de las propias tecnocracias sanitarias liberales del Banco Mundial (1993; 1997; 2011) y el Banco Interamericano de Desarrollo (2003; 2009) en la Región.

Celia Iriart y Emerson Merhy (2000) remarcan que se introduce en los sistemas de salud un andamiaje de nuevos procesos y tesis reformistas:

“(...) en el ámbito sanitario un importante número de los denominados “expertos” van a contribuir a la construcción de este nuevo sentido común, al sostener las siguientes ideas como los “fundamentos” desde donde repensar el sistema de salud: a) la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una “nueva” racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad, si se quieren disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta, si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado); e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente...”.

1.1.5 Sistemas de salud y trabajo: acceso y calidad de los sistemas sanitarios como determinante social de la salud colectiva de las trabajadoras y los trabajadores

Generalmente, las probabilidades de que las personas y las poblaciones sean sanas y saludables están condicionadas por las estructuras y los sistemas sociales vigentes. Tanto la teoría de los factores de riesgo, como la biomedicina, tuvieron cierto impacto en el proceso de salud-enfermedad a nivel clínico-individual, pero siguen siendo insuficientes para la transformación de la salud de las poblaciones y grupos sociales; así como para abordar integralmente las desigualdades y la determinación socioambiental de la salud y la vida en la región de América Latina y el Caribe (Breilh, 2010).

El moderado informe del 2008 de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (Marmot et al., 2008) presentó un conjunto significativo de evidencias basadas en la epidemiología social europea, demostrando que

los procesos sociales y, económicos, las inequidades en el poder y el acceso a recursos comunes y bienes públicos impactan en los resultados de salud a nivel individual y a nivel colectivo (Benach et al., 2008)

Las condiciones socioeconómicas de vida, interseccionalmente entrelazadas por inequidades de clase social, etnia y género, determinan los patrones desiguales de enfermedades y muertes en las personas, familias, grupos sociales y poblaciones (Benach et al., 2008). Estas inequidades pueden ser reproducidas, profundizadas y potenciadas por los servicios y sistemas sanitarios, como expresión de las opresiones e injusticias que se anidan en la sociedad (Basile, 2020).

El propio sistema de salud es un condicionante social de que muchas veces es desatendido y olvidado, como proceso mediador de la determinación de la salud de las sociedades, y en especial de las(los) trabajadoras(es). Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel clave en la construcción de ciudadanía social, ecología de saberes, distribución de la riqueza y poder popular, siendo un dinamizador para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el buen vivir de las sociedades (Laurell, 2013).

En términos generales, la salud pública panamericana y la salud global liberal (Basile, 2018) fueron construyendo enlatados de definiciones sobre los sistemas de salud. En su mayoría, la conceptualización de los sistemas sanitarios existentes gira alrededor de una teorización weberiana (Weber, 2015): se describen aparatos organizativos, instituciones y funciones externas a la sociedad.

De modo tal que, la Organización Mundial de la Salud conceptualiza a los “sistemas de salud” como la “suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población” (OMS, 2000). En el caso del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, de la Unión Suramericana de Naciones, se les define como: “Una red de respuestas institucionales, estrategias, programas, actividades que construye la sociedad para promover, cuidar, proteger y restaurar la salud” (Giovannella et al., 2012).

Para el departamento de Sistemas y Servicios de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema sanitario “articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas y medir los progresos en torno a cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud”.⁵

La salud pública panamericana y la salud global liberal (Basile, 2018) ubican a los sistemas sanitarios en una concepción weberiana como aparato del Estado, bajo el gerenciamiento del salubrista experto, externo a la sociedad. Esto, junto a las tesis de oferta y demanda neoclásica de servicios, y otras prerrogativas que fue sumando el credo liberal para la funcionalización de la salud pública a un mercado de coberturas (Feo Istúriz, 2004).

Para estas teorizaciones descritas, el sistema de salud sigue siendo una tecnología positivista manejada por el Estado que explica los riesgos, controla a la población para prevenir las enfermedades colectivas y organiza los servicios para la curación de las enfermedades. En estas tesis abrevan tanto el salubrismo panamericano como médico-social del siglo XX (Granda, 2004).

5 OPS/Departamento de Sistemas y Servicios de Salud. Recuperado en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2560:health-services-access-unit&Itemid=2080&lang=es

Así, la salud pública convencional organiza los sistemas de salud sobre la base de sustentos en el mencionado trípode, constituido por: el pensamiento centrado alrededor de la enfermedad y la muerte, el método positivista o naturalista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, y el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del aparato del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica (Granda, 2004).

Esta matriz de sistemas sanitarios adolece de capacidad para estudiar, pensar, diseñar políticas y actuar sobre los procesos de trabajo en el capitalismo mundialmente periférico, a fin de monitorear y proteger la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es).

El sistema de salud solo es el espacio de reparación fisiopatológica tanto a los daños de los modos y estilos de vida, como a los procesos destructivos de la carga y desgaste en el trabajo (Breilh, 2010). Por último, la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es) fue entregada a las aseguradoras de riesgos laborales -en su mayoría empresas de bancos-, donde el sistema de salud se desentiende finalmente de los procesos de trabajo y su impacto en la vida de las(os) trabajadoras(es).

La institucionalidad y materialidad de los sistemas de salud, como condensación del tipo de estatalidad construida socialmente, reflejan sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas en su proyección sobre la sociedad. Esta capilarización del sistema de salud genera un complejo espiral -con momentos de expansión o retracción- de una maquinaria técnico-instrumental externa a la sociedad que la fragmenta ilusoriamente por niveles asistenciales-curativos, por lugares y establecimientos sanitarios, que produce control poblacional en la sociedad. Asimismo, apela a esquemas preventivos y promocionales de riesgo, al conductismo individual, a la enfermología pública, al neohigienismo, y a viejas y nuevas premisas de las funciones de la salud pública (Basile, 2020).

El complejo político-sanitario liberal y sus nuevas tecnocracias aprovecharon la conceptualización de aparato y cuerpo burocrático-administrativo de los sistemas de salud, para su funcionalización y apropiación bajo la teoría neoclásica y las escuelas de administración de negocios (Basile, 2018).

De esta manera, los sistemas de salud se mantuvieron como un aparato externo a la sociedad, gobernado por el salubrismo estatal de los "especialistas", pero al mismo tiempo aceptando que con la *nueva salud pública* pueden crearse nichos de mercado privados bajo dinámicas de mercantilización (bienes y servicios) y financierización (coberturas y pólizas de riesgos) (Londoño y Frenk, 1997).

Para la teoría crítica, los sistemas de atención en salud, como instituciones colectivas con carácter de construcción histórica y temporal, significan la respuesta sociocultural y material que el Estado y la Sociedad dan a las necesidades, prioridades y demandas de salud colectiva de un pueblo (Basile, 2020).

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, trabajar una nueva teorización sobre los sistemas de salud implica, en primer lugar, asumir los límites y las aproximaciones epistemológicas como una opción necesaria (Basile, 2021). Por eso, se trata de apuntes para una teoría y no de un intento de hacer esa teoría, porque solo se desarrollan aquí algunos de los temas necesarios para una visión suficientemente completa y compleja de la problemática:

- Los sistemas de salud son construcciones históricas fruto de las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas condensadas en la institucionalidad sanitaria de una esfera pública ampliada (estatal y no estatal). Es decir, no son simples aparatos, ni cuerpos administrativos burocráticos estatales, ni lucubraciones

tecnocráticas de una *expertise* iluminada de las(os) salubristas (burocracias) o de la grandeza de una autoridad gubernamental sanitaria (Ejemplo: ministro/a).

- Los sistemas de salud son bienes públicos, comunes y colectivos expresados en diversas esferas públicas de territorios, territorialidades y espacios sociales de la salud y la vida en sociedad. No son solo materializaciones de servicios, establecimientos (hospitales y centros sanitarios) y tecnología positiva.
- Los sistemas de salud configuran las relaciones de poder al interior de una sociedad, indicando, según la hegemonía dominante en la relación Sociedad-Estado, el tipo de institucionalidad y materialidad de la política y el sistema sanitario.
- Los sistemas de salud resultan de un nuevo saber-hacer, fruto de una revisión crítica, donde la organización de estos nuclea tramas de institucionalidad y materialidad, a partir de la cual se busca enfrentar la determinación social de la salud y la vida. Esto incluye una capilaridad institucional y social que se produce desde los modos de vida en los territorios y territorialidades.
- Los sistemas de salud son construcciones y decisiones de las sociedades a través del Estado y las institucionalidades no estatales; no una perspectiva político-médica de un instrumento para la atención y curación del daño social o para un mercado estructurado y desregulado de oferta-demanda.

Ahora bien, las reformas actuales de Segunda Generación (Laurell y Ronquillo, 2010) (Almeida, 2002) en los sistemas sanitarios incorporaron en su narrativa la palabra “universal”: cobertura universal o salud universal. Así que “lo universal” fue resignificado (Hsiao y Shaw, 2007) (OMS, 2013). Como señaló el liberal Kutzin, la cobertura universal de salud es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud” y es “una dirección en vez de un destino” (Kutzin, 2013).

Esa direccionalidad implicará transformar a la CUS en la plataforma para relanzar las reformas de mercados (des) regulados en los sistemas de salud, y construir una nueva gramática discursiva líquida con una narrativa sombrilla donde todo cabe bajo esta denominación: incluso la expansión de las aseguradoras financieras y el sector privado. Una especie de mapa de actores y de cronología permite contextualizar esta iniciativa. En el marco de la reunión del “Health Systems Global”, que reunió al sector privado de salud en Beijing, en octubre de 2012, con el lema “Inclusión e innovación por la cobertura universal de salud”, el Banco Mundial presentó la experiencia de expansión del aseguramiento privado en China como un camino a la CUS. Ese mismo diciembre de 2012, en la ciudad de Bellagio (Italia) y auspiciado por la Fundación Rockefeller, el simposio mundial del sector privado de salud tuvo como lema “El futuro del mercado de salud”, donde los expertos presentes expresaron la importancia del aseguramiento y la ampliación de la cobertura de salud para el mercado.

De su lado, en la Declaración de Bellagio⁶ dejaron evidenciado que es necesario “considerar cómo los mercados pueden satisfacer mejor las necesidades de los pobres en los países de bajos y medianos ingresos...”. En esta misma cumbre de Bellagio, Allan Pamba, director de Iniciativas de Acceso y Compromiso Público, de Glaxo Smith Kline, expresó: “La región de África es de creciente interés para las empresas, más allá de la filantropía, ya que es un mercado de crecimiento futuro. Las compañías que se fueron temprano a China e India tienen una cuota de

6 Declaración Reunión de Bellagio (2012). Recuperado en: <http://www.futurehealthsystems.org/publications/future-health-markets-a-meeting-statement-from-bellagio.html>

mercado establecida y dominante, y es difícil cambiar eso, independientemente de la cantidad de dinero gastado tratando de cambiar esto". Pamba argumentó que "se necesita un cambio cultural entre las partes interesadas para apreciar el papel del sector privado en los mercados de atención médica".

En enero del 2013, el Foro Económico Mundial de Davos, que reúne a las corporaciones multinacionales, se presentó el informe "Sistemas de Salud Sustentables", elaborado por MacKinsey&Company⁷, que en sus conclusiones propone promover tanto la CUS, como el hecho de que mientras "las corporaciones ofrecen nuevos productos y servicios, a medida que los mercados se liberalizan, los gobiernos reducen los servicios públicos y surge un nuevo sentido de solidaridad condicional (...) debemos estar atentos para incidir en los líderes de los países en vías de desarrollo...".

Bajo esta dinámica del complejo político de la salud global liberal (Basile, 2018), finalmente el 24 de septiembre del 2013, en la Asamblea General de Naciones Unidas, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se une a la Fundación Rockefeller y al Banco Mundial para lanzar el reporte de "Cobertura Universal de Salud".

En América Latina y el Caribe, luego de una serie de consultas regionales junto al BM y a la Fundación Rockefeller, en la 53.ª Asamblea Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada en septiembre del 2014, todas las representaciones del país, incluyendo Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Venezuela, aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (OPS, CD53/R14, 2014). Aquí se le agregó "acceso universal", pero el dispositivo CUS fue impulsado y avalado en la Región.

Recientemente, en septiembre del 2019 y en la Reunión de Alto Nivel sobre CUS, organizada por la Universal Health Coverage Partnership (UHC2030), se relanzó un pacto global que refrendó la Asamblea de Naciones Unidas con la declaración política: "Cobertura sanitaria universal: avanzar juntos para construir un mundo más saludable".⁸

En esta declaratoria y proceso tuvo y tiene una participación protagónica el Core Action Group, constitución de un espacio institucional del sector privado sanitario dentro de la UHC2030, donde están las corporaciones farmacéuticas, los grupos proveedores de insumos y tecnologías médicas, las aseguradoras, y otras corporaciones privadas.

Esto explica por qué el dispositivo CUS se implanta con una terminología híbrida desde sus inicios. Según la OMS (2013): "Implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos"; además, sostiene la Organización: "(...) la CUS no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma sostenible". En cada uno de los documentos, declaratorias y resoluciones CUS hay un gran ausente: la palabra "público". Tanto los sistemas de salud pública, como el bien público, aparecen fuera de la gramática global.

En resumen, esta dinámica geopolítica de poder de los actores, corporaciones y organismos internacionales del Norte global lograron transformar la histórica universalización de derechos sociales y bienes públicos universales, como componente sustancial de igualdad, equidad e integralidad en las respuestas, por una universalización de "tipos" de cobertura sanitaria que por principio tiene la diferenciación (desigualdad), la expansión de mercados

7 Foro Económico de Davos (2013). Recuperado en: <https://es.weforum.org/reports/sustainable-health-systems-visions-strategies-critical-uncertainties-and-scenarios>

8 ONU (2019). Líderes mundiales aprueban declaración de salud para alcanzar la cobertura universal de salud. Recuperado en: <https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>

de coberturas en la direccionalidad de la financierización (Knaul et al., 2005) y la creación de nichos de mercantilización en los sistemas sanitarios (Basile, 2021).

Desde su conformación hasta el presente, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe crearon su base de estructuración en una pretendida homogeneidad, para mantener y alentar los intereses del desarrollo y/o promover la expansión de bienes de mercado (Basile, 2020).

En general, ambas tesis responden a la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y de los sistemas de salud, que continúa siendo eurocéntrica y liberal en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios regionales (Basile, 2020). Por lo visto, se sigue repitiendo una tipología de: 1) Modelo liberal residual anglosajón, de caridad-beneficencia de corte individual; 2) Modelo bismarkiano, de seguro social atado al empleo; y 3) Modelo Beveridge de acceso universal. Como puede apreciarse, tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar los procesos de reforma en la Región; o bien, atravesados actualmente con las tesis del gerenciamento del riesgo social (Holzmann y Jørgensen, 2001) y del pluralismo estructurado sanitario (Londoño y Frenk, 1997).

A saber, los sistemas de protección social fueron mecanismos institucionales ejecutados por los estados de bienestar, principalmente del Norte global (Fleury, 1997; 2002; 2010), y se desarrollaron para combatir la pobreza y la desigualdad en las sociedades de sistemas industriales y de acumulación capitalista. Por una compleja trama histórica, social, económica y política, según Fleury (1997) y Filgueira (1997), el proceso de constitución del estado de bienestar fue “incompleto” (estratificado y segmentado), dual o excluyente en América Latina y el Caribe, en este proceso de importación de modelos europeos desconectados de las realidades del Sur.

De este modo, comprender la relación entre Sociedad y Estado es clave para la conceptualización de los sistemas de salud. A juicio de Fleury (1997), poner en debate la forma de organización de una sociedad, su democracia y el tipo de Estado que es necesario, nos habla de la ciudadanía a la que cada uno accede y busca construir. Así, describir los modelos de protección social y los sistemas sanitarios que asumen los Estados, contribuye a examinar los derechos de ciudadanía y la sociedad.

Según Mesa-Lago (2005), los modelos de protección en América Latina y el Caribe terminaron transformando estos tres postulados o modelos ideales eurocéntricos (antes descritos) de forma heterogénea, fragmentada, desigual y parcial, construyendo tres tipos de procesos que se ejecutaron en la Región: 1) Universalismo estratificado; 2) Modelos duales; y 3) Modelos excluyentes. Por lo tanto, Mesa-Lago (2005) analiza los países latinoamericanos y caribeños según esta tipología y estas tres categorías, y ubica a cada país según estos tres procesos en la Región. Ahora bien, es desde este entramado de desigualdad social (Castel, 1995) y fragmentación de los sistemas sanitarios, que se ejecuta en la década de los 90 y de los 2000, los procesos de reforma en salud en América Latina y el Caribe (Almeida, 2001; 2002). Estas reformas no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social, como ocurría en los estados de bienestar europeos (Navarro, 1998), o de universalizar bienes públicos aún débiles, sino de la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos neoliberales y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales en la Región, como consecuencia directa e indirecta del llamado Consenso de Washington y su agenda de ajuste y cambio estructural (Girón, 2008) (Guillén, 2007).

Aparentemente, los sistemas de salud y el Estado en América Latina y el Caribe, incluyendo a la República Dominicana, acumulan un largo proceso de cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económico-financieros y el complejo político liberal, donde recolocan a los sistemas sanitarios en la agenda

política regional y mundial, pero ¿qué tipo de institucionalidad y organización es la que proponen? Este artículo y otros autores dejan claro las propuestas dominantes y lógicas.

En un contexto restrictivo de las cuentas públicas y de financiamiento de los Estados (Barbeito y Lo Vuolo, 1998), sumarse a la agenda de reformas en cada país también fue una forma de acceder a préstamos internacionales que permitirían financiar la aguda crisis de los servicios públicos y de la seguridad social en los países latinoamericanos. Estos procesos, según Marmot (2008), profundizaron la mercantilización de determinantes sociales para la salud, tales como: el agua y los servicios de salud o la electricidad; mientras que, la capacidad de control y de regulación del sector público iba disminuyendo (Guzmán González, 2009). La salud dejó de tener un carácter de derecho universal, de cuyo cumplimiento el Estado era responsable (ONU, 1949), para convertirse en un bien de mercado que los individuos debían adquirir; esto produjo un cambio de sentido fundamental, ya que la salud dejó de ser un bien público para convertirse en un bien privado de mercado (Laurell, 1995). En este punto, los sujetos pasaron de ser “ciudadanos” a ser consumidores, clientes o usuarios (Testa, 2004).

Como bien lo ejemplifica Almeida (2002): “Este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social. La inspiración conservadora de esta agenda y su forma más radical limitan la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, a fin de superar las desigualdades”.

Durante esta etapa, como lo describen Homedes y Ugalde (2005), los sistemas públicos de salud fueron fragilizados y desfinanciados; además, progresivamente sufrieron embates de desmantelamiento: incorporación de la lógica privada en la esfera de lo público (hospitales de autogestión, y gerenciamientos/tercerizaciones/privatizaciones), desarrollo de autofinanciamiento a través de organismos sin fines de lucro no estatales, progresiva mixtura de fondos públicos transferidos al sector privado (atención en discapacidad y otros) y descentralización de salud que implicó una desresponsabilización de la rectoría de los Estados nacionales, entre otras medidas.

La corriente de reforma dominante de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y el Caribe tuvieron -y tienen- que ver con la expansión de una teoría definida por sus autores como “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1997), y que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud (en el 1981) y con la expansión del aseguramiento a través de las aseguradoras privadas de salud [llamadas Institutos de Salud Previsional (Isapres)] que pertenecen en su mayoría al sistema financiero. Posteriormente, en 1991, concretamente, fue mejorado en el caso de Colombia, como caso emblemático de aplicación (Almeida, 2002). En consecuencia, lo que plantea centralmente este enfoque es una dinámica donde la propia reforma al sistema de salud debe permitir estructurar mercados plurales con competencia regulada en la cobertura y acceso a la atención en salud (Londoño y Frenk, 1997).

Sin embargo, el hecho de abrir un giro decolonial (Maldonado Torres, 2008) de estas teorías y políticas sobre sistemas de salud todavía es un trabajo académico y social en progreso (pendiente) para el Sur global (Basile, 2021).

Lo decolonial -y la decolonialidad- no son planteamientos nuevos, ni tampoco categorías teórico-abstractas. Estos son, desde la colonialización y la esclavización, ejes de lucha de los pueblos sujetos a la modernidad colonial y a la colonización -incluso- de la agenda de política sanitaria y a los modos en que se entiende y aborda el campo de la salud. Así que, descolonizar la teoría y las políticas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, tomando a Catherine Walsh (2008) como referencia, en gran medida significa interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar sus estructuras, concepciones e instituciones.

En definitiva, hay que trabajar en la Región el para qué, el porqué y el cómo ir produciendo un conocimiento descolonizado e innovador sobre los sistemas de salud en el siglo XXI (Basile, 2021). El riesgo siempre radica en el hecho de que sin ciudadanía, colectivización y subjetivación (Fleury, 2009), en una estrategia con horizontes de transformación, de convertir esto en agenda política y social de mayorías (o minorías intensas), esto también puede terminar siendo apenas un conjunto de loables enunciados.

El aporte de Bourdieu y Wacquant (1995), que denominan *reflexibilidad*, capacidad de los agentes o actores sociales de pensar su acción y las propias estructuras en que se enmarca, capacidad de comprensión de su realidad y, por tanto, capacidad para incidir en ella de forma intencional cuando se produce la amenaza de sustitución de su coherencia interna, tanto cultural como identitaria, por nuevas formas de organización socio-política más acorde a los intereses de sectores dominantes (dicotomía dominación/liberación). Por tanto, la reflexibilidad es una dimensión imprescindible para los sujetos subalternos (individuos y pueblos), a la hora de construir los términos y la estructuración de la liberación (comprensión-acción) de una emancipación político-sanitaria.

Ahora bien, enunciar algunos apuntes para la elaboración de una matriz de nuevo pensamiento crítico sobre sistemas de salud en el siglo XXI, para enfrentar la cuestión social en el Sur, requiere asumir y (re)elaborar puntos de partida sobre las adversidades estructurantes de la inacción (y a veces de los propios fracasos nacionales y territoriales), incluyendo la repetición y/o adaptación de teorizaciones del Norte global en el Sur (Basile, 2021).

También se precisa buscar autonomía y soberanía sanitaria (Basile, 2019), dejando atrás la concepción de reformas, reformismos y la dinámica de arreglos institucionales, como tesis fundantes y repetidas, ubicando en este cambio conceptual el punto de partida para repensar los sistemas de salud en el siglo XXI. Entonces, el primer cambio teórico es dejar atrás el concepto reforma, como concepto estructurante para los procesos de transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI (Basile, 2021).

La necesidad de transformación del aparato administrativo del Estado (Poulantzas, 1982), para tornarlo más democrático, intercultural, eficiente, eficaz y orientado a la sociedad, es una demanda universal. Ahora bien, la respuesta a esta demanda está condicionada tanto por el enfoque teórico que guía este cambio, como por las opciones de acción política adoptadas y por la capacidad técnica de los gobiernos para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas.

Debe quedar claro que hay que conocer desde el Sur, para refundar desde el Sur. Es decir, conocer las especificidades e implicaciones geopolíticas de poder y conocimiento sobre los sistemas de salud desde el Sur demarca la necesidad de un nuevo horizonte epistémico y de acción política. Las enunciaciones no pueden continuar girando en torno a la retrotopía de vuelta al pasado o a la reforma regresiva (Basile, 2021).

La refundación configura un nuevo punto de partida, donde se asume que los procesos de gobierno de la esfera pública, incluyendo a los sistemas de salud, son procesos transicionales. Comenzar a construir procesos nuevos, implica la potencialidad y posibilidad de procesos inacabados, complejos y en permanente transición, movimiento y cambio. Asumir el carácter transicional de las políticas, estrategias y cambios para una refundación, implica todo un desafío en la cuestión canónica de correrse de los idearios de que la transformación solo comienza cuando se “llega” al Gobierno, cuando se “enuncia” o simplemente cuando la hace una persona o líder (Santos, 2010).

La teorización sobre la universalización de los bienes públicos, comunes y colectivos, en especial los sistemas universales de salud, significó una revisión crítica de la propia medicina social/salud colectiva latinoamericana (Granda,

2004) en la construcción de un nuevo saber, que tratará a la determinación social de la salud y la vida (Breilh, 2013) como fundamento de las bases del universalismo en el Sur.

Precisamente, en el universalismo eurocéntrico las bases fueron pensadas desde la necesidad de reparación del daño social en la fuerza del trabajo (sociedad), en el tránsito del colonialismo de mercado al capitalismo industrial de mercado, en la distribución universal y vertical de atención médica y en la producción de paz social, evitando conflictos inherentes al capitalismo ante los peligros que significaba el socialismo real en el siglo XX (Basile, 2021).

Para América Latina y el Caribe, la organización de sistemas universales más que un resultado final es una estrategia de afrontamiento de la determinación y las inequidades estructurantes de desigualdad por clase social, etnia y género (Breilh, 2010). Esto parte de la revisión y comprensión, que no es una simple perspectiva médica de universalizar la biomedicina y la salud pública vertical de control poblacional; así como, de “erradicar”, “eliminar”, “vigilar” y “combatir” enfermedades en las poblaciones y personas. Una nueva universalidad que no se presume así misma como verdad única y lógica totalizante, sino intercultural y democrática: la diversidad (Basile, 2021).

El marco teórico explicativo de la teoría crítica latinoamericana sanitaria (Basile, 2020) asumió que un modelo de organización, redes y gestión de salud, que se construye a partir de la universalidad/diversidad, integralidad e interdependencia de los bienes públicos, colectivos y comunes es desde donde más eficazmente se desmercantiza la salud y la vida, y se responde de forma más eficiente a las necesidades de las sociedades complejas e inequitativas que aún reproduce Latinoamérica y el Caribe. La premisa que se mantiene hasta nuestros días es que un sistema integral y universal, como bien público y común, es lo más “seguro” para la salud colectiva de la sociedad (Basile, 2021).

La compleja y heterogénea amalgama de instituciones médicas, servicios sanitarios y capacidades institucionales que generó el proceso de descentralización (para desconcentración y desresponsabilidad neoliberal), hoy quizás sea un punto de partida de fragilidad, pero también un posible desafío para repensar la teorización de sistemas universales en el siglo XXI a través de sistemas locales de salud colectiva (Basile, 2021).

Ahora bien, las trayectorias particulares de abordaje fueron -y son- múltiples. Con avances y retrocesos de acuerdo a escenarios y campos de fuerzas en la Sociedad y el Estado: eliminar barreras de acceso y el *shock* de fondos (en servicios públicos generadores de ciudadanía y distribución del ingreso), potenciar capacidad de atención y respuesta sobre los perfiles epidemiológicos desiguales, priorizar el diálogo intercultural, la participación popular y la equidad de género, y reformar el Estado para transformar el sistema de salud, entre otras.

Sin dudas, la región tiene una historia y unos tejidos de aprendizaje desde dónde pensar y aplicar una nueva teorización de la refundación de los sistemas de salud (Basile, 2021). Y las experiencias históricas en su contexto particular permiten pensar otras direccionalidades de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Por ejemplo, las particularidades emblemáticas de Cuba y su Revolución, con la creación del sistema nacional de salud pública totalmente estatal, con todos los niveles de complejidad, la universalización de atención médica básica y la gran capacidad resolutoria, evidencia los indicadores de resultados más efectivos de la Región en un momento histórico determinado y en una población particular. De su lado, Brasil, con la reforma sanitaria de la década de los 80, incorporó la participación ciudadana en la toma de decisiones y en la gestión de un Sistema Único de Salud (SUS), que hoy día presenta grandes dificultades, pero que responde al 75 % de la población brasileña. En cuanto a los antecedentes de Argentina y Chile, con la creación de sus sistemas y servicios nacionales de salud pública entre las gestiones de Ramón Carrillo y Juan Perón (en la década de los 50), y de Salvador Allende en el caso chileno (en la década de los 60), dejaron sus aprendizajes. En el caso de Costa Rica, la universalización de la

Caja Costarricense del Seguro Social, basada en la construcción de un sistema nacional de salud, tuvo importantes logros en Centroamérica.

En tanto, Bolivia, luego de largos debates nacionales, finalmente llegó a crear un incipiente Sistema Único Público de Salud, con la interculturalidad como dimensión central y con un primer paso progresivo de implementación que fue la garantía de gratuidad en el punto de atención; una revolución sanitaria para un país en el que aún se pagaba para el acceso a los servicios públicos.

En lo que a México compete, en abril de 2019, eliminó el Seguro Popular de Salud: el seguro focal para pobres creado por Julio Frenk, uno de los ideólogos de las reformas neoliberales junto al Banco Mundial. El camino emprendido fue crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), como forma de dejar de subsidiar la demanda, y pasar a financiar -de forma prioritaria- los servicios de salud pública para la recuperación y refundación sanitaria, con una mayor articulación de cara al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este es un proceso abierto actualmente, con tensiones y potencialidades.

En resumen, la resultante fragmentación, segmentación, estratificación y financierización de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, constituye uno de los problemas y determinantes más importantes para lograr efectivamente el derecho a la salud de las(os) trabajadoras(es) latinoamericanas(os) y caribeñas(os), en función de promover procesos de calidad de vida saludables.

MARCO TEÓRICO

2

Este marco teórico no solo permite considerar las teorías y los lentes epistemológicos (Santos, 2011) con los que se está observando el objeto de estudio, sino que define la posición como sujeto investigativo asumido (Horkheimer, 2000). En otras palabras: reflexionar para medir, antes que medir para reflexionar.

En este marco teórico se contemplan diversas teorías y marcos conceptuales que atravesaron todas las etapas del proceso de investigación en este proyecto: desde su concepción de partida, el planteamiento de los objetivos y las hipótesis, y la definición de los instrumentos de recolección de la información y el plan de análisis, hasta los resultados y la discusión.

En este apartado se consideran, entonces:

- 1.** El paradigma y la teoría, desde donde el equipo de investigación aborda, estudia y analiza el campo de la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es), con una breve conceptualización del pensamiento crítico de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericana (Granda, 2004).
- 2.** Las implicaciones del proceso de trabajo y de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en el empleo doméstico, teniendo en cuenta las interseccionalidades críticas para este estudio, tales como:
 - El marco teórico, desde donde pensar y actuar de la epidemiología en el trabajo doméstico, profundizando las implicaciones en el estudio y la investigación de la salud de las trabajadoras;
 - El enfoque de género, los cuidados y la salud colectiva, atravesado por la teoría del feminismo decolonial (Lugones, 2014), especialmente en lo referente a la interseccionalidad; y
 - La teorización sobre la interculturalidad y el diálogo de saberes, para los estudios epidemiológicos en mujeres de clases sociales subalternas, afrodescendientes y migrantes.

2.1 Perspectivas y trayectorias desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana

A través del lenguaje sanitario no solo se describen y transmiten conocimientos, sino que se delimita la actuación, o sea, “el hacer”; las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar las subjetividades, las condiciones sociales de vida y el mundo, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa (Granda, 2004).

La teoría es un movimiento que orienta y organiza la práctica científica, y que puede producir capacidades creadoras, activas, inventivas “de un habitus” y de conocimientos científicos críticos “de un sujeto trascendente, de un agente en acción” (Bourdieu, 1998). Esto implica que el conocimiento epidemiológico, más allá de sus proyecciones técnicas instrumentales, hace parte del poder simbólico, que es el poder de constituir y “de enunciar, hacer ver y hacer creer; de confirmar o de transformar la visión del mundo y, de este modo, la acción sobre el mundo” (Bourdieu, 1998).

La epidemiología es un campo de disputa (Breilh, 2013) sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a relaciones de poder, a intereses sociales y a operaciones de subordinación a un tipo de ciencia positivista, lineal y funcionalizada de cara a ciertos mandatos del sistema mundo contemporáneo.

El proceso crítico de aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida, con producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial, con una deshumanizante exclusión social (Bustelo, 1992) y una destrucción ecológica ecosistémica, que es quizás la marca característica del capitalismo del siglo XXI (Breilh y Tilleria Muñoz, 2009).

Aunque el capitalismo, como sistema social hegemónico imperante, colonizó al ser humano (Escobar, 2007), produjo cambios radicales en sus mecanismos, velocidades y lógicas de acumulación entre mediados del siglo XX y el siglo XXI, con impactos crecientes en el trabajo y dejando profundas huellas y cimientos en las sociedades y Estados latinoamericanos y caribeños.

Para la epidemiología, el metabolismo Sociedad-Naturaleza estructura un proceso socialmente determinado de las formas de vivir, enfermar y morir (Breilh, 2010). Allí donde prima el antropocentrismo implicará que la acelerada destrucción, manipulación y mercantilización de la sociedad sobre lo natural (madre tierra y ecosistemas), genere de forma cada vez más recurrente y rápida complejos procesos de subsunción y subordinación de la naturaleza a las necesidades de acumulación social que producen transformaciones mutuas de la sociedad en el ambiente, y del ambiente impactando a la sociedad.

Entonces, la conexión entre lo natural, lo biológico y lo social, no se reduce a un vínculo externo, a algo “natural” o a algo “catastrófico”, puesto que hay un nexo interno y esencial dado por el movimiento antes descrito.

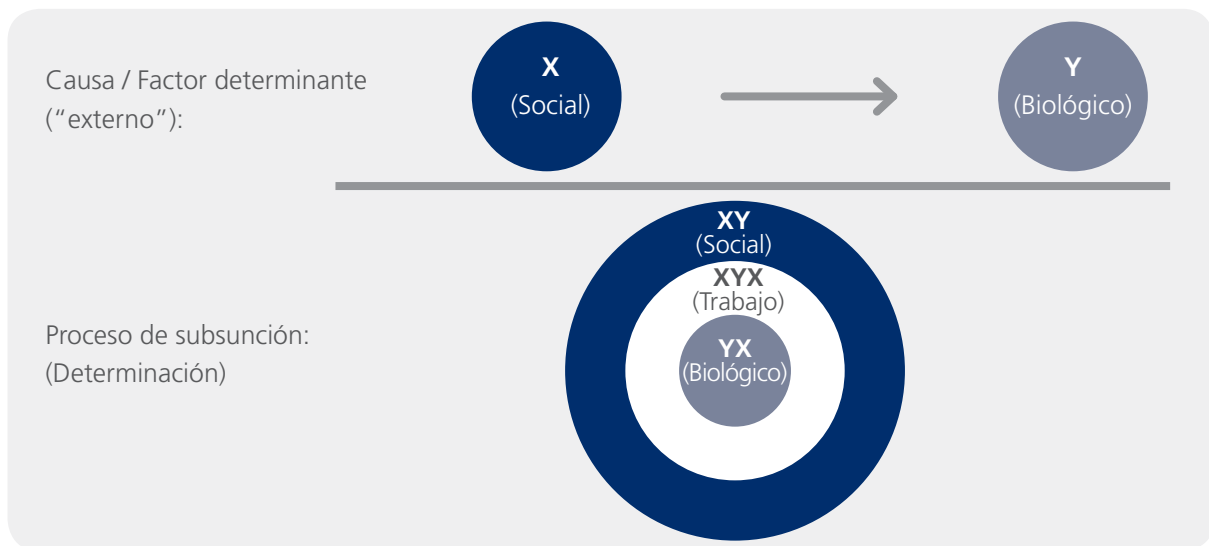
Cabe destacar que los cambios en las dinámicas poblacionales de urbanización malsana y ecológicamente insostenible, en la división internacional del trabajo, en las precarizaciones laborales deshumanizantes, en la pérdida del equilibrio natural de los ecosistemas, en las urbanizaciones caóticas y malsanas, en el uso intensivo de agrotóxicos y

en la contaminación de la tierra y agua; así como en la producción masiva de desechos, en la deforestación crítica, en la cría intensiva de ganado con uso de antibióticos, en los monopolios de cadenas alimentarias; en definitiva, en las territorialidades de acumulación y de desposesión, y en la brutal y acelerada depredación de la sociedad sobre la naturaleza, es quizás la mayor amenaza de hoy día a la salud colectiva.

A partir de esta breve caracterización, la comprensión de la categoría “determinación social de la salud y la vida” es una necesidad clave para el presente estudio.

Según Jaime Breilh (2013): “La salud va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas, y entonces aparece que la relación social-natural o social-biológica ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza”.

GRÁFICO 1. Subsunción de la relación biológico-social



Fuente: Breilh, 1977 y 2010; y Donnangelo, 1982.

El proceso de salud-enfermedad se da en los modos de vivir y trabajar; este tiene determinaciones generales, particulares y singulares, con patrones de relaciones donde lo biológico está subsumido a lo social (Menéndez, 2009). Trabajar en los niveles generales, particulares y singulares son procesos que están concatenados y entrelazados, solo que la ciencia positiva occidental los fragmenta, individualiza y separa por partes para su estudio (Breilh, 2013).

Ciertamente, es importante que en este marco teórico no solo se parta de la necesidad de superar la linealidad y la reducción de la salud como un conjunto de factores aislados y desconectados, sino de un proceso social complejo y multidimensional (Almeida Filho, 2006) que lleva a realizar una revisión crítica de la biomedicina y de la salud pública, para posteriormente resituar las categorías y los marcos conceptuales de la medicina social/salud colectiva y de la epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2013).

En el “Nacimiento de la clínica”, Foucault (2011) ya hablaba de una medicina que se dio como ciencia del individuo y del tratamiento del cuerpo enfermo, basando su éxito de positividad en su engarce con la enfermedad y la muerte;

una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. De su lado, Menéndez (2005) describe a este como un modelo médico hegemónico, o sea, como un modelo epistémico-metodológico que reduce la salud a la causalidad biologicista de la enfermedad, de corte asistencial-curativo y medicamentoso-tecnológico, que logrará hegemonía cultural en la educación sanitaria (Flexner, 1910) y en la vida de las sociedades (Menéndez, 2005).

Ante el éxito de esta biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera que a principios del siglo XX era posible construir una enfermología pública (Granda, 2004), denominada salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones. Con el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal. Este paradigma y esta maquinaria es la que también se encuentra en operaciones de la salud ocupacional; a saber, según Granda (2004):

“Al igual que la medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene. Esta metáfora del Estado, mago y exorcista, sobre el riesgo y la enfermedad pública es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX... El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población, pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no solo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa”.

Para Granda (2004) las características de la salud pública convencional, a la que denominará enfermología pública, son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, como punto de partida para la explicación de la salud;
- El método positivista, para explicar el riesgo de enfermar en la población; y el estructural-funcionalismo, para comprender la realidad social; y
- El reconocimiento del poder del Estado, como un mago de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y el control de riesgos; con los presupuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.

Esta salud pública convencional fue colonizada por el gobierno de la biomedicina (Basile, 2020a). Las categorías de “lugar”, “tiempo” y “persona” todavía se utilizan como piedra basal de las medidas cuantitativas de frecuencia (tiempo) y de la distribución de una epidemiología del siglo XX. Esto sigue sometiendo al pensamiento de la salud pública convencional a un encuadre empirista que produce un congelamiento de los procesos de salud-enfermedad como fenómenos esencialmente individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos que se registran como un conjunto de eventos aislados y sueltos: contar enfermos y muertos, e identificar factores de riesgo (Breilh, 2013).

Esta visión que permea los sistemas, servicios y programas de salud pública refleja -en los establecimientos sanitarios- instrumentos de atención centrados en la carencia o en las pérdidas físico-biológicas individuales, focalizados en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos (Menéndez, 2005).

Estas categorías de análisis y de escalas de observación y registro son importantes de comprender, ya que producen una interpretación reduccionista de los procesos salud-enfermedad de la sociedad, de los grupos y poblaciones; así como de los modos de vivir y trabajar, con sus intersecciones por clase social, etnia y género. Estas (im)compresiones

impactan directamente en los sistemas de información en salud al volcar fuentes secundarias consolidadas de registros clínico-individuales de servicios, de establecimientos sanitarios y de riesgos laborales. Es decir, todos los registros transformados en informaciones en salud, desde la captación de atenciones individuales-curativas, con la inexistencia o incapacidad de la pretendida notificación de forma sistemática y vertical como forma de estudiar y comprender la información de los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir (Breilh, 2013). Esto así, obviando el monitoreo de los procesos de trabajo y de la salud colectiva en las territorialidades latinoamericanas y caribeñas.

La medicina social y la salud colectiva (Almeida Filho y Silva Paim, 1999) sostuvo durante décadas que la salud era un proceso social históricamente determinado, y un movimiento dialéctico con niveles y dimensiones en lo general, particular y singular. Es decir, aunque el proceso de salud-enfermedad-atención es fruto de las relaciones y dinámicas sociales, de cómo se vive y trabaja, y de la subsunción de lo biológico en lo social, aún prima la idea de una salud como un “estado” individual, estático, pasivo y asistencial (Menéndez, 2005).

El conocimiento de la determinación social de la salud, como fenómeno multidimensional que abarca procesos generales de la sociedad y del metabolismo socio-ambiental, como los particulares procesos de los modos de vivir y trabajar de distintos grupos sociales, y como los estilos de vida familiares e individuales, implica una ruptura con el modelo histórico biomédico-salubrista liberal (Breilh, 2013).

La medicina social (Iriart et al., 2002) y la salud colectiva latinoamericana (Almeida Filho y Silva Paim, 1999) constituyen un campo de conocimiento y práctica que se ha desarrollado desde los años 70 en la región de Latinoamérica y el Caribe, pero que aún es poco reconocido entre quienes ejercen, se forman u operan en el campo de las ciencias de la salud y en la epidemiología.

La medicina social y la salud colectiva latinoamericana nace de expresiones críticas al modelo de la biomedicina hegemónica (Menéndez, 2005) como puramente “biologicista”, donde la clínica aparece como la única forma de producir cuidado y que privilegia la atención asistencial-curativa con respuestas medicamentosas tecnológicas; además, dicho modelo hegemónico en los últimos 50 años ha estado fuertemente vinculado al lucro y a la acumulación de capital, generando un imponente mercado a partir de las enfermedades y la salud de las personas.

GRÁFICO 2. Niveles de análisis y explicación del proceso de salud-enfermedad



Fuente: Elaboración propia en base a Breilh (2013).

La medicina social (Iriart et al., 2002) y la salud colectiva latinoamericana (Almeida Filho y SEn investigación sanitaria, este modelo de la biomedicina construirá un andamiaje sobre la centralidad de la investigación clínica

experimental, como única forma del saber científico en el campo y como una medicina basada en las evidencias, y posteriormente políticas basadas en evidencias que, como Jaime Breilh (2010) expresa, son evidencias “a la carta” de los intereses del complejo médico farmacéutico global. El paradigma de la medicina social partió de una mirada diferente a la crisis de la salud pública tradicional de las décadas de los 60 y los 70, y al paradigma del desarrollismo latinoamericano, bajo el cual la salud pública se había transformado en una enfermología pública (Granda, 2004) debido a que el Estado fue empobreciendo sus atribuciones, capacidades creativas y objetivos estratégicos referidos a la salud de las sociedades.

La medicina social nace de ese encuentro entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, que se desarrolló por la “formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y estudiantes, y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los 60 en América Latina y el Caribe” (Iriart *et al.*, 2002).

Bajo este contexto, actores importantes fueron profesionales, tales como: Juan César García, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez (desde la propia OPS); así como académicos e investigadores que participaron políticamente en sus sociedades, por ejemplo: Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Jaime Breilh, Sergio Arouca, Rojas Ochoa, Mario Testa, Saúl Franco, Catalina Eibenschutz, Pedro Luis Castellanos, Oscar Feo y Donnagelo, entre otros. Este proceso crítico en el campo de la salud se vigorizó en Brasil, México, Ecuador, Argentina, Colombia, Cuba, Venezuela y en otros países de la Región.

Este paradigma dinamizó un conjunto de instancias de formación de grado y posgrado en universidades del Continente. Impulsó reflexiones, aportes teóricos y praxis referidas a la salud poblacional, la epidemiología, los sistemas y políticas de salud, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; y también se ocupó de la salud internacional, la planificación y el pensamiento estratégico en salud, la interculturalidad, la violencia, los procesos de trabajo y la gestión en salud, entre otros temas.

La medicina social y la salud colectiva asumen un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado; a partir del análisis de los modos de vivir, históricamente estructurados por clase social, etnia, género y perfiles epidemiológicos, cuestiona la estructura de propiedad, de acumulación y de las políticas de Estado reproductoras de inequidades.

En este sentido, tal paradigma (Samaja, 2007) permite conceptualizar procesos sociales complejos, como el proceso de trabajo en sus vinculaciones con la salud colectiva; por lo cual, a lo largo de este estudio, adoptaremos algunas nociones conceptuales y técnico-políticas tomadas del enfoque de la medicina social/salud colectiva como base de este análisis. A continuación, se explican dos categorías de análisis sustanciales, que son fundamentos conceptuales claves para este trabajo de investigación:

- La salud comprendida como proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). La medicina social conceptualiza la salud-enfermedad (Castellanos, 1990) como fruto de un proceso social histórico dinámico y dialéctico, con dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales, ambientales y, por supuesto, también biológicas. Es decir, se aleja de las categorías de la “salud” como un “estado” (Canguilhem, 1997) de equilibrio (estático) y de la dicotomía de presencia y ausencia de enfermedad como una situación “monocausal” y recupera una mirada colectiva-poblacional, que confronta la visión individual y clínica de la biomedicina (Menéndez, 1990). Asimismo, gracias a los aportes de la antropología médica y la sociología

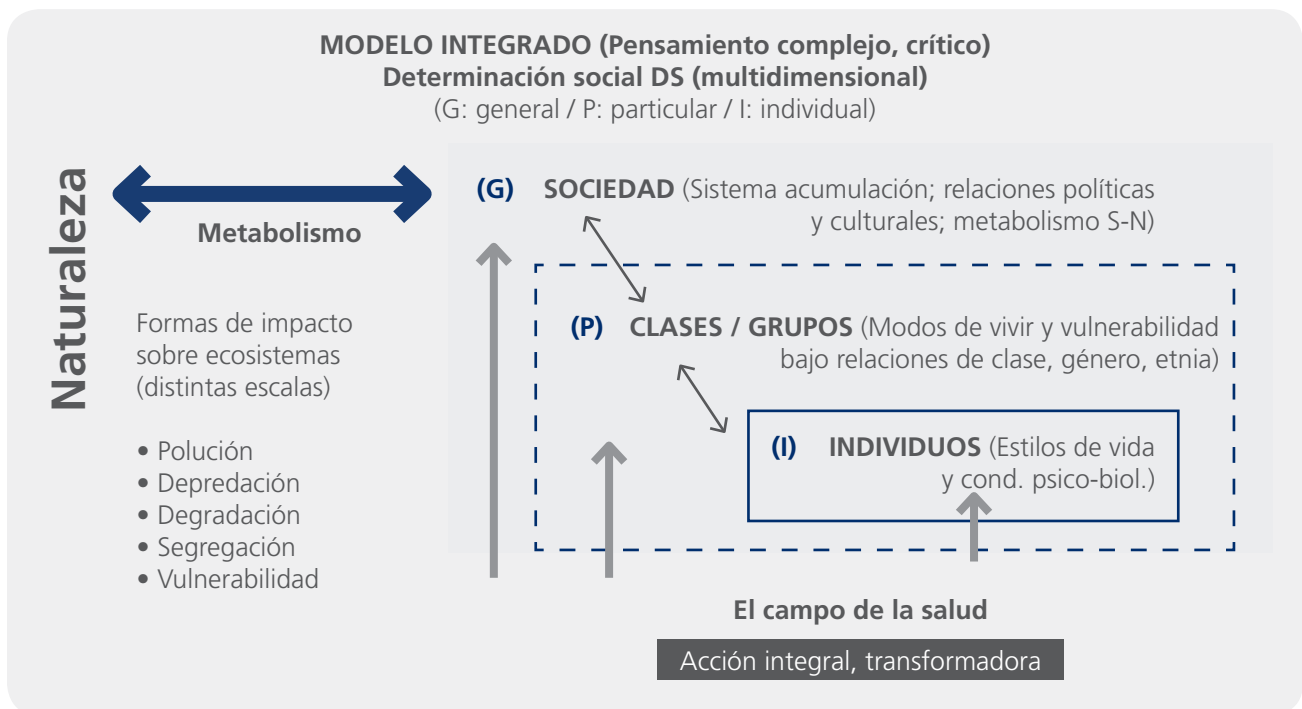
de la salud, la salud colectiva se concibe como un campo relacional, determinado por las relaciones de reproducción social en nuestras sociedades; un proceso social, a decir de la sociología.

- La determinación socioambiental de la salud: las condiciones sociales e históricas, que incluyen relaciones de poder, son consideradas como determinantes estructurales de la salud colectiva de los grupos sociales de estudio; es decir, existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar, analizar y comprender las dimensiones del mismo. Analizar las determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, por su complejidad, supone mucho más que incluir la “variable” nivel socio-económico o educativo en los estudios multicausales de riesgo (Breilh, 2008); en vez de esto, se trata de buscar los factores determinantes (de diversos tipos) y someter a un debate crítico a la epidemiología clásica, a sus diferentes paradigmas (unicausalismo o multicausalismo) y a sus concepciones lineales, trabajando por crear una nueva epidemiología denominada por algunos como crítica o sociocultural (Urquía, 2006).

La definición de salud colectiva, que sirve de base a este estudio, sigue la conceptualización de Jaime Breilh:

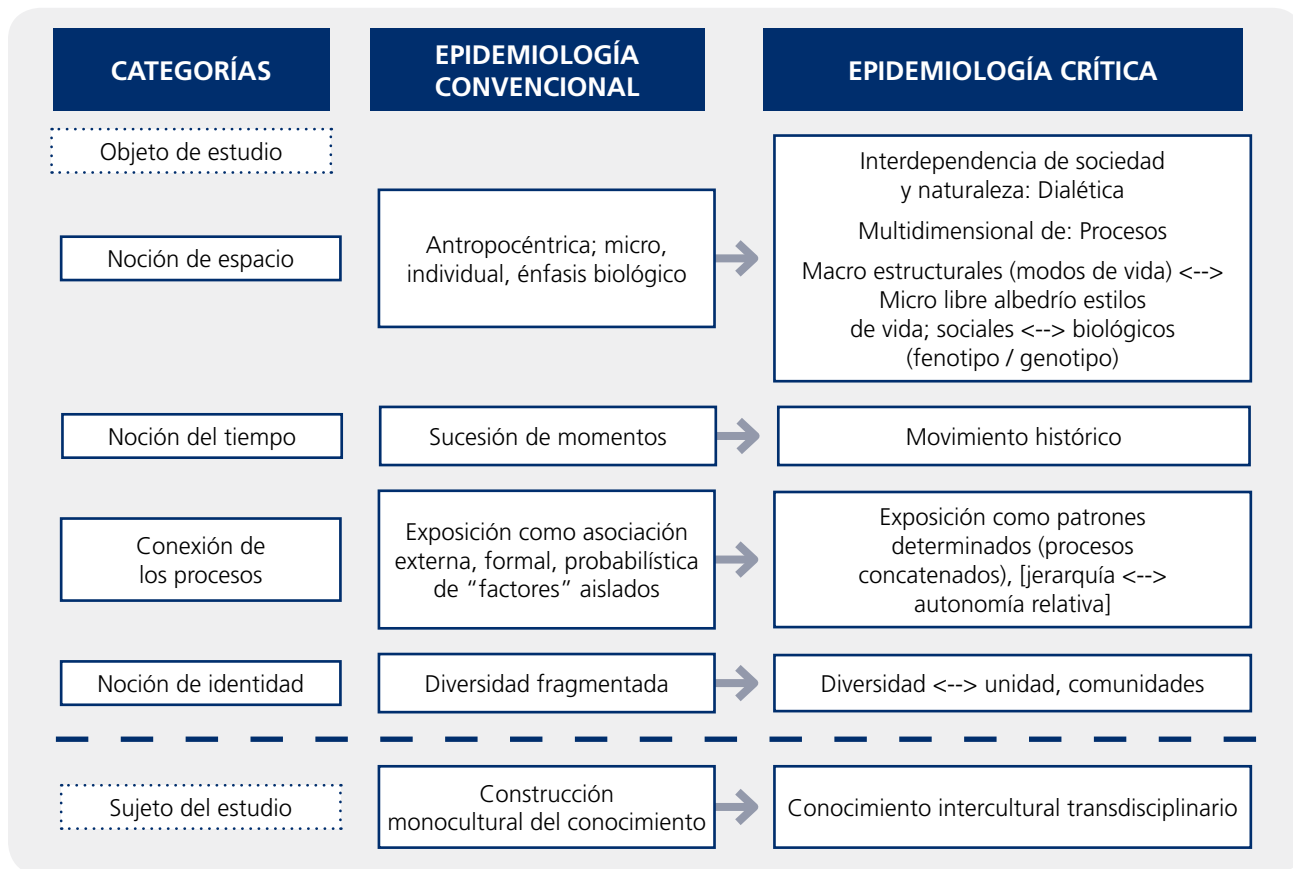
“La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales [...] considerando la reflexión sobre la determinación social de la salud, debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replanteo de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas, y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas”.

GRÁFICO 3. Modelo integrado de determinación social de salud



Fuente: Breilh (2013).

GRÁFICO 4. Epidemiología crítica latinoamericana: breve sistematización de sus contribuciones metodológicas (década de 1970 hasta el presente)



Fuente: Breilh, 2003; y Urquía, 2006.

2.2 Implicancias de la investigación sobre la salud de las(os) trabajadoras(es)

La investigación epidemiológica en la salud de las(os) trabajadoras(es) es uno de los campos centrales del estudio del proceso de trabajo y del proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, en el campo de la epidemiología cuenta con escasa promoción científica en América Latina y el Caribe.

Esto se explica por las características económicas, políticas y sociales de la expansión del capitalismo mundialmente periférico en la Región, cuestión que parece agravarse por el papel asignado a nuestros países en la nueva división internacional del trabajo como proveedores de mano de obra barata y receptores de procesos productivos nocivos (Feo Istúriz, 2010). Claro está, entrelazando esto con las herencias coloniales del orden jerárquico superior-inferior que implicó exterminio, esclavitud, racialización y servidumbre de lo indígena y negro; y con por las clasificaciones eurocéntricas de la modernidad (Lugones, 2008). De hecho, hasta el propio Sigerist (2007), desde el Norte global, sostiene que la baja atención en conocer este tema viene desde la época antigua donde los principales afectados eran los esclavos, quienes eran la fuerza de trabajo, y no las clases esclavistas.

El trabajo constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de los individuos y colectivos, aunque también es fuente de accidentes, enfermedades y sufrimiento, que pueden dañar la salud, el cuidado y la protección de las(os) trabajadoras(es) (Betancourt, 1994).

La historia de las relaciones de empleo, así como del proceso de trabajo y del de salud-enfermedad, hace referencia intrínsecamente a las asimetrías de poder dentro de un conflicto estructurante entre el capital y el trabajo (Marx, 1975). Las relaciones de empleo atravesadas por inequidades de clase social, étnica, género y estatus migratorio, determinan las condiciones de trabajo proximales de reproducción social bajo la maximización de rendimiento laboral, acumulación acelerada de lucro-beneficios y desgaste de la vida.

Antes de desarrollar el marco teórico para una investigación en salud de las(os) trabajadoras(es) (Betancourt, 1994) y una epidemiología crítica del trabajo (Breilh, 1992), cabe enfatizar que al tiempo que la teoría ordena y conduce la investigación, se pone a prueba en esta. Es decir, la construcción teórica del objeto de conocimiento permite determinar qué estudiar y por qué. Sin embargo, no resuelve automáticamente el cómo investigar, o sea, cómo construir el proceso de investigación. Aunque resulta evidente la necesidad de mantener coherencia entre el planteamiento teórico y el metodológico, en este caso el objeto de conocimiento proceso de trabajo-proceso salud-enfermedad lo sitúa en múltiples intersecciones críticas.

El planteamiento epistemológico del modelo obrero (Oddone, 1977) resulta clave para un estudio epidemiológico situado al comprender que es imposible acceder al conocimiento sobre el mundo del trabajo y la salud si no es a través de la propia experiencia obrera de las(os) trabajadoras(es). La noción de que solo "lo vivido es real" permite asumir la importancia de la participación protagónica, libre e informada de las(os) trabajadoras(es) en la realización de un estudio; siendo tan clave como que tengan una organización mínima para garantizar que las propias aportaciones de la investigación puedan transformarse en acciones con base en el conocimiento colectivo producido (Laurell *et al.*, 1990).

Así acceder directamente a las dinámicas vivas del proceso de trabajo y la representación de la salud colectiva que tienen las(os) trabajadoras(es) sobre los modos de trabajar, enfermar o morir parte de una opción epistémico-metodológica-política como sujeto investigativo. Por eso, al asumir esta trayectoria del proceso investigativo, no se trata, muchas veces, de hacer el diseño ideal, sino el diseño factible. Por ende, el primer problema de la investigación se refiere al acceso libre del(a) investigador(a) a los espacios de trabajo, a las(os) trabajadoras(es) y a las propias fuentes de información primaria (Laurell *et al.*, 1990).

El principio nodal del modelo obrero para producir conocimiento sanitario supone el papel protagónico de las(os) trabajadoras(es) tanto para conocer sus condiciones de trabajo y de salud, como para transformarlas. La no delegación es un principio de la acción obrera, en tanto corresponde a ellas y ellos decidir, desarrollar y evaluar objetivos, estrategias y acciones de lucha en defensa de su salud colectiva (Laurell *et al.*, 1990). En otras palabras, una epidemiología del trabajo situada desde y con las(os) trabajadoras(es).

En ese sentido, se muestra un panorama difícil en la Región: además de la amenaza del desempleo y la inestabilidad laboral, son numerosas las denuncias acerca del empeoramiento de las condiciones laborales con intensificación del horario y jornadas flexibles, la disminución de tiempos de descanso, la falta de protección en el trabajo e incluso la disminución de ingresos y la racialización de tareas, entre otras.

Específicamente, el modelo obrero y una epidemiología crítica del trabajo (Breilh, 1992) permite recuperar y sistematizar una experiencia y un saber colectivo en torno al trabajo y a la salud que, de otro modo, se fragmenta

y diluye en las individualidades. Si el taylorismo logró la expropiación del saber de las(os) trabajadoras(es) por la vía de la fragmentación, la repetición y la desvinculación del proceso y de la tarea, la discusión colectiva permite recomponer ese saber como integración del quehacer del grupo; esto es, integración de un saber técnico -saber hacer-, pero también de un saber cultural y político -saber ser- (Laurell y Noriega, 1989).

Ahora bien, para comprender el marco de referencia por el cual la medicina social y la salud colectiva (Granda, 2004) establecen que el “trabajo” es una determinación principal de la dinámica del proceso salud-enfermedad colectivo, es necesario primero profundizar en la concepción del trabajo y luego analizar su relación con la salud colectiva y humana (Laurell y Noriega, 1989).

Como Fassler (1978) lo plantea, el estudio de la salud de las(os) trabajadoras(es) parte de que el trabajo es una categoría social y, por ende, debe ser tratada como tal en sus determinaciones múltiples y no solo como un factor de riesgo ambiental o biológico. Dado el lugar central que ocupa el trabajo en cualquier sociedad, parece innegable que tiene que ser un concepto clave en todo intento estructurado de explicar los orígenes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Laurell (1978) considera que el carácter social y colectivo del trabajo bajo el capitalismo periférico, propone que el análisis del trabajo tenga validez únicamente si se analiza el proceso de trabajo a nivel de la sociedad en su conjunto. Este nivel de abstracción, no obstante, no ofrece los instrumentos necesarios para explorar cómo las partes están articuladas en un movimiento de totalidad.

Según Marx (1975) el trabajo es un proceso consciente por medio del cual el ser humano se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida. En definitiva, la comprensión del trabajo y del proceso de trabajo, debería ser estudiado bajo qué relaciones sociales ocurren y se producen, se distribuyen y apropian. El materialismo histórico (Marx, 1982) permitirá comprender la categoría “trabajo” como inherente al ser humano, la sociedad, la producción (proceso de valorización) y el consumo; así como, las diferenciaciones entre el trabajo abstracto y el trabajo concreto, entre otras.

La producción de la vida material que siempre se desarrolla dentro y por medio de una forma particular de sociedad ocurre en el proceso de trabajo. El trabajo, entonces, es básico para toda vida social, dado que su reproducción es imposible sin él. Este, sin embargo, es el nivel más abstracto de comprensión del trabajo y del proceso de trabajo, dado que no se especifica bajo qué relaciones sociales ocurre.

En este sentido, incorporar el concepto “proceso de trabajo” constituye un primer movimiento epistémico clave. Es el proceso social base de toda sociedad, dado que en él se producen, bajo una determinada relación entre las(os) seres humanos o grupos humanos, los bienes necesarios para la vida. Además de remitir al devenir de un proceso social, el concepto “proceso de trabajo” permite realizar un análisis de la producción social de la salud-enfermedad humana determinada socialmente en el trabajo.

Significaciones negativas del trabajo como explotación, degradación y subordinación del ser humano a la inferiorización, jerarquización de clase social, étnico-racial o de género; también podría implicar al trabajo desde significaciones dignificantes de una realización plena de disfrute, creación y reproducción de la vida saludable.

Es así porque ubica en el encuentro entre lo natural, lo social y lo biológico en cuanto el proceso de trabajo es el proceso mediante el cual el ser humano entra en contacto con la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo

(Marx, 1975); en nuestras sociedades solo se concreta bajo determinadas formas históricas generales, particulares y singulares. Para nuestros propósitos interesa analizar la forma que asume en las sociedades capitalistas periféricas coloniales dentro de un sistema-mundo que reproduce divisiones internacionales del trabajo y de un proceso de producción capitalista global de geopolítica centro-periferia que impacta en los modos y estilos de vida (Breilh, 2013) (Rifkin, 2002).

En la sociedad capitalista, la posibilidad de realización plena del ser humano por medio del trabajo se pierde, se reduce y limita (Engels, 1965). El producto, "la cosa", reemplaza al ser humano, él(ella) mismo(a) es cosificado(a). La obtención de una producción en el menor tiempo posible, al menor costo posible y con los mayores márgenes de ganancia del patrón (materiales, simbólicos o reproductivos) son los aspectos que determinan este tipo de proceso de trabajo. El determinante fundamental del proceso laboral productivo y reproductivo bajo el capitalismo mundialmente periférico es el que se organiza para crear el máximo de plusvalía, bajo premisas de acelerada explotación y colonialidad.

En la sociedad capitalista periférica predomina la parte productiva deshumanizante del proceso productivo-reproductivo de la vida social. Esto quiere decir que el proceso de trabajo es un proceso técnico a través del cual se producen bienes y servicios y, también, un proceso social, el de valorización del capital; esto es, un proceso en el cual las(os) trabajadoras(es) crean una plusvalía que finalmente no es más que la ganancia del capital acumulable. Esta naturaleza doble, técnica y social del proceso de trabajo tendrá algunas consecuencias de relevancia para el problema en estudio. Así que, el proceso laboral se desarrolla en medio de la lucha de clases, y donde el dueño del capital se ve obligado a afinar las formas de control sobre las(os) trabajadoras(es) que se ejerce por medio de las formas organización del proceso de trabajo, los tipos de tecnología utilizada y las desprotecciones, entre otras.

Por un lado, el proceso de trabajo expresa la relación entre el trabajo, los medios de trabajo y el objeto de trabajo; y por el otro, abre la posibilidad de estudiar el carácter histórico del trabajo. El concepto de proceso de trabajo resume, además, dos características fundamentales de cualquier producción: la de tener un aspecto esencialmente técnico -el proceso laboral- y otro social.

El primer elemento que debe ser tomado en cuenta en el análisis de cualquier proceso de trabajo particular son, entonces, las expresiones concretas de las relaciones de clase social y el grado de control relativo que las(os) trabajadoras(es) ejercen sobre ese proceso de trabajo en sí y para sí. Por supuesto, como en este marco teórico se trabajan otras dimensiones, los órdenes jerárquicos étnico-raciales y varón-mujer se encuentran intrínsecamente entrelazados como opresiones a lo antes descrito.

Por ejemplo, el taylorismo sentó sus bases en la racionalización y organización científica del trabajo (Taylor y Fayol, 1981). Así que, se caracterizó por la disminución del tiempo muerto que se producía en los momentos de ocio del trabajador(a) y por la intensificación del trabajo sin desarrollo tecnológico. Para tales fines, sus principales estrategias fueron el estudio sistemático de los tiempos y movimientos, el pago por rendimiento, el control y disciplinamiento de los trabajadores a través de premios y castigos, y la división del trabajo que separaba las tareas de concepción de las de ejecución (Neffa, 1999). El fordismo agregó al proceso de trabajo taylorista algunas innovaciones, realizadas por Ford (1863-1947) en su empresa, que luego se expandieron al resto del sector industrial. Este proceso productivo se caracterizó por la división social y técnica del trabajo, posibilitada por la cadena de montaje como innovación tecnológica; además, permitió la producción en serie y la eliminación del tiempo muerto al fijar al trabajador a su puesto de trabajo. Así, el taylorismo, y posteriormente el fordismo, se caracterizaron por la simplificación e intensificación del trabajo con escaso desarrollo tecnológico y por la aplicación de mecanismos verticales de disciplinamiento de los trabajadores (Neffa, 1999) (Fayol, 1937).

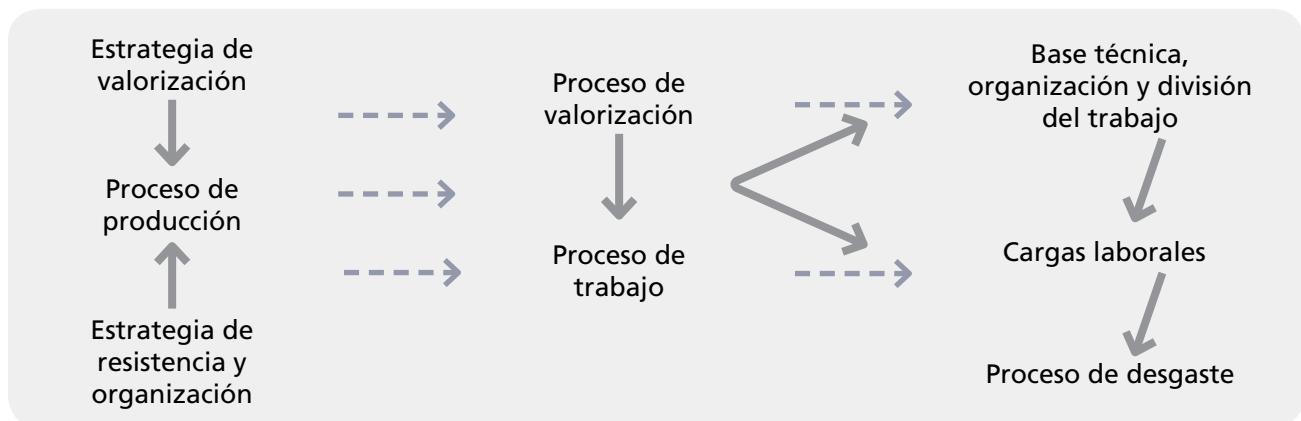
El estudio del objeto de trabajo debe tomar en cuenta las propiedades físicas, químicas y biológicas, dado que pueden significar procesos destructivos dañinos para la salud, cosa que es conocida tanto con los objetos naturales, como con los artificiales, que se utilizan en el trabajo. La transformación de un objeto en un objeto de trabajo, sin embargo, está socialmente determinada; este hecho es importante, porque las exigencias de la producción capitalista periférica (Rifkin, 2002) pueden convertir en objetos de trabajo, objetos que son sumamente peligrosos para la salud y la vida, sin más consideraciones que las del lucro y/o las necesidades de producción/reproducción del patrón.

Los objetos de trabajo, como la materia bruta o la materia prima (principal o secundaria), también pueden representar un riesgo en sí mismos o por las transformaciones que sufren durante el proceso de trabajo. La actividad que realizan las(os) trabajadoras(es), es decir, el trabajo mismo y la organización y la división existentes en un proceso laboral específico, imponen una serie de condiciones y “requisitos” que deben satisfacer: el trabajo nocturno, trabajos pesados, trabajos de repetición, etcétera.

Los instrumentos, o los medios de trabajo, pueden ser analizados en términos de su sofisticación técnica y como la expresión de determinadas relaciones sociales. El primer aspecto nos informa respecto al esfuerzo físico necesario para la ejecución del trabajo, al riesgo implicado en la interacción entre las(os) trabajadoras(es), al instrumento y al objeto, y al grado de control que las(os) trabajadoras(es) pueden ejercer sobre el instrumento; este último aspecto está directamente relacionado con los instrumentos de trabajo, como expresión de las relaciones sociales que los crearon. Cabe destacar que los instrumentos de trabajo creados bajo el capitalismo periférico, por ejemplo, tienen como característica imponer al trabajador una forma especial de trabajar que no es simplemente de explotación, sino cuasi de servidumbre -como será problematizado más adelante-. Esto significa, que el modo de producción determina el ritmo de trabajo y la (des)protección laboral, y limita el poder relativo de decisión de las(os) trabajadoras(es).

Según Laurell y Noriega (1990), los dos procesos de valorización/trabajo que pueden ser conceptualmente desdoblados (Ver esquema “Proceso de trabajo”), permite analizar la relación entre ambos. En este análisis se descubre que las necesidades del proceso de valorización son el determinante principal de la estructuración específica del propio proceso laboral; no obstante, dado que el proceso de producción se realiza en un campo de conflicto entre capital y trabajo, otro de los determinantes de la conformación del proceso de trabajo concreto es construir teóricamente las mediaciones entre el proceso laboral y el proceso salud-enfermedad colectivo, donde aparecen los conceptos de carga laboral y proceso de desgaste (Laurell y Noriega, 1989) que se desarrollan luego.

CUADRO 1. Esquema de proceso de producción, de trabajo y valorización



Fuente: En base a Laurell y Noriega, 1990.

La manera más común de tratar el trabajo en este contexto es, por así decirlo, trasplantarlo del ámbito de la producción al ámbito del consumo. Es decir, se considera el trabajo en cuanto generador de recursos que determina una forma particular de satisfacer necesidades. El gran número de estudios sobre ingreso y otros factores socioeconómicos y diferenciales de enfermedad, atestiguan lo común de esta conceptualización. Este desplazamiento ideológico de la producción al consumo obviamente no ocurre por azar en las sociedades que están organizadas alrededor del principio de la explotación del trabajo ajeno (Betancourt, 1994).

En definitiva, el concepto de proceso de trabajo permite el análisis a diferentes niveles de abstracción y estudio: como proceso de trabajo en general, como proceso de trabajo de determinado modo de producción, como proceso de trabajo de determinada formación social y como un proceso de trabajo concreto (Breilh, 1992).

2.3 De la medicina del trabajo y la salud ocupacional hacia la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es)

En la investigación de la medicina del trabajo y la epidemiología ocupacional tradicional se plantea como problemática básica identificar los factores de riesgo -generalmente físicos o químicos o ambientales- presentes en el ambiente de trabajo que pueden provocar daños específicos en la salud (enfermedades) y a través de qué mecanismos se pueden prevenir esos riesgos o mitigarlos. Aquí prima la hipótesis de que se necesita que la fuerza del trabajo se mantenga activa dentro del proceso de trabajo para la reproducción del mismo.

En este caso, la interrogante es si el factor de riesgo X genera la enfermedad Y, y bajo qué condiciones. En consecuencia, utiliza un procedimiento metodológico basado en sucesivas reducciones del objeto de estudio hasta deducir una relación empírico-analítica (Breilh, 2013). Por ende, la medicina del trabajo (Kaplan, 1976) solo se remitirá a un marco conceptual biomédico de tratamiento del cuerpo enfermo, como una máquina corporal que tiene problemas internos y/o externos a reparar para volver cuanto antes al proceso de trabajo.

El estudio de la relación entre salud y trabajo desde esta perspectiva implica explorar dos dimensiones del problema: la técnica, tradicionalmente desarrollada por los expertos de salud ocupacional; y la conceptual, que es indispensable para la reformulación sobre una base distinta del problema de la salud. El pensamiento clásico de la salud ocupacional universalizó una comprensión del "trabajo" como un problema de exposiciones a riesgos ambientales y corporales, basándose en que se expone a las(os) trabajadoras al contacto con agentes químicos, físicos, biológicos y psicológicos que le causan accidentes o enfermedades o padecimientos (Laurell y Noriega, 1990).

La salud ocupacional, como lo analiza Betancourt (1995), se sustenta en las teorías empiristas y fenoménicas del positivismo y del estructural funcionalismo, considerando al trabajo como un simple factor externo productor de enfermedades y accidentes, que se apoya en los principios de la clínica y de la epidemiología tradicional; concentrando las investigaciones en el plano fenoménico de la asociación causal entre el agente y la enfermedad; y desconociendo la complejidad de las determinaciones y relaciones de la totalidad social. A esta parte se adicionan las asociaciones causales del agente y la enfermedad, como exposiciones; en tanto, Leavell y Clark, sustentan la interacción entre el agente, el huésped y el ambiente, para la ocurrencia biológica de la enfermedad a nivel individual y la distribución grupal (suma de individuos).

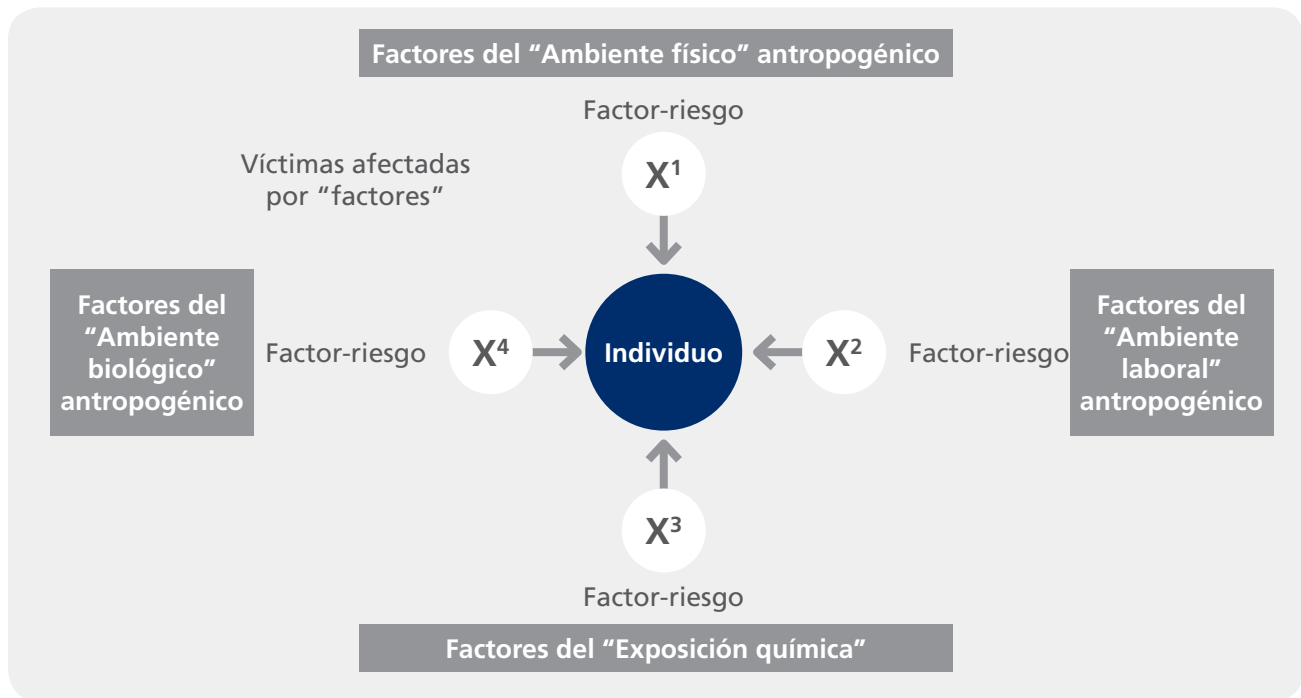
La salud ocupacional considera al trabajo como un elemento secundario en la vida del ser humano, despojado del carácter social e histórico. Según esta perspectiva, se reduce a un factor ambiental externo al ser humano que contiene agentes capaces de ocasionar una variedad de posibles accidentes y enfermedades. Además, se considera la influencia negativa del trabajo sobre la salud como algo “natural” que pueden tener variaciones en lugar (distribución), tiempo (frecuencia) y persona (caso). (Breilh, 1992).

La idea de que los determinantes y condicionantes de la salud-enfermedad se circunscriben en el agente y el ambiente como factores “externos” al ser humano, y el proceso de trabajo y la sociedad, reduce el propio proceso de trabajo a una “externalidad” y a un factor neutro referido exclusivamente al ambiente. El agente puede ser nutricional, químico, físico o biológico. Aquí se borran los procesos, los orígenes o la historia del proceso social de trabajo y los procesos de salud-enfermedad. (Tovar, 2018).

En conclusión, la posibilidad de los riesgos impuestos por las circunstancias, o aquellos que son elegidos en algunos casos, fundantes de enfoques reduccionistas, tienen implicancias negativas tanto para el campo del saber como para los métodos y técnicas de intervención en el trabajo y la salud.

Como lo plantea Asa Cristina Laurell (1978) en su estudio inicial, si la enfermedad se conceptualiza como un fenómeno biológico que ocurre en el individuo, sus causas deben ser agentes capaces de desencadenar procesos biológicos (factores). Esto lleva a que las únicas enfermedades del trabajo son las que pueden ser derivadas directamente de agentes biológicos, físicos o químicos involucrados en el proceso de trabajo técnico. Una vez que se acepta este punto de vista y el marco teórico, la lucha entre trabajo y capital, cuyos resultados en general se plasman en la propia legislación laboral, se refiere a si tal o cual agente/factor causa enfermedad o no. El asumir un punto de vista diferente implica cuestionar no solamente el lado técnico del proceso de trabajo, sino sus determinaciones sociales.

GRÁFICO 5. Fragmentación en factores de riesgo del proceso de trabajo (Teoría de salud ocupacional)



Fuente: Elaboración propia en base a Breilh (2003).

Esta teorización reproduce un marco tradicional de interpretación anclado en la biomedicina clínica (Lee, 1964) que observa a la enfermedad como un fenómeno biológico que ocurre en el individuo, con agentes causales y factores de riesgo. Así Betancourt (1994) lo ejemplifica en la triada ecológica de Leavell y Clark (1958) para el trabajo:



Fuente: Elaboración propia en base a Leavell y Clark (1958).

CUADRO 2. Comparativa entre medicina del trabajo, salud ocupacional y salud colectiva de los(as) trabajadores(as)

Teorías (explicación) Matriz (intervenciones preocupaciones)	MEDICINA DEL TRABAJO	SALUD OCUPACIONAL	SALUD COLECTIVA DE LAS(OS) TRABAJADORAS(ES)
Modelo de atención	Biomedicina en el trabajo. Centrado en la asistencia y curación de las enfermedades. Curación de fuerza de trabajo.	Epidemiología de factores de riesgo en el trabajo. Prevención de riesgos nivel individual y productivo.	Epidemiología del proceso de trabajo y proceso salud-enfermedad. Transformación condiciones de trabajo (clase social-étnia-género).
Objeto de estudio	Enfermedades	Riesgos	Proceso de trabajo y salud (carga laboral, desgaste y explotación)
Actores del campo	Médico/a – Personal sanitario	Unidad Técnica de Salud Ocupacional y delegados/as de “Seguridad e Higiene” (patrones-trabajadores)	Redes de Salud de las(os) trabajadoras(es). Organización de las(os) trabajadoras(es) (es decir, trabajadores, universidades/ academias, sindicatos...).
Rol del Estado y Sistema de Salud	Clasificación de enfermedades por actividad económica-laboral. Residual.	Aseguramiento privado de riesgos laborales (seguros individuales de riesgo). Aseguradoras. Gerenciar y monetizar riesgos.	Agencia pública de Salud y Trabajo. Investigación para la transformación del proceso de trabajo y la vida (modelo obrero). Trabajo vivo.
Estrategias preventivas-promocionales	Medidas individuales Asistir y curar.	Medidas grupales como sumas de individuos. Controlar, reducir y mitigar.	Medidas colectivas (como grupo/clase/colectivo). Monitorear y transformar.
Perspectiva de género e Interseccional	No. Distribución y frecuencia por sexo.	No. Distribución y frecuencia por sexo.	Sí. Relaciones de poder y jerarquías social-colonial-género-etnia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Basile; Programa Salud Internacional, FLACSO RD.

Sobre la base de la medicina del trabajo y la salud ocupacional, se configuraron los vigentes sistemas de aseguramiento para riesgos profesionales relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de cara al ingreso de la intermediación financiera (bancos) en las coberturas de riesgos laborales. Este fortalecimiento del papel del sector financiero como intermediario del aseguramiento en riesgos laborales, genera un proceso progresivo de privatización del sistema de riesgos laborales.

De hecho, la incursión de la salud en la esfera del trabajo asalariado tropieza siempre con una fuerte resistencia de la patronal. El espacio social de trabajo se concibe como un espacio privado y la gestión de las empresas o de la labor es reivindicada como una prerrogativa de las patronales empresarias. Incluso en los casos en los que la relación entre una clásica exposición profesional y la enfermedad resulta evidente, la patronal siempre reivindica el control sobre la evaluación de riesgos (para poder minimizarlo) y, ante todo, muestra un monopolio de la toma de decisiones en lo que concierne la gestión de riesgos laborales.

Cabe destacar que la medicina del trabajo, la salud ocupacional y los sistemas de riesgos laborales operan atendiendo enfermedades y mitigando factores de riesgo sobre contextos de creciente flexibilización del trabajo; la falta de empleo digno y seguro, y la debilidad de políticas públicas y empresariales de protección de la salud en el trabajo; la inexistencia o precariedad de servicios públicos de salud en el trabajo y el deterioro de estrategias preventivas-promocionales de la salud en el trabajo; las limitaciones en los procesos organizativos y de participación de las(os) trabajadoras(es); y la precarización de las condiciones de trabajo que llevan al incremento de accidentalidad, enfermedades y muertes labores, entre otros procesos.

2.4 Salud colectiva de las(os) trabajadoras(es)

El trabajo investigativo creativo y organizativo en el campo, en los talleres, en las fábricas, en las aulas, en los hogares, en las calles y plazas, en las universidades y centros de investigación, así como en los asuntos comunes del cotidiano en las familias, en los territorios y territorialidades, es un camino intenso y aleccionador, donde la praxis y el conocimiento se convierten en algo más que problemas técnico-académicos-sanitarios y de teoría social general.

Estudiar el proceso de trabajo desde el punto de vista de la salud colectiva, significa asumir teórica y metodológicamente que este es uno de los determinantes principales del proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas (Tambellini, 1987). Esta proposición se fundamenta, por una parte, en el reconocimiento de la historicidad o carácter social de la dinámica de la salud-enfermedad y, por la otra, en la recuperación de la categoría de análisis trabajo como un proceso social y técnico complejo clave (Breilh, 1992).

Así que, recuperando las bases epistémicas de la salud colectiva (Almeida Filho y Silva Paim, 1999), la salud-enfermedad de las(os) trabajadoras(es) debe abordarse como un proceso social dinámico y en permanente movimiento (flujos) que se configura en el seno de la vida social, la cual se forja tanto en los procesos generales o más amplios de la sociedad, cuanto a los particulares procesos de una clase o grupo, y también se determina por lo que ocurre en la cotidianidad familiar personal para condensarse finalmente en cuerpos y mentes humanas concretas (Breilh, 1992).

Asimismo, revisar el concepto de "estado de salud" absoluta y estática, en la investigación del proceso de trabajo, resulta de cabal importancia ya que no existe un estado de salud, como tampoco un "estado de enfermedad" absoluta (o bien sería la muerte). Abordar estos obstáculos epistemológicos también forma parte del campo de la salud colectiva en el trabajo, para salir del énfasis en la observación para medir y clasificar el papel del ambiente laboral en la etiología de la patología laboral; y del énfasis en los estilos de trabajo saludables, como base de la protección desligados de las dinámicas sociales, psicológicas y culturales que intervienen en las formas en cómo actúan las personas, grupos y colectivos sociales. Obviamente, se trata de obstáculos que requieren

ser superados para poder avanzar en una episteme y praxis diferente dentro de una salud colectiva con y desde las(os) trabajadoras(es) (Tovar, 2018).

Así como existe una salud ocupacional para prevenir riesgos y mejorar la productividad, también hay una epidemiología del trabajo que parte de la necesidad de analizar los procesos de trabajar, enfermar y morir desde el punto de vista de las(os) trabajadoras(es). (Laurell, 1978). En ese sentido, la comprensión de la salud, partiendo del análisis del proceso de trabajo para explicar las patologías individuales y los patrones epidemiológicos de las(os) trabajadoras(es) como una expresión concreta de los procesos estructurantes sociales, económicos, ambientales (Laurell, 1978), implica que los diferentes tipos de proceso de trabajo encuentran su punto de expresión en distintos modos y estilos de vida, momentos del ciclo vital y procesos de salud-enfermedad.

Los problemas de salud-enfermedad se hacen *visibles* en última instancia mediante trastornos funcionales o fisiopatológicos que ocurren en los cuerpos y solo aparentemente se deben a virus, bacterias, parásitos u otros factores aislados como causas únicas; por eso, para entender la génesis de esos trastornos hay que ir más allá de esas expresiones terminales de lo biológico (Breilh, 1992).

Para la investigación de la salud de las(os) trabajadoras(es) es necesario adentrarse en una epidemiología del trabajo que no sea solo pensar desde la producción capitalista clásica (fábricas, servicios, producciones), sino desde la demanda de transformaciones en el campo de estudiar la relación salud-trabajo, que recobre parte de lo ya aportado por América Latina y el Caribe en la búsqueda de innovación en lo epistémico, lo metodológico, lo práctico y lo político del campo de estudio, que produzca aportaciones al cuidado de la salud y la vida tanto en el trabajo como fuera de este (Breilh, 1992).

Según Laurell y Noriega (1990), el enfoque procesal conduce a analizar la salud-enfermedad como devenir, o sea, reconoce que las formas históricas biopsíquicas específicas son un modo de andar de la vida presente, pero, a la vez, tienen sus raíces en el pasado y prefiguran el malestar o daño futuro. Es decir, el proceso salud-enfermedad colectiva caracteriza a las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en los procesos sociales críticos del trabajo. Por eso, es en estos procesos de trabajo donde pueden estudiarse sus expresiones concretas, y no en los individuos, en los factores o en un grupo abstracto (suma de individuos aislados). Los referentes empíricos del proceso son los indicadores de la salud-enfermedad de los individuos integrantes de un grupo y, a partir de estos, puede construirse el conocimiento sobre el proceso de salud-enfermedad colectivo. (Laurell, 1978).

El modo en que el trabajo deteriora la salud bajo determinadas condiciones históricas y cómo se puede revertir este deterioro, implica para la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es) estudiar los “perfiles” tanto de las cargas (riesgos o exigencias) laborales, como de los daños (desgaste). (Garduño y Márquez, 1995). Bajo esta concepción el trabajo no es reducido a un elemento mediador ambiental, sino que es percibido como una relación y proceso social que se expresa en múltiples y complejas transformaciones en la salud, negativas y destructivas; pero también potencialmente positivas y protectoras (Laurell y Noriega, 1989).

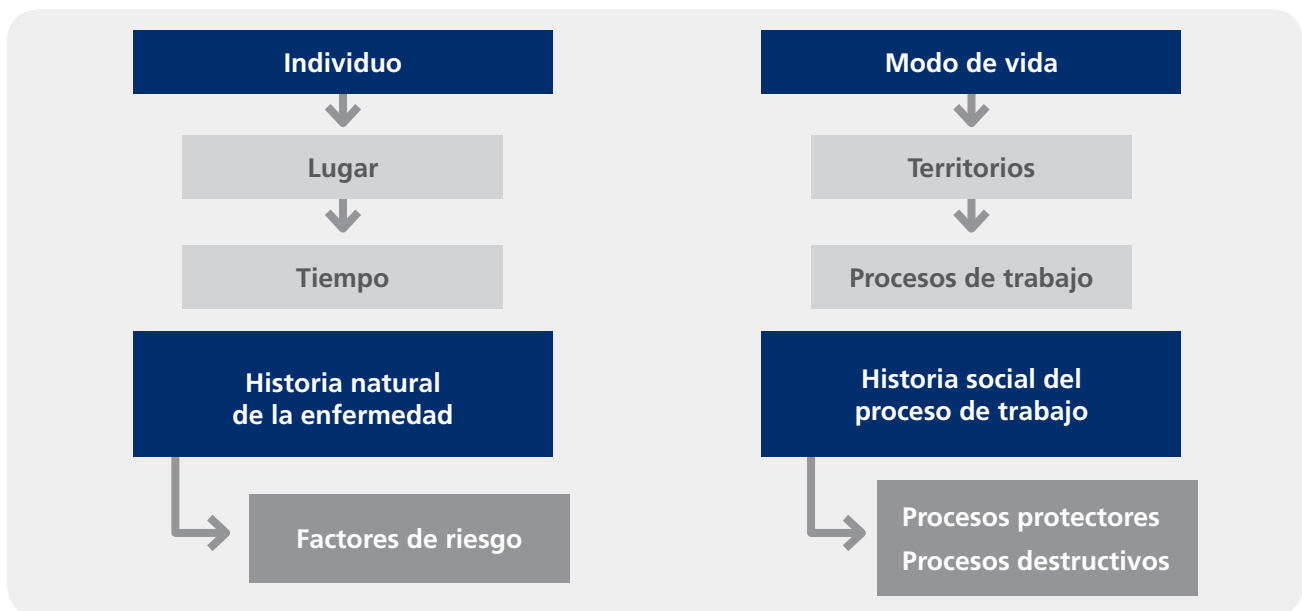
Este marco teórico de la salud colectiva de las(os) trabajadoras(es) implica modificar las categorías de análisis de la epidemiología del trabajo:

- Salir de unidades de análisis individuales (persona=caso) y pasar a pensar en modos de vida grupales;
- Salir de medidas de frecuencia (tiempo) y entrar en el monitoreo de procesos críticos; y
- Salir de localizaciones estáticas de distribución (lugar) y construir territorios.

La complejidad del salto metodológico para estudiar “procesos” transcurre en un cambio de escalas de observación de tiempos en el devenir histórico de acumulación (períodos mucho más largos). A esto se añade la dificultad de que estos procesos no siempre tienen un asiento estable, ni espacial ni grupal; es decir, en tanto se trata de procesos de surgimiento y recomposición de grupos de trabajadores no es inmediatamente evidente cómo estructurar la comparación y el seguimiento (Laurell, 1990).

La epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2013) busca desarrollar un sistema de categorías y una propuesta metodológica que permita entender todas esas dimensiones de la determinación de la salud, inscritas en los modos de vida típicos de cada grupo. Demostrar que el perfil epidemiológico de un grupo es, en definitiva, el movimiento de la contradicción entre los procesos protectores y destructivos que operan en su modo de vida característico; y que, a su vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran (Menéndez, 1998). El estilo de vida genera el estado nutricional, los hábitos de consumo y desecho, las prácticas de autocuidado y cuidado mutuo, las subjetividades y las experiencias íntimas intrafamiliares y domésticas (Menéndez, 1998). Igualmente, en este espacio a la vez íntimo y personal, que suele denominarse “doméstico”, se recrean las prácticas de participación en las actividades domésticas del grupo nuclear (pareja, familia nuclear, familia extensa, grupo de convivencia, lógica de cuidado y servidumbre, etcétera); se producen y reproducen modelos de educación formal y no formal, profesiones y oficios, y se definen las posibilidades de ingreso y el acceso a la toma de decisiones. Así que, los modos de vida construidos desde la experiencia colectiva compartida parten desde la experiencia histórica personal y la correspondiente condición y situación grupal de género, clase y etnia a nivel personal, familiar y comunitaria; y las personas tienden a la conformación de alianzas con las(os) otras(os), mediadas por perfiles y mecanismos de agrupación regularmente prácticos y surgidos de la propia necesidad.

GRÁFICO 6. Modelos de epidemiología de la salud ocupacional a una epidemiología crítica del trabajo



Fuente: Elaboración propia en base a Breilh, 1992; 2013.

Los órdenes de movimiento y de contradicciones en los procesos de las dimensiones generales de la sociedad, en las dimensiones particulares de los grupos sociales y en las dimensiones singulares de los individuos y su cotidianidad, plantean un desafío para los procesos epidemiológicos en estudio, en la presente investigación, al abordar la

complejidad del trabajo doméstico, la salud, las afectaciones en el modo de vida y las subjetividades tanto en sus aspectos destructivos, como en los protectores (Breilh, 1991).

Para Laurell y Noriega (1990), el análisis del objeto de trabajo en su dimensión técnica destaca las propiedades físicas, químicas y biológicas de los diferentes componentes de un proceso de trabajo, como los riesgos que implican para la salud de las(os) trabajadoras(es). Al mismo tiempo, este análisis, en su dimensión social, determina cómo estos objetos de producción son seleccionados de acuerdo a la mayor ganancia que puedan producir o reproducir, sin importar las consecuencias en la salud de las(os) trabajadoras(es) (Laurell, 1978).

Por otra parte, la consideración de los instrumentos o medios de trabajo, desde su dimensión técnica, permite analizar el grado de sofisticación técnica del proceso de trabajo y las consecuencias que produce en las(os) trabajadoras(es). Asimismo, desde el punto de vista social, para Laurell (1978), los instrumentos de trabajo son la expresión de relaciones sociales que imponen con la sofisticación técnica (ejemplo: las máquinas) el ritmo de trabajo y limitan el poder del(a) trabajador(a) sobre su proceso de trabajo.

CUADRO 3. Categorías de modos de vida colectivos y estilos de vida individuales, según epidemiología crítica



Fuente: Elaboración propia en base a Breilh (2013).

En este punto, el ritmo de trabajo y la menor autonomía de las(os) trabajadoras(es) con respecto al proceso de trabajo tienen una íntima relación con el estrés y el riesgo de accidentarse en determinadas condiciones. Aquí aparece la especificidad conceptual de “carga” y “desgaste laboral” (Garduño y Márquez, 1995).

La carga permite distinguir aquellos elementos del proceso de trabajo que tienen la cualidad de poder transformar los procesos corporales y psíquicos; así como, de analizar cómo interactúan, se acumulan y se modulan entre sí. Las cargas se agrupan, en función de sus características, en aquellas que tienen materialidad externa al cuerpo (las físicas, químicas, biológicas y mecánicas) y aquellas (las fisiológicas y psíquicas) que solo adquieren materialidad a través del cuerpo humano y las colectividades humanas en el proceso de trabajo (Laurell y Noriega, 1990).

Los instrumentos, medios y objeto de trabajo se definen como los componentes del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador(a) produciendo aquellos cambios en los procesos de salud-enfermedad que se manifiestan como desgaste, entendido este como la pérdida de capacidades biopsíquicas, potenciales o efectivas. Este concepto permite hacer una lectura específica de los componentes del proceso de trabajo, que se relacionan directamente con el proceso de salud-enfermedad colectiva (Hunt y Annandale, 1993); sin embargo, las cargas solo asumen pleno significado interpretadas a la luz de la dinámica global del proceso de trabajo general (Laurell et al., 1990).

La construcción teórica antes descrita en la relación capital-trabajo-salud (Betancourt, 1994) consigna las transformaciones negativas en los procesos biopsíquicos originadas, entre otras cosas, por la interacción dinámica de las cargas laborales que terminan determinando diversos procesos de "desgaste".

Así, el proceso de desgaste se define como la pérdida de capacidad biológica, psíquica o espiritual, efectiva y/o potencial, y engloba a los procesos biopsíquicos en su conjunto. La razón de abarcar con el concepto desgaste tanto las capacidades efectivas, como las potenciales, es que permite analizar no solo la destrucción biopsíquica, repentina o lenta (acumulada), sino los obstáculos al desarrollo de potencialidades en estos dos terrenos (Laurell et al., 1990).

Por tanto, los patrones específicos de desgaste de las(os) trabajadoras(es) permiten construir características de este desgaste, como ejes analíticos básicos del proceso salud-enfermedad colectivo. Los procesos de desgaste caracterizan a las colectividades, porque, aunque se expresan a través de los individuos que integran la colectividad (grupo) no es sino en esta donde adquieren pleno significado y visibilidad; entonces, no dependen solo de las características individuales bio-psicológicas-sociales, sino de las condiciones específicas modeladas y entrelazadas por la acción de la propia colectividad. Ningún elemento aislado puede dar cuenta de cómo se constituye el proceso de desgaste y cómo se expresa en su nexo biopsíquico, ya que son comprensibles a partir del análisis de las relaciones del proceso de valorización del trabajo, el proceso de trabajo y las cargas laborales (Laurell, 1990).

Sin duda, hay una relevancia analítica en distinguir entre aquellas formas de desgaste que retienen al trabajador(a) y aquellas que lo expulsan del trabajo: por ejemplo, en la organización taylorista-fordista del trabajo se genera un desgaste en las(os) trabajadoras(es), buscado por el capital, que les impide desarrollar capacidades corporales y mentales, pero que es funcional al proceso de valorización; en este caso, la recomposición del grupo se da reteniendo a quienes lo aguantan y expulsando a quienes se rebelan, dañan y fragilizan (Laurell, 1989).

Otro ejemplo de desgaste sería el que se expresa en procesos patológicos incompatibles con la continuidad del proceso de trabajo, donde la recomposición del grupo y el proceso laboral ocurre expulsando a las(os) enfermas(os) y reteniendo a las(os) sanas(os). Es decir, los perfiles de cargas y los de desgaste (patológico) son indicadores compuestos que interactúan entre sí como un proceso continuo, dinámico y acumulado, determinante de la salud-enfermedad-atención-cuidado (Menéndez, 2005).

Incluso en la teoría funcionalista-empírica, el tiempo de exposición requerido para producir el daño es generalmente diferente para los distintos riesgos particulares que componen una carga laboral. Asimismo, no solo hay tiempos

distintos de latencia para los diversos daños, sino que además pueden manifestarse de modo diferente en una secuencia temporal, humana y grupal. Por ejemplo, la tensión nerviosa, el estrés o la fatiga prolongada puede, primero, expresarse en trastornos de padecimientos mentales, para luego transformarse en daños orgánicos (enfermedad isquémica del corazón, malnutrición, entre otros).

El último componente a describir en este apartado teórico es el más importante del proceso de trabajo, para Laurell (1978), que es el trabajo propiamente dicho, entendido como la fuerza de trabajo necesaria para su ejecución. Las diferentes formas de utilizar la fuerza de trabajo en la sociedad capitalista periférica colonial están dirigidas a la extracción de plusvalía absoluta y relativa no solo cosificando a las(os) trabajadoras(es), sino interiorizándolas(es) y deshumanizándolas(es). Estas formas de utilización de la fuerza de trabajo generan diferentes impactos para la salud de las(os) trabajadoras(es).

La extracción de “plusvalía absoluta” es la forma más primitiva de explotación del trabajador(a), ya que no es más que el incremento de la jornada laboral o una reducción del salario sin ningún cambio en los instrumentos, medios u organización del proceso de trabajo (Laurell et al., 1990). La extracción de plusvalía relativa, por otro lado, puede operarse de dos maneras: incrementando la productividad del trabajo por medio de un cambio tecnológico, o intensificando el trabajo (ritmo laboral, cambio en las cargas, etcétera). Mientras que, tanto la extracción de plusvalía absoluta, como relativa, son las formas predominantes aún en el capitalismo periférico dependiente (Dos Santos, 2003).

La *plusvalía absoluta*, que caracteriza a los procesos de trabajo con poco desarrollo tecnológico, significa una combinación de diferentes elementos: un costo calórico alto, un esfuerzo físico duro y un tiempo insuficiente de descanso. Además, dado que en estos procesos el salario constituye un elemento importante para la determinación del monto del lucro/ganancia con un nivel tecnológico bajo, la extracción de plusvalía absoluta tiende a combinarse con un nivel salarial bajo, que establece límites precisos a la reproducción adecuada de la fuerza de trabajo, y acelera aún más el desgaste de las(os) trabajadoras(es) (Laurell et al., 1990).

Los impactos de este tipo de procesos de trabajo encuentran su punto de expresión máxima tanto en las(os) trabajadoras(es), como en su familia. Esta situación fue claramente ilustrada por Gross y Underwood (1971) al demostrar que en el proceso de trabajo de la agricultura del sisal la combinación del gasto alto de calorías y el salario bajo produjo una desnutrición no en los trabajadores, sino en sus hijos, dado que el nivel salarial no permitía la adquisición de una alimentación necesaria.

En el caso de la plusvalía relativa a partir de incrementos, tanto en intensidad como en productividad, según Laurell y Noriega (1990), provocan situaciones de estrés y fatiga, causantes de cambios fisiológicos en el cuerpo y en los grupos humanos, que originan predisposiciones patológicas a corto y largo plazo. El desgaste de las(os) trabajadoras(es) será distinto y más relacionado a los efectos a largo plazo de estos fenómenos, que con los patrones de desgaste por “trabajo excesivo-consumo deficiente” de la plusvalía absoluta.

Las determinaciones más generales de carácter estructural, tales como: las leyes de la acumulación de capital y las relaciones productivas y sociales que estas enmarcan, así como las relaciones de poder y las grandes oposiciones ideológicas de una sociedad, son el fundamento caracterizador de lo social y lo sanitario. Esas leyes más generales imponen las premisas para la dinámica de los patrones de vida de las distintas clases y grupos en la sociedad.

En resumen, más allá de destacar las aportaciones cruciales de la medicina social y una epidemiología del trabajo en esta parte del estudio (Breilh, 1992; Laurell, 1990), una de las principales determinaciones son las propias políticas y

sistemas de atención sanitaria (Basile, 2020), donde las prioridades de salud de las(os) trabajadoras(es) no aparecen dentro de la agenda política de la esfera pública. La funcionalización de la salud pública, como legitimadora de las contradicciones de clase social, evitando los conflictos de capital-trabajo-salud, implica que múltiples desigualdades en salud colectiva relacionadas al empleo y el trabajo son cultural, social y políticamente ignoradas e invisibles.

2.5 Perspectiva de género: posibilidades y limitaciones en la salud de las trabajadoras

Es indispensable asumir categorías de análisis y discutir los planteamientos acerca del género, sobretodo en sus posibilidades como herramienta para el conocimiento epidemiológico (Breilh, 1989).

Problematizar la teoría feminista y el concepto de género como marco conceptual es clave para este estudio sobre la salud colectiva de las trabajadoras.

Por este motivo ningún trabajo femenino es puramente protector ni puramente destructivo, sino que existe un desarrollo dialéctico entre sus facetas saludables y sus facetas patogénicas que depende de las relaciones sociales más amplias, de clase y étnia-raza, que condicionan la vida de la mujer trabajadora. Lo destructivo y lo benéfico del trabajo coexiste y se interrelaciona, pero, generalmente, en las mujeres de clases subordinadas el polo destructivo se acumula y domina el proceso de trabajo donde están insertadas; además, la jornada laboral agrava los efectos de las cargas reproductivas destructivas.

Cuando las mujeres expresan molestias, dolores, cansancio y que se encuentran mal, se achaca a las supuestas características de las mujeres, ya que son más vulnerables, quejas e incluso “histéricas”. Es decir, se supone que es normal que las mujeres tengan dolores o estén cansadas y/o deprimidas, como si se tratase de un fenómeno intrínseco al hecho biológico de ser mujeres (Garduño y Rodríguez, 1990).

Problematizar la teoría feminista y el concepto de género como marco conceptual es clave para este estudio sobre mujeres en empleo doméstico y la salud colectiva de las trabajadoras del hogar. Los sistemas de género-sexo, históricamente conocidos, colaboran como un sistema de opresión y explotación de las mujeres. La tarea de la teoría crítica feminista es desvelar este hecho y desarrollar una teoría que sea emancipadora y reflexiva, y que pueda ayudar a las mujeres en sus luchas para superar la opresión y la explotación (Matamala y Portugal, 1993).

En este caso, el concepto de patriarcado es central dentro de la crítica racionalista a la sociedad que, como regla general, hace el feminismo. Antes de ser reformulado por la teoría feminista, el significado de este término se correspondía exactamente con su etimología: la palabra “patriarca” se compone de las palabras griegas “ἀρχω” (mandar) y “πατήρ” (padre), y desde la antigüedad denominó a la organización social que otorga la primacía a la parte masculina de la sociedad e institucionaliza la influencia del padre de familia.

La perspectiva conceptual de género surge de las propuestas de diversas corrientes de las teorizaciones del feminismo (Matamala y Portugal, 1993) que buscaron comprender las desigualdades que afectan a las mujeres en lo que respecta a sus derechos humanos; así como, asumir una posición política que tiene como finalidad la equidad

entre las mujeres y los hombres. De su lado, en la región caribeña, está la desnaturalización del orden jerárquico producida por el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado (Lugones, 2014).

Este concepto cuestiona las explicaciones que “biologizan” las relaciones sociales y que pretenden validar y naturalizar las desigualdades sociales y las inequidades al considerar que las diferencias entre las personas son el resultado de habilidades, conductas y méritos intrínsecos, incluso incorporados en sus genes, de modo que las jerarquías y diferencias sociales son inevitables (Samaja, 1979). Desde esta perspectiva las desigualdades se sitúan en la naturaleza de los individuos y no en las estructuras de la sociedad; además, las diferencias corporales justificarían las jerarquías sociales.

La distinción entre sexo y género resulta fundamental considerarla. El primero se define como el conjunto de características físicas, fenotípicas y genotípicas diferenciales, relacionadas básicamente a funciones corporales de la reproducción biológica, a las que asocian características biológicas no reproductivas. Mientras que género se comprende como el conjunto de cualidades económicas, sociales, psicológicas, políticas y culturales atribuibles a los sexos, las cuales mediante procesos sociales y culturales constituyen a los particulares y a los grupos sociales; es decir, el género es una construcción social producida en la sociedad, que es susceptible de cambios y transformaciones (Esteban, 2006).

La salud de las mujeres es circunscrita exclusivamente al binomio madre-hijos(as). Este enfoque de salud materno-infantil prioriza el hecho de cuidar la salud de la mujer como requisito indispensable para producir una reproducción saludable. Esta perspectiva se focaliza en el rol reproductivo de las mujeres, restringiendo la percepción de sus necesidades de acuerdo a otros rasgos identitarios, tales como: la sexualidad, la edad, los roles extradomésticos, etcétera. También se ignoran los particulares contextos sociales y económicos, que inciden en la capacidad de las mujeres para proteger y promover su propia salud.

Todavía se asume que el sexo es binario y fácilmente determinable a través de un análisis de factores biológicos. A pesar de que estudios médicos y antropológicos sostienen lo contrario, la sociedad presupone un paradigma sexual binario sin ambigüedades en el cual todos los individuos pueden clasificarse prolijamente: ya sea como masculinos o femeninos. Las asignaciones revelan que lo que se entiende por sexo biológico está socialmente construido. (Greenberg, 2002).

Según Esteban (2006), las relaciones de género son relaciones de poder que se expresan a nivel individual, familiar y colectivo, en el ámbito privado tanto como en el público. En cuanto a la salud, resulta evidente que hombres y mujeres tienen una biología y fisiología diferentes, y que esto influye sobre los procesos de salud-enfermedad de cada uno. Ahora bien, estas diferencias no son las únicas que explican los distintos patrones de salud, enfermedad y muerte. (Esteban, 2006).

El enfoque de género puede contribuir a evaluar de manera más integral la situación de las mujeres trabajadoras, considerando las funciones que asumen en el mercado de trabajo (asalariadas y no asalariadas) y dentro de la familia (madre, cuidadora, esposa, etcétera) y las relaciones de poder que se establecen en dichas esferas, las cuales a menudo generan situaciones de discriminación (de género, económicas y étnicas, entre otras) que podrían afectar negativamente la salud. (Esteban, 2006).

La dimensión del género, aquí resumida, permite hacer un aporte al estudio para comprender que la mujer, incluyendo a la mujer trabajadora, sufre inequidades de género que deben ser deconstruidas. El rol de la mujer como cuidadora de la salud de la familia y responsable “natural” y exclusiva de las tareas domésticas es una de estas, incluyendo asumir su maternidad en condiciones adversas y muchas veces en soledad. Esta situación conlleva a una triple explotación de la mujer trabajadora (primero como parte de la fuerza de trabajo informal; segundo,

por la “doble jornada” como cuidadora del hogar e hijos/maternidad; y, tercero, al cumplir con el rol de primer agente de salud en la respuesta de salud a nivel del núcleo familiar y el autocuidado). Las mujeres trabajadoras, al estar, en general, vinculadas al trabajo doméstico remunerado y no remunerado, experimentan esta triple carga de desigualdad a lo largo de su ciclo de vida.

Karen Messing (2000) subraya hasta qué punto la ciencia puede llegar a ser sesgada en esto. Esta autora, por ejemplo, habla de la falta de interés por parte de los investigadores por la cuestión de la influencia de las condiciones laborales sobre las menstruaciones. Por el contrario, varias encuestas realizadas entre delegadas sindicales de sectores, fuertemente feminizados, demuestran que es un asunto planteado por las trabajadoras asiduamente (Messing, 2000). La consideración de la subjetividad, es decir, las experiencias individuales y colectivas de las(os) trabajadoras(es) en la definición de género, sigue siendo bastante marginal en la organización de la investigación en salud y trabajo.

La salud colectiva de las mujeres trabajadoras suele ser generalmente reducida en la medida en que se fundamenta en dimensiones biológicas. Eso explica la reaparición de la palabra “trabajadora” en un contexto particular: el de la maternidad. Lo “biológico” aparece aquí también como una técnica para naturalizar lo que es una función social. El interés por la biología femenina se limita únicamente a la maternidad y su vinculación con el proceso de trabajo. Precisamente, por la diversidad y riqueza de esa experiencia, y, además, por la particular mirada con que las mujeres comprenden y enfrentan los problemas, es que una reflexión auténtica sobre la lucha por la salud de la mujer trabajadora, no puede reducirse a un ejercicio intelectual y tecnocrático acerca de su papel materno y/o reproductivo, por importante e irremplazable que este sea (Breilh, 1990). Cabe decir que casi nunca se abordan otras cuestiones vinculadas a la especificidad biológica. La literatura sobre las relaciones entre las condiciones laborales y las alteraciones del ciclo menstrual es casi inexistente. El estudio relacionado con la exposición a sustancias peligrosas y dañinas a la salud, a impactar su relación con la actividad hormonal, ya sea a causa de la diferente composición de algunos tejidos, también está muy poco estudiado. Solo hace algunas décadas se comenzaron estudios sobre las posibles correlaciones entre el cáncer de mama y el trabajo nocturno (Fresneda Moreno et al., 2013).

El ejemplo de acoso y violencia sexual también es revelador. El enfoque comunitario preventivo tradicionalmente repetido (seguido por amplias medidas nacionales) privilegia un enfoque individual que aborda la cuestión en términos de relación entre el acosador y la víctima acosada; pero esta visión se queda parcialmente mitigada, si no se toma en cuenta que el acoso sexual puede estar ligado a la propia organización del trabajo y convertirse en instrumento de la preservación de dominación masculina. Tanto así que resulta significativo constatar la importancia de este fenómeno en trabajos tradicionalmente cerrados a las mujeres.

Esto lleva a pensar que, además de la finalidad sexual individual, podría haber una finalidad colectiva que es más política y simbólica que sexual: está destinada a preservar los órdenes jerárquicos varón-mujer en los que la dimensión de género juega un papel importante. A pesar de las evidencias que demuestran que el acoso sexual constituye un peligro para la salud colectiva de las trabajadoras, se considera en escasos espacios como un tema de monitoreo de la salud de las(os) trabajadoras(es) y contar con instrumentos epidemiológicos en ese tema.

Ahora bien, ciertas tesis feministas occidentales no se libraron de la modernidad colonial ni de la ofensiva neoliberal (Lugones, 1990). Un primer tipo de estrategia es la de transformar temas como los de “género”, que incluyen preocupaciones alternativas o de minoría, o de bajo costo y gran resonancia; por eso, las actividades dirigidas a la mujer como parte del llamado “binomio madre-niño” se priorizan, pero rara vez se asume a la mujer como clase trabajadora, o los problemas del proceso de trabajo de la mujer, sino que, por el contrario, se le descontextualiza o se le trata solo como consumidora de servicios de salud sexual/reproductiva o de cuidadora.

Como lo explica Evelyn Sullerot (1988) en su “Historia y sociología del trabajo femenino”, surgen distintas definiciones de la llamada “naturaleza femenina”. Resultan así “unas divisiones, unas tareas que, estudiadas de cerca, aparecen en la mayoría de los casos como enteramente arbitrarias y absolutamente infundadas sobre la fisiología”. (Sullerot, 1988). Claro está que la condición de mujer y las particularidades de su fenotipo constituyen una base concreta biológica, alrededor de la que -en cada momento histórico- se levantó una división sexual del trabajo y de los papeles sociales a partir de los sexos. Pero, como se verá más adelante, esa diferenciación no determina por sí sola la constitución de las realidades del género, sino que las características más importantes de este se establecen por condiciones históricas que trascienden las especificidades del sexo femenino, aunque en ocasiones aparezcan como determinadas por las características naturales del sexo (Breilh, 1991).

En otras palabras, mantener cuerpos biológicamente aptos para que funcionen como máquinas en la producción y reproducción social (trabajo doméstico), llamando enfermedad únicamente a los trastornos clínicamente manifiestos o a los estados ligados a una probable e inminente muerte. Pero como plantea Breilh (1991): ¿cómo calificar, por ejemplo, a una mujer que trabaja en una fábrica maquiladora que, estando perfectamente activa, experimenta un proceso de sobre-envejecimiento, que se expresa por una acumulación subclínica de toxinas metabólicas, con alta oxidación tisular y actividad genética senescente, que a los 30 años está en franco proceso de deterioro respecto a la edad cronológica de su geno-fenotipo? En verdad esas mujeres están en un proceso de desgaste y en sufrimiento o deterioro, aun cuando puedan realizar hasta la invalidez o la muerte tareas de gran demanda y sobrecarga fisiológica. Esto hace que se discuta acerca de si el proceso de trabajo de la mujer es o no perjudicial para su salud colectiva, siendo un dilema falaz puesto que, como todos los demás aspectos de la reproducción social, el trabajo presenta contradicciones frente a la salud: sus aspectos protectores, saludables y sus lados destructivos coexisten y operan de modo distinto de acuerdo con el momento histórico, la clase social, la clasificación étnico-racial y la división sexual a la que haga referencia esa labor.

Así, Breilh (1991) explica que las condiciones de reproducción social se mira la cantidad o intensidad de los procesos psicopatológicos históricamente producidos, que desencadenan un cambio manifiesto biopsíquico individual al que se denomina proceso de salud-enfermedad singular y que corresponde a un deterioro o distorsión marcado de las capacidades vitales y de conciencia del fenotipo, pero siempre hay que relacionarlo con la acumulación de largo plazo de eventos biológicos regresivos o destructivos, genéticamente fijados (Breilh, 1991).

En esta línea de análisis es importante destacar otro hecho que parece ser importante en la epidemiología del trabajo. Cuando se habla de estrés, generalmente se asocia con la idea de sobrecarga tensional. Las llamadas cargas psíquicas dentro de la terminología convencional, o también destacadas por Noriega (1990) como “exigencias”, normalmente se les reduce a la noción de sobrecarga (“overload”) de estímulos. Además, la edad biológica y el desencadenamiento de ritmos diferentes de envejecimiento es parte de ese movimiento dialéctico del ambiente social y del cambio permanente de la actividad y de la configuración del genotipo y del fenotipo que es poco estudiado.

Breilh (2003) explica que las formas de desarrollo de la vida se transforman continuamente. No hay nada constante en la vida humana, ni siquiera la edad y el ritmo de envejecimiento. Y si bien se puede aceptar que el envejecimiento en los seres vivos no necesariamente expresa un proceso de salud-enfermedad, lo que sí evidencia desgaste o patología es el sobre-envejecimiento, es decir, que la disminución de la capacidad de vida sea menor que la que corresponde al máximo posible de acuerdo con el desarrollo del conocimiento humano.

Como se ve, todos los procesos que determinan el ritmo de envejecimiento guardan una estrecha relación con los procesos de la reproducción social, sobre todo el tipo de actividad laboral y los modos de vida, la calidad de la alimentación y todos los estresores y tóxicos que la población enfrenta en el proceso de trabajo, la casa, el transporte

y todas las demás instancias de la vida. De hecho, Hernán San Martín y Vicente Pastor (1990) dedican un capítulo entero a la demostración del nexo que existe entre la calidad de vida, el deterioro y la vejez.

Además del posible sobrevejecimiento, la salud colectiva de las mujeres trabajadoras está determinada por los problemas del consumo, que ocurren en íntima relación con los del trabajo. La base del consumo popular es el sueldo o salario, y ante la caída de los salarios reales se empeora cada vez más la calidad de su alimentación, del alquiler de la vivienda, del descanso y la recreación, y del acceso a los servicios de salud, educación y transporte. En fin, la materialidad de la vida cotidiana.

La epidemiología del trabajo marca que las mujeres de una clase social están expuestas a un sistema de contradicciones en distintos procesos de su vida, que son las que determinan su salud-enfermedad. En primer lugar, están los procesos relacionados con el trabajo, en cualquiera de sus formas, domésticas o no (Artazcoz et al., 1999). En el trabajo la mujer crece, aprende, se desarrolla y organiza, pero también sufre agresiones mentales producidas por la subvaloración; asimismo, ocupa posiciones de desventaja y menor reconocimiento, experimenta agresiones físicas como la violencia, pero también el ruido, las temperaturas extremas, la humedad, los tóxicos (como las sustancias de limpieza, pesticidas, humos, gases, polvos y otras sustancias peligrosas) y tiene que adoptar durante largas horas posturas que dañan su columna y articulaciones. Más aún, soporta agresiones psíquicas como la monotonía, la repetitividad, las multas y castigos, la conducta autoritaria de las(os) patronas(es), la angustia de su familia abandonada, la aprendida sensación de culpa por encontrarse trabajando y la subestimación que también es fuente de estrés.

La situación epidemiológica de las mujeres trabajadoras en sociedades del capitalismo periférico colonial -como las nuestras- es tan precaria, que cualquier detonante desata peligrosas cadenas de daño a la salud, enfermedad y muerte. Ahora bien, los estudios epidemiológicos que solo producen análisis de frecuencia y distribución por sexo (femenino-masculino) nunca podrían ser considerados como estudios con perspectiva de género.

Los procesos determinantes de la calidad de vida y de la salud colectiva de las mujeres trabajadoras están relacionados a la estructura económica y a la implantación de una nueva forma estructural que trae el neoliberalismo, están vinculados con las bases estructurantes de reproducción de una triple carga: del trabajo, de la práctica doméstica y cuidados, y de procreación-maternidad. Inequidades que no solo se explican por las cargas del orden superior-inferior patriarcal, sino especialmente por lo étnico-racial y la clase social en América Latina y el Caribe (Lugones, 1990).

2.6 Feminismo decolonial e interseccionalidad: como teoría, estrategia y dimensión en el estudio de la salud de las trabajadoras domésticas

Las teorías feministas contemporáneas arrastran concepciones liberales desde un supuesto universalismo eurocéntrico, a partir la clasificación de la modernidad, la división internacional del trabajo del capitalismo y la conformación de los Estados-nación del centro global. (Bedin, 2013).

En las sociedades, comunidades y familias aún perduran fuertes resabios de una hegemonía y cosmovisión del mundo. Esa racionalidad que algunos autores denominan “monocultural” y/o “eurocéntrica” (Quijano, 2000), ligada al proceso de occidentalización de las sociedades del Sur, de la América Latina y del Caribe profundo, son -a decir de Santos (2010)- “residuos” de un potente colonialismo interno que aún perdura en los pueblos que atraviesan la sociabilidad del trabajo, del espacio público, de la territorialidad de los territorios, de la cultura, del arte, del propio diseño del Estado, de sus servicios públicos y las políticas, y de las mentalidades y subjetividades subyacentes.

Este colonialismo interno, aún predominante para Quijano (1999), es un modo de vivir y convivir muchas veces compartido por quienes se benefician de él y por los que lo sufren. Según Santos (2010): “modos de producción de ausencia o no existencia: el ignorante, el retrasado, el inferior, el local o particular, y el improductivo o estéril... la no existencia es producida bajo la forma de una inferioridad insuperable, en tanto que natural. Quien es inferior lo es porque es insuperablemente inferior y, por consiguiente, no puede constituir una alternativa creíble frente a quien es superior”.

En América Latina y el Caribe, al igual que en la República Dominicana, los estudios epidemiológicos sobre salud de las mujeres trabajadoras, sin duda tienen que ampliar un marco referencial teórico que descolonice ciertas categorías de análisis como la “genderización” (Espinosa-Miñoso, 2014).

El marco teórico del feminismo decolonial (Lugones, 2012), como lo considera la referencia dominicana Espinosa-Miñoso (2014), es “ante todo y sobre todo una apuesta epistémica... que se proclama revisionista de la teoría y la propuesta política del feminismo, dado lo que considera su sesgo occidental, blanco y burgués” (Espinosa et al., 2013a). Desde aquí se hace una crítica a las epistemologías feministas previas, observando las premisas sobre las que se ha sostenido las grandes verdades que explicarían el porqué de la opresión basada en el sistema de género... reconociendo que ese pensamiento feminista clásico ha sido producido por un grupo específico de mujeres, aquellas que han gozado del privilegio epistémico gracias a sus orígenes de clase y raza”.

Como lo plantean Lugones (2008) y Quijano (2000; 1999), la concepción de la intersección de raza y género hay que entenderla en su análisis dentro del patrón de poder capitalista eurocentrado global; tanto raza como género adquieren significado en este patrón y sistema clasificatorio de la modernidad. Este patrón de poder está estructurado en relaciones de dominación, explotación y conflicto entre actores sociales que se disputan el control de “los cuatro ámbitos básicos de la existencia humana: sexo, trabajo, autoridad colectiva y subjetividad/intersubjetividad, sus recursos y productos” (Quijano, 2000). De modo tal que hay que comprender las disputas históricas sobre el control del trabajo, el sexo, la autoridad colectiva y la intersubjetividad, como luchas que se desenvuelven en ese proceso del devenir histórico.

Para Anibal Quijano (2000) el capitalismo hace referencia a “la articulación estructural de todas las formas históricamente conocidas de control del trabajo o explotación, la esclavitud, la servidumbre, la pequeña producción mercantil, el trabajo asalariado y la reciprocidad, bajo la hegemonía de la relación capital-salario”.

Como lo explica María Lugones (2008), las relaciones de trabajo bajo el capitalismo eurocentrado y global encajan en un esquema de capital/salario reservado para el trabajo asalariado casi exclusivamente de los(as) trabajadores(as) europeos. En el alcance de la colonialidad del poder es importante advertir que existe una división internacional del trabajo “racializada”, así como geopolíticamente diferenciada en el capitalismo mundialmente periférico. Por tanto, se visualiza a la colonialidad en el proceso de trabajo como un cuidadoso entrecruzamiento del trabajo y la raza.

A juicio de Quijano (2000) y Lugones (2008), bajo la concepción de humanidad que subyace y se consolida con la mitología de la modernidad, la población mundial es diferenciada en dos grupos: superior e inferior, racional e irracional,

primitivo y civilizado, tradicional y moderno. Por ejemplo, esto implicó que la unidad e integración familiar, impuestas como ejes del patrón de familia burguesa del mundo eurocentrado, fue la contrapartida de la continua desintegración de las unidades de parentesco padres/madres-hijos en las “razas” no “blancas”, apropiables y distribuibles no solo como mercancías, sino directamente como “animales”; en particular, entre los esclavos “negros”, ya que esa forma de dominación fue más explícita, inmediata y prolongada sobre ellos.

Las hembras, racializadas como seres inferiores, implicó que el estatus de las mujeres blancas nunca se extendió a las mujeres colonizadas y/o esclavizadas, tanto indígenas como afrodescendientes. Entonces, el concepto “mujer” apunta a europeas burguesas, reproductoras de la raza y el capital (Lugones, 2012: 130).

Bajo estas tesis, la modernidad y la colonialidad proveen una comprensión compleja de la organización del trabajo. Permiten ver el encaje entre la racialización total de la división internacional del trabajo y la propia producción de conocimiento. (Lugones, 2012).

Sobre ese particular, las aportaciones que se tomarán en este estudio del marco teórico del feminismo decolonial (Lugones, 2008; Espinosa-Miñoso, 2014; Quijano, 2000; Oyewùmi, 1997) son las siguientes:

- Existe un sistema de género moderno/colonial, con la imposición de un sistema de género constitutivo de la colonialidad del poder; como la propia colonialidad, el poder fue constitutivo de este sistema de género.
- Este sistema constituye el significado mismo de “hombre” y “mujer” en el sentido moderno/colonial.
- Este sistema de género (o genderización) realiza una equiparación ficcional de la situación de la mujer blanca occidental, como “la mujer”.
- El proceso de trabajo racializado y engenerizado simultáneamente, implica la inferiorización de las mujeres colonizadas.
- Como la raza es una invención mítica de la colonización (clasificación racial), también lo es el género. La invención de la “raza” posiciona las relaciones de superioridad e inferioridad establecidas a través de la dominación colonial. Se considera la humanidad y las relaciones humanas a través de una ficción, en términos biológicos.
- Las mujeres burguesas blancas son consideradas como mujeres. Las hembras (esclavas, indígenas) excluidas -por y en esa descripción- no fueron solamente sus subordinadas, sino también fueron vistas y tratadas como animales, subhumanas o inferiores.
- El pensamiento desarrollado por las feministas descoloniales y antirracistas es radicalizar la crítica al universalismo en la producción de la teoría feminista. Como la teoría clásica feminista y la categoría género no sirve para interpretar la realidad y la opresión de las mujeres racializadas.
- Esta categoría (género) no explicaría de forma adecuada la manera en que fueron sometidas “las mujeres” de los pueblos no europeos ni del Norte global.
- Aceptar lo inadecuado de un uso universalista de la categoría de género (la división dicotómica del mundo en “mujeres” y “varones”) o al menos atenderse siempre (y no en determinadas ocasiones) a su uso de una forma inestable e interdependiente de otras categorías entrelazadas como raza, clase y ubicación geopolítica.

A partir de esta reflexión, Yuderkys Espinosa Miñoso (2014) resalta que la opresión relevante para los estudios feministas sigue siendo aquella vinculada con el género que “opreme a las mujeres por ser mujeres”; una opresión primaria que no admite discusión, de forma tal que la raza y la clase aparecen como opresiones secundarias menores que no tienen un efecto sobre la relevancia de la opresión principal.

En este sentido, las aportaciones de la nigeriana Oyéronké Oyewùmi (1997) son claves, ya que se pregunta si el patriarcado es una categoría universal válida. Al proponer esta interrogante, no contrasta al patriarcado con el

matriarcado, sino que propone que “el género no era un principio organizador en la sociedad yoruba (Nigeria) antes de la colonización occidental”; es decir, no había un sistema de género institucionalizado. Así, Oyewùmi entiende el género, introducido por Occidente, como una herramienta de dominación que designa dos categorías sociales que se oponen en forma binaria y jerárquica. La asociación colonial entre anatomía y género es parte de la oposición binaria y jerárquica, central a la dominación de las anahembras e introducida por la Colonia.

Las mujeres son definidas en relación a los hombres, la norma. La emergencia de la mujer como una categoría reconocible, definida anatómicamente y subordinada al hombre en todo tipo de situación, resultó, en parte, de la imposición de un Estado colonial patriarcal. Para las mujeres del Sur global, la colonización fue un proceso dual de inferiorización racial y subordinación de género. (Lugones, 1990).

La trayectoria del pensamiento decolonial de mujeres de color crea los análisis críticos del feminismo hegemónico, precisamente por ignorar la interseccionalidad de raza/clase/sexualidad/género (Lugones, 2012).

Por lo tanto, frente a esta oposición a la jerarquización dicotómica que caracteriza la colonialidad capitalista y moderna del feminismo occidental, se plantea repensar desde la categoría de interseccionalidad, donde el género, la raza y la clase social no pueden ir separadas ni ser asiladas al estudiar, analizar, problematizar. Repensar en este movimiento es construir desde un enfoque donde existe la imbricación de esas relaciones de poder: discriminaciones y privilegios de la triple inequidad (clase social, género y etnia). La interseccionalidad revela lo que no se visualiza cuando las categorías “raza” y “género” son conceptualizadas de forma separada (Lugones, 2012).

Los usos y el alcance teórico, metodológico y político del giro interseccional en la teoría feminista implica una genealogía de los enfoques interseccionales donde la importancia política y metodológica del concepto, enfatizando los aportes del *black feminism*, el feminismo de color y el feminismo decolonial como enfoques epistémicos descolonizadores resultan claves para el presente estudio en mujeres trabajadoras domésticas en República Dominicana (Vigoya, 2016).

Para Mara Viveros Vigoya (2016) una parte de las teorías feministas contemporáneas arrastran concepciones desde un supuesto universalismo eurocéntrico a partir la clasificación de la modernidad, la división internacional del trabajo del capitalismo y la conformación de los Estados-Nación del centro global (Bedin, 2013).

Algunas de las perspectivas que hoy llamamos interseccionales fueron expuestas hace más de dos siglos por personalidades como Olympia de Gouges, en Francia: en *La declaración de los derechos de la mujer* (De Gouges, 1791), la autora comparaba la dominación colonial con la dominación patriarcal y establecía analogías entre las mujeres y los esclavos.

Ya en el siglo XX, la emblemática Colectiva del Río Combahee y feministas como Angela Davis, Audre Lorde, bell hooks, June Jordan, Norma Alarcón, Chela Sandoval, Cherríe Moraga, Gloria Anzaldúa, Chandra Talpade Mohanty, entre otras, se expresaron contra la hegemonía del feminismo “blanco” por los sesgos de raza y género de la categoría mujer empleada por este (Viveros Vigoya, 2008).

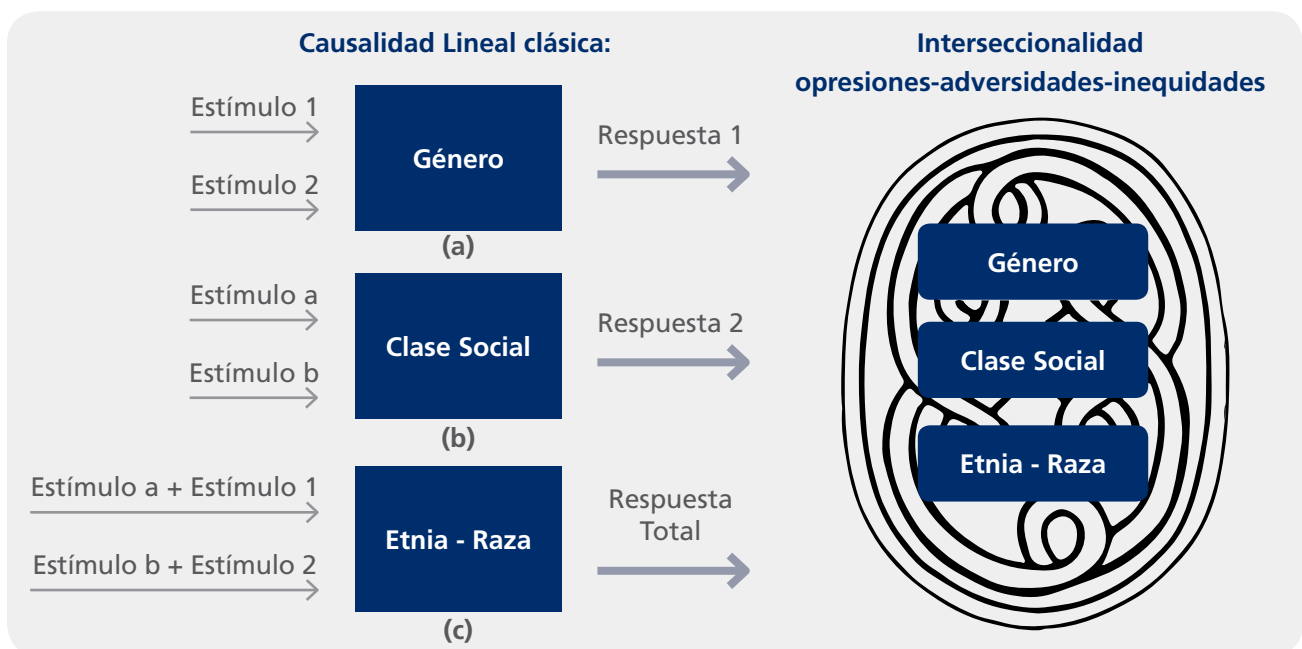
Esta mirada parte de la necesidad de enfrentar un conjunto variado de opresiones al tiempo sin jerarquizar ninguna; la imposibilidad de separar las opresiones que están imbricadas y que no son únicamente raciales, sexuales, ni de clase por separado (Vigoya, 2016).

Desde la década de 1960; diversas activistas e intelectuales (Thereza Santos, Lelia González, Maria Beatriz do Nascimento, Luiza Bairros, Jurema Werneck y Sueli Carneiro, entre otras) promovieron la teoría de la tríada de

opresiones “raza-clase-género” para articular las diferencias entre mujeres brasileñas que el discurso feminista dominante había pretendido ignorar (Vigoya, 2016).

Todos estos debates muestran que el problema de las exclusiones creadas por la utilización de marcos teóricos que ignoraban la imbricación de las relaciones de poder circulaba desde hacía mucho tiempo en contextos históricos y geopolíticos diversos.

La trayectoria del pensamiento decolonial de mujeres de color, crean los análisis críticos del feminismo hegemónico precisamente por ignorar la interseccionalidad de raza/clase/sexualidad/género (Lugones, 2012). Así frente a esta oposición a la jerarquización dicotómica que caracteriza la colonialidad moderna del feminismo occidental, se plantea repensar desde la categoría de *interseccionalidad*, donde el género, la raza y la clase social no pueden ir separadas o asirlas al estudiar, analizar, problematizar. Repensar en este movimiento, es construir desde un enfoque donde la imbricación de esas relaciones de poder: discriminaciones y privilegios de la triple inequidad (clase social, género y etnia). La interseccionalidad revela lo que no se visualiza cuando las categorías raza y género son conceptualizadas de forma separadas (Lugones, 2012):



Fuente: Elaboración propia.

Esta propuesta se desarrolla hasta considerarse una perspectiva epistemológica de nicho feminista que busca repensar el cómo interpretamos la realidad social y los procesos de generación de conocimiento.

Esta propuesta se nutre de diversas posturas feministas que proponen que no solo la raza y el género se intersecan para explicar las realidades de las personas (Cubillos, 2015), sino que la etnia, la clase, la sexualidad y el colonialismo operan como elementos centrales de las estructuras de opresión y se expresan sobre todo en realidades no-eurocentricas o del sur global y son “vistas como variables co-constitutivas, en tanto cada una está inscrita en la otra” (Agenjo, 2016).

Son consubstanciales en la medida en que generan experiencias que no pueden ser divididas secuencialmente, sino para efectos analíticos, y son co-extensivas porque se coproducen mutuamente. En algunas ocasiones, el género crea la clase,

como cuando las diferencias de género producen estratificaciones sociales en el ámbito laboral. En otras, las relaciones de género son utilizadas para reforzar las relaciones sociales de raza, como cuando se feminiza a los hombres indígenas o se hipermasculiniza a los hombres negros; inversamente, las relaciones raciales sirven para dinamizar las relaciones de género, como cuando se crean jerarquías entre feminidades y masculinidades a partir de criterios raciales (Kergoat, 2009).

Comprender las experiencias de las mujeres pobres y racializadas como producto de la intersección dinámica entre el sexo/género, la clase y la raza en contextos de dominación construidos históricamente (Lugones, 2008). De aquí la importancia de esta categoría y marco conceptual para el presente estudio.

De acuerdo con Cubillos (2015), el concepto de interseccionalidad aparece finalizando la década de los 80, se lo definió como “la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas, con el fin de mostrar las diversas formas en que la raza y el género interactúan para dar forma a complejas discriminaciones de mujeres negras en Estados Unidos” (Crenshaw, 1989).

El concepto mismo de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en el marco de la discusión de un caso concreto legal, con el objetivo de hacer evidente la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General Motors. Con esta noción, Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, buscaba crear categorías jurídicas concretas para enfrentar discriminaciones en múltiples y variados niveles.

Para autoras como Patricia Hill Collins (2000), la interseccionalidad requiere abordar cuestiones tanto macro como micro sociales. Esta dualidad analítica se traduce para ella en una diferencia léxica. Cuando esta articulación de opresiones considera los efectos de las estructuras de desigualdad social en las vidas individuales y se produce en procesos microsociales, se designa *interseccionalidad*; cuando se refiere a fenómenos macrosociales que interrogan la manera en que están implicados los sistemas de poder en la producción, organización y mantenimiento de las desigualdades, se llama *interlocking systems of oppression*.

Los debates sobre los niveles macro y micro del análisis están marcados por una divergencia de perspectivas.

Según la filósofa Elsa Dorlin (2009), las teorías de la interseccionalidad se movieron entre dos aproximaciones a la dominación: una analítica y una fenomenológica. Desde la primera perspectiva, toda dominación es, por definición, una dominación de clase, de sexo y de raza, y en este sentido es en sí misma interseccional, ya que el género no puede dissociarse coherentemente de la raza y de la clase.

Para la segunda perspectiva, lo que es interseccional es la experiencia de la dominación, como en el caso de la compañía General Motors analizado por Crenshaw a propósito de la violencia ejercida contra las mujeres racializadas o de los empleos de los que quedan excluidas. Para Dorlin, la vacilación de las teorías de interseccionalidad entre aproximaciones analíticas y fenomenológicas ha sido costosa, porque reduce su alcance teórico y político. La idea según la cual toda dominación es, por definición, interseccional implica, por ejemplo, que tanto las mujeres blancas y ricas como las mujeres pobres y negras son producidas por las relaciones de género, raza y clase; la dificultad para asumirlo de esta manera reside en que las primeras, al gozar de privilegios de clase y color, no perciben ni experimentan las relaciones imbricadas de clase, raza y sexo que las producen, mientras que las segundas sí lo hacen. Los análisis interseccionales ponen de manifiesto dos asuntos: en primer lugar, la multiplicidad de experiencias de sexismo vividas por distintas mujeres, y en segundo lugar, la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la

marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud. Al develar estos dos aspectos, este tipo de análisis ofrece nuevas perspectivas que se desaprovechan cuando se limita su uso a un enfoque jurídico y formalista de la dominación cruzada, y a las relaciones sociales —género, raza, clase— como sectores de intervención social.

El concepto de interseccionalidad fue muy útil para superar la conceptualización aritmética de las desigualdades socio-raciales como fruto de la convergencia, fusión o adición de distintos criterios de discriminación de las mujeres (Dorlin, 2009).

Así, en la actualidad el debate sobre la perspectiva interseccional se centra en entender que esa trama categorías que se intersecan y se configuran en una matriz de dominación. De acuerdo con Hill (1990/2000), esta matriz organiza el poder a nivel global y se expresa a nivel local “a partir de una configuración histórica y social particular y parte de la comprensión de que los distintos sistemas de opresión están en interacción, interdependencia y mutua constitución de manera dinámica e incluso contradictoria, ya que es posible que determinados grupos se encuentren en posición de opresor y oprimido a la vez”. Siguiendo a Patricia Hill (2000), los cuatro dominios sobre los cuales se organizan los sistemas de opresión son: el estructural, el disciplinario, el hegemónico y el interpersonal, los cuales en conjunto permiten comprender los dispositivos subjetivos, sociales y culturales que explican la dinámica migración-prostitución en la región de frontera.

La interacción entre el género, la etnia y la clase genera diferentes y específicas posiciones de las mujeres en las relaciones de poder (Davis, 2008; Tolhurst, et al, 2012; Hammarström, et al, 2013; Viveros, 2016). La perspectiva interseccional nos permite entonces, por una parte, superar la conceptualización aritmética de las desigualdades sociales como resultado de la adición de distintos criterios de discriminación o factores independiente y, por otra parte, comprender cómo las posiciones y estructuras sociales interactúan para dar forma e influir sobre las experiencias vividas por las mujeres (Hankivsky, 2012; Viveros, 2016). Además, la interseccionalidad, al reconocer el carácter situado del conocimiento, interpela las formas cómo entendemos las categorías sociales, sus relaciones, y sus interacciones y, a partir de allí, transforma nuestro entendimiento sobre mecanismos de poder que configuran las desigualdades e inequidades que experimentan las mujeres.

La perspectiva interseccional nos obliga a reflexionar sobre la complejidad de nuestras propias posiciones sociales, y sobre cómo nuestros valores, nuestras experiencias e intereses configuran la forma como comprendemos el mundo, sus problemas y los colectivos con los que trabajamos (Hankivsky, 2012).

En síntesis, la perspectiva interseccional se puede considerar “un enfoque de investigación que trabaja con las experiencias cotidianas que dan forma a la vida de las personas, con el fin de atender a las dimensiones sociales que hay más allá de las propias experiencias. Justamente, en esta propuesta se apuesta por “conocer las actividades de las personas reales situadas en lugares y en tiempos locales y concretos” (Trujillo, 2015; Salem, 2014). Así, “la interseccionalidad se posiciona como una herramienta conceptual y analítica útil para la investigación, que permite comprender y atender a las formas particulares en que el género se imbrica con otros ejes de exclusión en diferentes contextos, niveles y ámbitos” (Cubillos, 2015).

En primer lugar, al concepto de “orden y régimen de género” de Raewyn Connell (2013), según el cual: 1) las relaciones de género en una sociedad concreta se estructuran de una determinada en manera y en un momento determinado, dando lugar a orden de género socialmente aceptado; 2) la forma como este orden de género estructura las relaciones de género en cierta institución constituye el régimen de género, de esa institución. Para Connell (2013) las relaciones de género, es decir el orden y el régimen de género, se pueden analizar empíricamente considerando 4 dimensiones o herramientas analíticas: 1) el poder: relacionado fundamentalmente con la idea de

patriarcado, no sólo en términos de control individual sino fundamentalmente en términos de un control social despersonalizado, estrechamente vinculado con la idea de Estado; 2) la producción: relacionado con la división sexual del trabajo, con la idea de producción (masculina) y reproducción (femenina); 3) la catexis: relacionada con aspectos emocionales y afectivos, íntimamente vinculados a la idea de feminidad, en aspectos tales como el amor, la maternidad, etc.; finalmente, 4) el simbolismo: relacionado con las representaciones y los significados que atribuimos a la idea de género, fundamentalmente binario, en términos de hombre/mujer, femenino/masculino.

En segundo lugar, la idea de Rita Laura Segato (2016) de la pedagogía de la crueldad del patriarcado. Para Segato, la relación jerárquica entre lo “masculino” y lo “femenino” conduce paulatinamente a formas de dominio y control de las mujeres que pasa por el acceso sexual violento y cruel sobre el cuerpo de las mujeres. Una pedagogía y un mandato masculino que expropia o despoja a las mujeres de su capacidad de decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. Aquí hay dos ideas que entroncan perfectamente con las dimensiones de Connell. Por una parte, la idea de Estado patriarcal, que no solo promueve esta pedagogía, sino que, sobre todo, no protege a las mujeres de esta forma de expropiación o despojo ejercida por los hombres; por otra parte, la idea de una para estatalidad estrechamente vinculada a la producción neoliberal, a la informalización de la economía, a estrategias mafiosas que mercantilizan y cosifican el cuerpo de las mujeres, generando mercados transnacionales de explotación sexual y laboral de las mujeres.

Ahora bien, la trayectoria del concepto de interseccionalidad en América Latina y el Caribe es muy distinta. Autoras como Martha Zapata Galindo (2011) plantean que, a diferencia de lo que sucede en Europa y en Estados Unidos, en América Latina y el Caribe la interseccionalidad no alcanza el estatus de concepto hegemónico y para muchas feministas latinoamericanas caribeñas no aporta nada nuevo. Como se señala en este marco teórico, desde hace mucho tiempo las experiencias sociales de una gran parte de las mujeres latinoamericanas caribeñas las forzaron a tomar en cuenta y a hacer frente, en niveles teóricos, prácticos y políticos, a distintas, simultáneas e intersectadas formas de opresión (Wade, 2009).

En los últimos tiempos, las críticas internas del feminismo latinoamericano y caribeño se hicieron explícitas, en particular las que se refieren a la colonialidad discursiva (Mohanty, 1991) de la diversidad material e histórica de las mujeres latinoamericanas por parte de los feminismos hegemónicos. Estos cuestionamientos, planteados fundamentalmente por el movimiento social de mujeres, permiten recordar que no se puede asumir, ni teórica ni políticamente, que las desigualdades de género y raza y sus articulaciones son universales. Así, los trabajos de Ochy Curiel (2013), Yuderkis Espinosa (2007) y Breny Mendoza (2010) colocaron en el centro del debate latinoamericano y caribeño el asunto de la heterosexualidad obligatoria, señalando que esta institución social tiene efectos fundamentales en la dependencia de las mujeres como clase social, en la identidad y ciudadanía nacional y en el relato del mestizaje como mito fundador de los relatos nacionales.

Por otra parte, como se describe anteriormente la crítica que hace la filósofa argentina María Lugones (2005) al concepto de intersección de opresiones por considerarlo un mecanismo de control, inmovilización y desconexión; para Lugones esta noción estabiliza las relaciones sociales y las fragmenta en categorías homogéneas, crea posiciones fijas y divide los movimientos sociales, en lugar de propiciar coaliciones entre ellos.

Para argumentar su punto de vista, Lugones (2005) identifica como opuestas la perspectiva de Audre Lorde y la de Kimberlé Crenshaw, caracterizándolas como dos maneras distintas de entender las diferencias: la primera las aborda como diferencias no dominantes e interdependientes, y la segunda, como categorías de opresión separables que al entrecruzarse se afectan. Lugones (2005) plantea que la intersección nos muestra un vacío, una ausencia, donde debería estar, por ejemplo, la mujer negra, porque ni la categoría “mujer” ni la categoría “negro” la incluyen. Pero una

vez identificado este vacío debe actuarse políticamente. Recogiendo el legado de Lorde, Lugones propone la lógica de la fusión como posibilidad vivida de resistir a múltiples opresiones mediante la creación de círculos resistentes al poder desde dentro, en todos los niveles de opresión, y de identidades de coalición a través de diálogos complejos desde la interdependencia de diferencias no dominantes (Lugones, 2005).

De la misma forma, es importante señalar, como hace Carby (2008), que el concepto patriarcado, aplicado a diversos tipos de situaciones coloniales, es insatisfactorio; no permite explicar, por ejemplo, por qué los hombres negros nunca tuvieron los beneficios del patriarcado blanco y por qué las mujeres negras fueron dominadas “patriarcalmente” de diferentes maneras por hombres de “colores diferentes”. Los sistemas de esclavización y colonialismo no solo rehusaron sistemáticamente a los hombres negros una posición en la jerarquía de los hombres blancos, sino que emplearon formas específicas de terror con el fin de oprimirlos, como lo señalaron Aimé Césaire (1950) y Frantz Fanon (1952).

Los parámetros feministas universales occidentales son inadecuados para describir formas de dominación específicas en las cuales las relaciones se intrincan y se experimentan de diversas formas. Haití expresaría esto.

En su artículo “Dark Care, de la servitude à la sollicitude”, Elsa Dorlin (2005) muestra que la génesis de la feminidad moderna, tal como se construyó a lo largo del siglo XIX, debe buscarse no en la oposición a la masculinidad, sino en una doble oposición de raza y clase social. Según Dorlin, la feminidad de las amas de casa (*house wife*), definida en términos de piedad, pureza, sumisión y domesticidad, no se oponía a la masculinidad del jefe de hogar, sino a la feminidad de la sirvienta doméstica negra (*house hold*), reputada por ser lúbrica, amoral, rústica y sucia. Dicho de otra manera, lo que constituyó el reverso de lo femenino fue una norma racializada de la domesticidad y no una hipotética masculinidad preexistente. En las investigaciones sobre identidades masculinas en Quibdó y Armenia en Colombia (Viveros Vigoya, 2002; Viveros Vigoya, 2009) también se encuentra que las normas, posiciones e identidades masculinas no se construían en relación con una feminidad preexistente, sino en relación con categorías de clase y raza.

Como plantea Viveros Vigoya (2016), experiencias y trayectorias de análisis “situadas” parece un aporte clave para el presente estudio, es decir, contextos en los cuales las interacciones de las categorías de raza, clase y género actualizan dichas categorías y les confieren su significado.

El origen social de quienes crearon las teorizaciones llamadas hoy interseccionales es fundamental para entender su génesis y desarrollo, y el lugar que ocupan la raza y el racismo como modalidades particulares de la dominación; igualmente, para explicar la importancia de la experiencia y la práctica social como fuentes de conocimiento, y el lugar asignado a la resistencia, la revuelta y la emergencia de nuevos sujetos políticos (Vigoya Viveros, 2016).

Sin embargo, como lo identifica Vigoya Viveros (2016) al convertirse la interseccionalidad en la metáfora feminista más difundida en Europa y los Estados Unidos, muchos de los trabajos escritos sobre interseccionalidad actualmente perdieron conexión con los contextos latinoamericanos y caribeños que le dieron origen e ignoraron contribuciones importantes hechas por fuera de los contextos universitarios del Norte global y escritos en lenguas distintas al inglés. La pregunta sobre quién produce el conocimiento, qué conocimiento es válido y quién tiene el poder para decidir estas cuestiones sigue teniendo pertinencia en un campo de conocimiento que no está por encima ni por fuera de las asimetrías en la producción y circulación del conocimiento (Quijano, 2009).

Gudrun-Axeli Knapp (2005, citada en Roth, 2013) señala además el peligro de que esta teoría se convierta en lo que Derrida llamó un “discurso doxográfico”, es decir, un discurso que corre el riesgo de incurrir en un academicismo

capitalista moderno y en un uso mercantil de la mención obligada a la interseccionalidad, pero despojada de su concreción, contexto e historia, y por lo tanto de su ímpetu político transformador y de emancipación.

2.7 Afrodescendencia y diálogos interculturales posibles

A raíz de de esta conceptualización de interculturalidad, para la región del Caribe, y en especial para la isla Quiqueya, el diálogo intercultural entre estas naciones y pueblos, según Susy Castor (1983), implica visibilizar los conocimientos, saberes, historias, significaciones y representaciones sobre la cuestión afrodescendiente en ambos países y, sobre todo, en la identidad dominicana.

Las discrepancias entre los significados, representaciones y prácticas entre pueblos y culturas, no se pueden soslayar del contexto histórico y socio-cultural en el cual se dan. Qué es y qué deja de ser el proceso de salud-enfermedad, la sexualidad, el cuidado, la salud de las mujeres trabajadoras, la maternidad, la fecundidad (es decir cuáles son los *valores* y los *desvalores* asociados a esta) está determinado por múltiples contextos en que se inscriben las mujeres, sus familias y sus comunidades. Vale resaltar que esto les ocurre a las mujeres de las comunidades rurales o afrodescendientes, o de pueblos indígenas originarios en América Latina y el Caribe; y a cualquier mujer de cualquier posición social en el mundo.

Las creencias religiosas, la relación con la naturaleza y la tierra, la resistencia colonial, el reconocimiento étnico-racial, la cuestión idiomática, la maternidad y la herencia generacional (Herrero, 2011); así como, los valores y las relaciones de poder en el seno de la cultura dominicana y afrodescendiente en la Isla, representan claves para comprender cómo operan en el presente y el futuro de las políticas públicas (Castor, 1983) en los servicios públicos de salud colectiva y en la salud de las(os) trabajadoras(es).

El ejercicio de desintoxicación colonial, asumir el carácter incompleto de todos los conocimientos (Santos, 2011) y que un tipo de conocimientos supone ignorancia de otros, parece una operación sustancial para ingresar al campo de la interculturalidad según Breilh (2003). Sin duda, el (re)conocimiento de conocimientos, puntos de vista, voces, rostros y sabidurías en el Otro, es la condición fundacional para un posible diálogo y comprensión intercultural; es decir, definir que hay otros conocimientos más allá del conocimiento científico-moderno positivista (Walsh, 2006).

Es en este sentido, que la estrategia de interculturalidad (Walsh, 2006) aparece como una dimensión política del diálogo entre culturas, historias y saberes-conocimientos, presuponiendo este diálogo sobre la base de la equidad de derechos, distribución de poder, democratización de la sociedad y reconocimiento de la diversidad. Esta distribución de poder (obturando las “asimetrías” relacionales e incluyendo obviamente la relación “médico-paciente”), bajo esta perspectiva, significa para Walsh (2006) pasar de “relaciones” verticales de imposición de “culturales-paradigmas” (por ejemplo, la “biomedicina”, la “medicina del trabajo” y la salud “ocupacional” en el proceso salud-enfermedad) a una relación horizontal dialógica de culturas, saberes y conocimientos; democrática, plural y diversa.

Justamente, la denominación de estrategia de “interculturalidad” que asumen diversos autores y referentes tanto del mundo académico-occidental (Walsh, 2008), como de los pueblos y naciones indígenas originarias y afrodescendientes de la región latinoamericana y caribeña, no puede ser una simple medida instrumental, ni un dispositivo u arreglo meramente idiomático-lingüístico-comunicacional, ni una táctica de facilitación de la labor de los servicios

públicos de salud en poblaciones con dimensiones socioculturales y étnicas complejas, o un simple modelo de participación social de las comunidades organizadas por los propios establecimientos sanitarios y/o las políticas públicas de los Estados.

De hecho, recuperar la centralidad del diálogo intercultural es, a decir de Quijano (2000), problematizar los procesos significantes del camino de una poscolonialidad interior. El diálogo de saberes, conocimientos, prácticas, historias y respeto de las naciones y pueblos indígenas, así como de migrantes (Malgesini y Giménez, 2000) y afrodescendientes, desde una concepción de ecología de saberes y distribución de poder, resulta fundamental para Santos (2010), a fin de enfrentar las inequidades socio-económicas y étnico-raciales que se alimentan mutuamente en las sociedades latinoamericanas; por tanto, la búsqueda de la igualdad no puede estar separada del derecho al reconocimiento de la diferencia.

Según Walsh (2008), “más que un concepto de interrelación o comunicación (como típicamente suele entenderse en el contexto europeo), la interculturalidad en esta región del mundo significa potencia e indica procesos de construir y hacer incidir pensamientos, voces, saberes, prácticas y poder sociales “otros”; una forma “otra” de pensar y actuar con relación a y en contra de la modernidad/colonialidad... La meta no es simplemente reconocer, tolerar ni tampoco incorporar lo diferente de la matriz y estructuras establecidas (...) es poner en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos de pensar y vivir. Por eso la interculturalidad no es un hecho dado, sino algo en permanente camino y construcción”.

Entonces, surgen los problemas trazadores de la cuestión intercultural en salud (Juárez, 2006): desencuentros, incomunicación, impenetrabilidad intercultural, y todas las definiciones que resta imaginar. ¿Qué hacer frente a estas situaciones? ¿Esperar que la comunidad (o en este caso las mujeres trabajadoras domésticas) demande? ¿Saber escuchar la demanda? ¿Ponerse en condiciones de ser demandado? ¿Promover la demanda? Son opciones posibles y reflexiones necesarias.

Las acciones en salud colectiva de las(os) trabajadoras(es) pueden plantearse desde dos trayectorias distintas, e incluso hasta complementarias, cada una de las cuales se corresponde con distintos tipos de políticas (o de Estado): una perspectiva basada en una concepción unilateral de la planificación, conforme a la cual la gestión y la planificación queda del lado de los efectores públicos (es decir, del propio Estado); otra, basada en la incorporación de las propias(os) trabajadoras y trabajadores, de la comunidad y de la sociedad como parte estratégica en el proceso de planificación y gestión del cuidado de la salud colectiva. De arriba para abajo, o de abajo para arriba, ambas trayectorias ponderan voces, saberes y conocimientos como prácticas (Freire, 1996).

Bajo este contexto, es válido destacar que aproximadamente 200 millones de personas se identifican o reconocen a sí mismos como de descendencia africana en América Latina y el Caribe. En la declaración y programa de acción de Durban de las Naciones Unidas en el 2001, conocido como “Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia” (ONU, 2001), es una obligación y deber de los Estados reconocer a los afrodescendientes como un grupo de víctimas del colonialismo, que continúa sufriendo discriminación étnico-racial como un legado histórico del comercio transatlántico de esclavos. Incluso quienes no son descendientes directos de esclavos, actualmente también sufren del racismo y la discriminación.

En varios puntos (13, 14, 16) de esa declaración de la Conferencia de Durban, se reconoce una perspectiva de derechos humanos sobre las poblaciones africanas y afrodescendientes, que claramente permite aportar elementos al caso de la República Dominicana, a ser consideradas como ejes fundamentales para pensar el diálogo intercultural en la salud de las(os) trabajadoras(es). Sobre este particular, la declaración de la Conferencia de Durban expresa:

“Reconocemos que la esclavitud y la trata de esclavos, en particular la trata transatlántica, fueron tragedias atroces en la historia de la humanidad, no solo por su aborrecible barbarie, sino también por su magnitud, su carácter organizado y, especialmente, su negación de la esencia de las víctimas; y reconocemos asimismo que la esclavitud y la trata de esclavos, especialmente la trata transatlántica de esclavos, constituyen, y siempre deberían haber constituido, un crimen de lesa humanidad y son una de las principales fuentes y manifestaciones de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, y que los africanos y afrodescendientes, los asiáticos y las personas de origen asiático y los pueblos indígenas fueron víctimas de esos actos y continúan siéndolo de sus consecuencias... Reconocemos que el colonialismo ha llevado al racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, y que los africanos y los afrodescendientes, las personas de origen asiático y los pueblos indígenas fueron víctimas del colonialismo y continúan siéndolo de sus consecuencias. Reconocemos los sufrimientos causados por el colonialismo y afirmamos que, dondequiera y cuandoquiera que ocurrieron, deben ser condenados y ha de impedirse que ocurran de nuevo. Lamentamos también que los efectos y la persistencia de esas estructuras y prácticas se cuenten entre los factores que contribuyen a desigualdades sociales y económicas duraderas en muchas partes del mundo de hoy ...”.

Desde la antropología crítica, la construcción del Otro, en este caso desde una perspectiva de la afrodescendencia, resulta importante identificar cuáles son los nudos críticos para la construcción de diálogos interculturales en la salud y el trabajo. Cabe destacar que se parte de la premisa según la cual el análisis de las representaciones sociales no pueden soslayar el contexto social en que está inmerso.

Por lo tanto, para Wallerstein y Balibar (1991): “Debemos interpretar las distintas expresiones de racismo y xenofobia a la luz de la coyuntura social e histórica de la cual es subsidiaria, para lo cual creemos ineludible intentar responder el siguiente interrogante: se crea una serie de asociaciones semánticas en torno a la noción de “inmigrante”, relacionándolo con el delito, la marginalidad, la desocupación, la corrupción, el robo, la explotación y la usura. Lo que indica un significante sumamente elástico capaz de acoger una multiplicidad de significados designando al “otro” como una amenaza. Algunos autores denominan esto como una “psicosis de migración”, una de las características esenciales del racismo, esto es: ‘su capacidad de amalgamar en una causa única, circunscrita por medio de una serie de significantes derivados de la raza o de sus equivalentes más recientes, todas las dimensiones de la patología social’. El ‘otro’ es, entonces, el que usurpa los escasos puestos de trabajo y usufructúa la riqueza nacional, evocando así la idea de una ocupación arbitraria de un espacio social en donde se desplaza del mismo a sus legítimos dueños. De hecho, cuando los migrantes se convierten en un enemigo, el nativo pasa a jugar un papel de víctima de ciertas fuerzas externas a las que hay que controlar ... En otras palabras, el ‘otro’ es alguien que hay que evitar, apartar de la competencia laboral o echar a fin de purificar el cuerpo social. El pensamiento social discriminatorio está inscrito en una estructura latente que emerge en nuevos contextos, lo que demuestra que el racismo no surge de la nada y sin precedentes ni orígenes”.

2.8. Pensar el proceso de trabajo del empleo doméstico desde la especificidad de América Latina y El Caribe

El empleo doméstico tiene implicancias como proceso de trabajo precarizado, racializado y feminizado en el capitalismo global y periférico (Gálvez y Todaro, 1984) y como institución sociocultural de reminiscencias coloniales

de servidumbre y deshumanización (Cumes, 2014). Esas dos dimensiones conviven a la hora de aproximarse a un marco de comprensión sobre el empleo doméstico. En ese sentido, este apartado de marco teórico parte de problematizar lo colonial y lo étnico/racial, como una condición estructurante del trabajo doméstico.

En los estudios de Elizabeth Kuznesof (1993) se expone claramente que la estructuración del servicio doméstico en la América Latina y el Caribe, como se le conoce en la actualidad, coincide con el comienzo de la colonización española. Su historia estuvo determinada también por las dinámicas que el capitalismo mundialmente periférico tuvo en la Región, como la visión corporativista del Estado, el papel del hogar patriarcal y el rol de las mujeres en la sociedad donde los servicios en las ciudades y el sistema fabril influyeron sobre las oportunidades de empleo de las mujeres en general y afectaron la dinámica del empleo doméstico (visto generalmente como un quehacer femenino).

Con la independencia de casi todas las colonias españolas en América Latina y el Caribe, entre 1815-1825, el servicio doméstico como empleo para mujeres no fue alterado, y la renuencia del Estado a interferir en el trabajo hecho en casa como un lugar de espacio social de lo privado, también dio a las(os) empleadoras(es) un poder sustancial sobre la vida de las sirvientas domésticas (Kuznesof, 1993).

Por otro lado, la migración rural-urbana, que caracterizó el final del siglo XVIII y el principio del siglo XIX en Latinoamérica y el Caribe, obligó a que más mujeres del campo vinieran a la ciudad para servir en casas a cambio de comida y un techo para sobrevivir. Esta situación perpetuó eficazmente la condición del servicio doméstico en una posición de casi absoluta subordinación no regulada hacia el jefe del hogar. El tributo a la unidad familiar esclava o servil consistía en la provisión de alimentos, telas, algodón, entre otros; algo bastante correlacionado a lo que hoy continúa siendo el pago “en especies” en el empleo doméstico del siglo XXI (alimentación, habitación, ropa, ayuda médica, etcétera).

Como bien lo aborda Aura Cumes (2014) para Guatemala, el trabajo doméstico en América Latina y el Caribe en general, y en la República Dominicana en particular, no puede ser teorizado sin asumir sus bases constitutivas de servidumbre subhumana colonial y patriarcal, sobre las cuales se asentó la experiencia colonización y las cuales se solidificaron en el capitalismo mundialmente periférico. Bajo esta lógica, la trabajadora tendría y tiene una calidad de sirvienta; y el proceso de trabajo, una modalidad de servidumbre. En el caso del Caribe, hablar de la servidumbre tiene evidentes vasos comunicantes con la herencia colonial de la esclavitud y la racialización de cuerpos, historias y vidas.

Por eso, esta estructura social (Cumes, 2014) no se entiende del todo, si las condiciones coloniales se explican como residuos del feudalismo o de situaciones precapitalistas o preindustriales; y las contractuales del trabajo, como modernas y avanzadas, sin considerar su enlace dependiente de la colonialidad y la inferiorización humana y laboral. Vale resaltar que hay conexiones intrínsecas.

Así que, el trabajo doméstico es visto como una institución de servidumbre, donde ser sirviente no es una cuestión laboral, sino una cuestión de clase social, étnico-racial y de género; siendo que mediante el consentimiento del Estado, se institucionaliza la condición del indígena y del afrodescendiente como sirvienta.

El trabajo que presta la trabajadora doméstica no es solo una actividad de mercado en la que se vende y compra fuerza de trabajo, sino un modo de vida y una institución sociocultural. Esto implica teóricamente una diferencia con el Norte global (Bartley et al., 1992) y la división sexual de los cuidados, donde en la industrialización del capitalismo central desaparece el núcleo familiar como la unidad de producción y/o trabajo. De este modo, se excluye a las mujeres casadas del mercado de trabajo, ocasionando un reparto de roles que las coloca ante una ocupación denominada “labores de hogar” no percibida como un trabajo, sino como un “servicio” a la familia ligado a la “naturaleza femenina”; esto

como rol femenino, tanto remunerado como no remunerado. A grandes rasgos, los efectos de esta situación derivó en no considerar como un trabajo al empleo doméstico (tanto en el espacio privado del hogar como socialmente), a la dedicación a la crianza, a la realización de tareas domésticas y a la atención al grupo familiar; sin embargo, este movimiento tiene diferencias sustanciales con el proceso de trabajo doméstico de servidumbre y remunerado.

Desde la etapa industrial del capitalismo, las sociedades separaron el trabajo de reproducción social del trabajo de la reproducción económica; el primero asociado a las mujeres y el segundo a los hombres (Fraser, 2015), lo que se conoce tradicionalmente como la división sexual del trabajo: el hombre como trabajador y proveedor familiar, y la mujer en su rol de responsable de la domesticidad, la crianza y el cuidado de los hijos, quedando reservado para ella el espacio privado (Jelin, 1998). En este sentido, la mujer participa en el mercado de trabajo en una posición subordinada.

Como sostiene Benería (1981), el modo en que la mujer participa en la esfera productiva solo es comprensible si entendemos la función que históricamente desempeña en la esfera reproductiva. La importancia que tuvo la mujer dentro de la esfera reproductiva y la relación primaria de subordinación que de allí se deriva, explica la jerarquía sexual que existe en el mercado de trabajo, y que crea trabajos femeninos de carácter subordinado, asociados a las tareas tradicionalmente identificadas como “femeninas”. Mientras que la ocupación de la mujer en el trabajo doméstico es predominante, la función de las mujeres en el trabajo productivo es más compleja.

Como bien lo marcan las propias trabajadoras de casas particulares, sus experiencias dejan al desnudo la crudeza de una labor que se ejerce por la fuerza de la repetición de códigos históricos y socialmente instalados, mediados por la reproducción de relaciones de poder entre dos sujetas ubicadas en los extremos de las experiencias de la inequidad social, de género y étnico/racial. La voluntad de las empleadoras tiene un peso decisivo en la definición del salario, del tipo de trabajo que se realice, de los horarios, del trato, de la violencia y de la disciplina del cuerpo de las trabajadoras (Cumes, 2014).

El hecho de que muchas mujeres realicen un trabajo doméstico bajo condiciones destructivas lo demuestran estudios como el de Ángeles Garduño y Julia del Carmen Rodríguez (1990) con las empleadas de taquilla del metro de la ciudad de México. Los índices de morbilidad encontrados fueron mayores según la intensidad del trabajo doméstico medida según un índice construido.

Con las exigencias de reproducción social del empleo doméstico pueden convertirse en objetos de trabajo, objetos y medios de trabajo que son peligrosos y dañinos para la salud humana y colectiva (Garduño y Rodríguez, 1990).

Trabajar en empleo doméstico entraña, entre otras cosas, insertarse en una estructura organizacional con altos niveles de autonomía en la base; así como en procesos de trabajo que se extienden los 365 días del año. Esto implica lidiar con el cuidado, la sobrecarga corporal y la violencia, y pone en juego el proyecto de vida de las propias trabajadoras; los significados y sentidos del proceso de trabajo se encuentran infravalorados, asumidos como servidumbre, aunque los crecientes procesos de organización de las trabajadoras comienzan a deconstruir estos procesos estructurantes (Cumes, 2014).

Las particularidades del trabajo del empleo doméstico hablan además de un producto que no puede ser desvinculado de la trabajadora que lo ejecuta (Castro, 1982), porque se realiza en el proceso de prestación de servicio, un “trabajo vivo en acto” lo calificaría Emerson Merhy (2006; 2011). Así, productoras de trabajo doméstico y empleadores son agentes activos que despliegan sus representaciones, conocimientos, expectativas y necesidades en el proceso de trabajo (Merhy, 2006).

En el empleo doméstico siempre circula el deseo de sometimiento en la relación empleadas domésticas-patrones, donde la estructura básica patriarcal de herencia colonial en las sociedades latinoamericanas y caribeñas permanece y continúa apoyando una norma de dominación dentro de los espacios de subordinación de los hogares individuales. Esto dificulta que el servicio doméstico sea considerado, aún hoy día, como un trabajo, tal y como lo vienen demandando en sus luchas las mismas trabajadoras del hogar.

Para Silvia Federici las mujeres, además de ser reproductoras, crean bienes materiales particulares procedentes del trabajo doméstico. Esto implica como cuestión central la falta de reconocimiento de este trabajo como productivo, siendo que conforma la base reproductiva sobre la que se sostiene el mismo capitalismo y la reproducción social dentro de este sistema (Federici, 2004; 2011; 2012; 2013).

De su lado, Fraser (2015) hace un análisis de la interrelación entre la producción y la reproducción social, y sostiene que el sistema económico capitalista depende de las actividades reproductivas realizadas en el espacio doméstico y, por lo tanto, externas a este, como condición indispensable para su existencia.

La producción del espacio doméstico y privado (Santos, 2000) vivido, situacional y percibido como plantea Fraser (2015) es un espacio reproductivo y a la vez productivo. La división entre trabajo productivo y reproductivo impuso ocupaciones domésticas a las mujeres, logrando una plusvalía reproductiva clave para la dinámica del propio capitalismo racializado (Crenshaw, 1995).

El hecho de que la patronal sea una unidad doméstica y no productiva (en el sentido que no se encuentra orientada a la obtención de producción de bienes/mercancías) opera en la exclusión de estas trabajadoras de la normativa general del contrato de trabajo. La crítica situación laboral del empleo doméstico se vincula con el peculiar carácter del ámbito en el que se produce el proceso laboral de estas trabajadoras, ámbito de difícil acceso para el monitoreo por parte del Estado y de la sociedad (Cumes, 2014).

De hecho, la relación entre trabajo doméstico y no doméstico está sujeta a determinaciones históricas. Cabe destacar que surge con el capitalismo y persiste una rígida distinción entre el trabajo doméstico en el hogar y el trabajo productivo en espacios de trabajo "públicos". Esta división de esferas por género se construye diferenciando unas tareas como domésticas y otras como no domésticas.

El espacio doméstico en cuestión supone el aislamiento de la trabajadora, lo que redundará en un obstáculo significativo para su organización y acción colectiva en términos del conflicto capital-trabajo. De manera tal que, al margen de las debilidades de una protección efectiva del Estado y de las organizaciones gremiales, las condiciones laborales y salariales de estas trabajadoras son determinadas discrecionalmente por cada patronal, como lo hicieron a lo largo de toda la historia de este trabajo.

Desde una economía política del trabajo doméstico (Federici, 2011), se parte del reconocimiento del empleo doméstico como trabajo de cuidado: un trabajo imprescindible para la reproducción social y un sostén fundamental en el mantenimiento de los modos de producción económicos hegemónicos.

Aunque algunas autoras, como Cumes (2014), son críticas a la postura que señala que el empleo doméstico es imprescindible, porque naturaliza la posición de ciertos grupos sociales, como destinados a servir, mientras otros aparecen como dignos de ser servidos. No obstante, existe una visión que considera que los servicios personales pagados en el hogar, para la reproducción de la fuerza de trabajo, son necesarios. El empleo doméstico implica también relaciones de poder entre mujeres, lo que plantea contradicciones en el proceso y discusión sobre la propia emancipación femenina, ya que suspende el cuestionamiento social a la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, por también tratarse de una división clasista y racial del trabajo doméstico -como fue descrito anteriormente-.

2.9 Características del empleo doméstico contemporáneo

En este apartado se considera una caracterización básica presente en toda la literatura de estudios realizando la distinción teórica entre trabajo doméstico, en general referido a la división sexual del trabajo que desarrollan las mujeres en la familia, el hogar y el cuidado sin percibir remuneración alguna (Fraser, 1994), y el de empleo doméstico como proceso de trabajo externo al grupo familiar y en una relación de trabajo (OIT, 2010).

El proceso de trabajo doméstico se entiende como aquel que se realiza en el hogar para mantener y reproducir la fuerza de trabajo, y que incluye las prácticas de cuidado dirigidas a conservar el equilibrio afectivo y emocional de sus miembros. Por supuesto que, en la división sexual de los cuidados (Batthyany, 2009), el proceso asignado culturalmente a la mujer, como su papel fundamental, la define socialmente como ama de casa, madre o esposa.

Como fue considerado anteriormente, la distinción entre el trabajo doméstico realizado por el ama de casa, como un servicio prestado al esposo, hijos(as) y otros, sin remuneración alguna, y como expresión amorosa de su rol en la familia (Fraser, 1994), no se considera trabajo y es visto como “rol propio de las mujeres”. Por tal razón, las mujeres que lo hacen como ocupación principal no forman parte de la población económicamente activa. Esta es la expresión más clara de la subvaloración social que acompaña al trabajo doméstico.

Ahora, cuando el ama de casa contrata o transfiere parte de las tareas domésticas que le fueron asignadas socialmente, por lo general en una mujer que busca una remuneración por su trabajo en casa ajena, el trabajo doméstico se convierte en trabajo doméstico remunerado y surge la figura de la empleada doméstica (Arango, 2008).

En este proceso de trabajo coexisten dos tipos de vida en el mismo espacio: el de la familia o de los empleadores/patrones y el de la trabajadora. Para los primeros, el hogar es el lugar de vida, de descanso, de consumo, de encuentro familiar, de privacidad e intimidad; y para la segunda, el espacio de trabajo, de consumo, de sobrevivencia, de explotación y hasta de vida. Allí se establecen relaciones en las que lo laboral se mezcla con lo afectivo y lo personal (cuidado) (Arango, 2008).

Sin embargo, el lugar de vida (más agudo para la trabajadora que duerme en el hogar) está restringido a un espacio físico diferente al de la familia, que hace explícita la distinción de clase y étnico-racial en el propio espacio doméstico-privado. El afecto se permite mientras no vaya más allá de las líneas divisorias que enmarcan la relación, es decir, el afecto dentro de las diferencias y desigualdades, que a su vez operan dentro del sistema afectivo de la trabajadora para interiorizar la inferioridad como intrínseca en su vida y, por este medio, obstaculizar la formación de una conciencia que permita ver con claridad las contradicciones del vínculo laboral. En esta mezcla de relaciones laborales, afectivas y personales, la identidad de la trabajadora se vive en una compleja confusión (Arango, 2008).

El empleo doméstico es ejercido por mujeres de sectores populares, lo cual aumenta y potencia su subvaloración (Gálvez y Todaro, 1984). La presencia de mujeres de origen rural, indígena y afrodescendiente es importante. El empleo doméstico en el seno del hogar se constituye en una relación entre mujeres, es decir, entre empleada-patrona. Esto supone una asimetría de poder que da paso a relaciones contradictorias entre mujeres y entre clases sociales diferentes en el seno del mismo hogar (Arango, 2011).

La dimensión del cuidado y del mantenimiento de la casa pone de manifiesto la cadena de cuidados, que siempre queda en manos de mujeres, replicando una lógica social de feminización de este trabajo. A su vez, la responsable de manejar la relación con la trabajadora doméstica es generalmente la mujer de la casa, en un contexto heteronormativo; este es un ejemplo de que el hogar sigue siendo un lugar femenino, pues ellas son quienes se ocupan de hablar con la empleada, de pagarle, de controlar sus tareas, de castigar, etcétera.

La mujer se constituye, entonces, como una reserva de fuerza de trabajo flexible, donde en especial las trabajadoras de casas particulares se caracterizan por su marcada inestabilidad, informalidad y precarización (Arango, 2008).

La división sexuada del trabajo, y la desvalorización que tiene el trabajo de las mujeres a causa de la desvalorización que tiene a su vez el cuidado, repercute, como se percibió anteriormente, en las condiciones laborales de ambos sectores. De esta manera, bajo modalidades más precarias de contratación, las empleadas domésticas sufren también esta invisibilización en su proceso de trabajo (Arango, 2008).

También en el empleo doméstico se constituyen las llamadas familias transnacionales, en las que mujeres madres-jefas de familia practican la maternidad transnacionalmente por medio de cadenas mundiales de cuidados y afectos; una "serie de vínculos personales entre gente de todo el mundo, basadas en una labor remunerada o no remunerada de asistencia", según Hochschild (2001).

En estas cadenas son comunes para las trabajadoras migrantes domésticas: la irregularidad en la contratación; largas jornadas laborales, en las que a menudo no se respetan ni las horas de descanso ni el horario de salida pactado; bajos salarios; pluriempleo, en algunos casos; e incluso la eliminación de los días de descanso. La precariedad es la palabra que mejor resume la inserción de estas mujeres en la sociedad, a causa fundamentalmente de su triple condición de mujeres, trabajadoras y migrantes (Goldsmith, 2007).

Según Lautier (2003), las carreras laborales de las empleadas domésticas dan cuenta del desarrollo de "circuitos de movilidad" cada vez más cerrados, donde las trabajadoras precarias transitan por trabajos -asalariados y no asalariados- de las mismas características; de este modo, las posibilidades de desplazamientos hacia empleos protegidos y estables son cada vez menos frecuentes, conociendo además la necesidad de reproducción del capital dentro de la sociedad capitalista.

De este modo, se presenta una paradoja siniestra de la hegemonía neoliberal, según Emir Sader (2011), que libera mercados y desregula protecciones económicas en la globalización de la periferia, pero controla a la fuerza de trabajo, a través de la flexibilización, precarización y/o desempleo estructural. Vale decir que los cambios productivos y la regresividad del empleo incrementaron las inequidades por clase, etnia y género, incluyendo el trabajo doméstico.

El interés de este estudio viene dado por tratarse de un proceso de trabajo (el empleo doméstico) que realiza prácticamente la mayoría de las mujeres jóvenes y adultas, a partir de una cierta edad, como colectivo de mujeres asalariadas para tareas domésticas, y que habitualmente se aborda, por el conjunto de la sociedad, incluido el sistema sanitario, como un tipo de actividad para la que existiera una “natural” capacidad de realización en las mujeres. A esta modalidad de trabajo no se le asigna especial atención en los daños en la salud colectiva, cargas y desgaste bio-psico-social, como por ejemplo si se viene realizando desde hace décadas una agenda sanitaria feminizada sobre el embarazo y la maternidad o la salud sexual y reproductiva (Lautier, 2003).



3

DISEÑO DEL ESTUDIO

DISEÑO DEL ESTUDIO

3

3.1 Justificación

Este proyecto de investigación nace a partir del encuentro de la necesidad de construir procesos descriptivos y analíticos desde los sindicatos de trabajadoras del hogar, actores de la academia y organizaciones de sociedad civil, frente a las determinaciones e intersecciones críticas del proceso de trabajo doméstico y la salud colectiva (Minayo, 2014).

Existe poca literatura científica disponible y escasos estudios epidemiológicos con experiencia de campo sobre trabajo doméstico y salud colectiva. Tampoco se observa este tipo de documentos sobre una epidemiología de los modos de vivir y trabajar, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar; las condiciones de trabajo y los impactos en la salud humana y colectiva de este grupo social; los perfiles epidemiológicos protectores y dañinos, que aporten a procesos descriptivos, observacionales, ecológicos y, asimismo, contemplen un abordaje cualitativo (Minayo, 2003) de los puntos de vista de las propias mujeres trabajadoras del hogar y de los tomadores de decisión de salud pública y seguridad social.

En tal sentido, este proyecto busca ser una iniciativa de investigación colaborativa que aporte en el fortalecimiento de las capacidades de producción de conocimiento e investigación desde el modelo obrero de estudio de la salud de las(os) trabajadoras(es), donde los centros de estudios nacionales, como FLACSO República Dominicana conjuntamente con FES Caribe, saliendo de la dinámica de las consultorías de producción de conocimiento a la “carta” y de los informes de acumulación de fuentes secundarias, buscan desencadenar procesos de producción de conocimiento al servicio de las(os) trabajadoras(es).

Este trabajo también pretende ser un insumo para los sindicatos de trabajadoras del hogar y la cooperación técnica de FES Caribe, para fortalecer y asumir estrategias de incidencia en las políticas públicas y en los tomadores de decisión sobre la epidemiología del trabajo doméstico.

Cabe destacar que el presente estudio tuvo un propósito, en su etapa inicial, de caracterizar y analizar el proceso de trabajo doméstico y los perfiles epidemiológicos desde una perspectiva de salud colectiva. Aquí primó la combinación de lo descriptivo-cuantitativo y la metodología cualitativa (Minayo, 2010), ya que pareció adecuada y pertinente para alcanzar los objetivos propuestos de este estudio; esta permite conocer la perspectiva de las mujeres trabajadoras del hogar y aproximarse a comprender algunos de los significados que otorgan a su proceso de trabajo

tanto el desgaste como la carga laboral, de cara a la salud colectiva de las mismas en la República Dominicana. También en el caso de las entrevistas a informantes claves (Minayo, 2003) de Salud Pública y Seguridad Social, buscó comprender el punto de vista sobre las respuestas institucionales a la epidemiología del trabajo doméstico como una expresión de la salud de las(os) trabajadoras(es).

Esta primera etapa del estudio es parte de un proyecto marco de investigación-acción que comenzó a desarrollarse desde marzo del 2020 entre las instituciones FES Caribe y el Programa de Salud Internacional de Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO República Dominicana), con el apoyo de OXFAM República Dominicana.

Adicionalmente, este proyecto de investigación cuenta con tres etapas:

- **Primera etapa:** Estudiar y caracterizar epidemiológicamente los modos de vivir, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana.
- **Segunda etapa:** Identificar y construir una matriz de procesos y nudos críticos, especialmente en la protección de la salud de las mujeres trabajadoras domésticas remuneradas de la República Dominicana.
- **Tercera etapa:** Diseño de estudios longitudinales de cohortes y construcción de propuestas de intervención en el desarrollo y fortalecimiento de redes de salud de las trabajadoras del hogar, y monitoreo epidemiológico participativo del proceso de trabajo doméstico.

3.2 Hipótesis

El proceso de trabajo en el empleo doméstico es una condicionante de los modos de vivir, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana, atravesadas por clase social, etnia y género.

La carga y desgaste laboral en mujeres jóvenes y adultas insertadas en el empleo doméstico remunerado reproducen socialmente determinadas características y patrones sanitarios, como también representaciones socioculturales que se expresan en perfiles epidemiológicos dañinos para la salud de las mujeres trabajadoras en sus estilos y modos de vida individual, familiar y grupal; sin aún contar con respuestas y estrategias de tomadores de decisión de Salud Pública y Seguridad Social en la protección de la salud de las mujeres trabajadoras en general y de las trabajadoras domésticas remuneradas en particular.

3.3 Preguntas y objetivos de investigación

Este trabajo busca contestar algunas preguntas de investigación, entre las que se plantearon las siguientes:

- *¿Qué características condensan el perfil epidemiológico de las mujeres trabajadoras domésticas remuneradas en la República Dominicana? ¿Cómo se expresan en estilos y modos de vida singulares y particulares?*
- *¿Cuáles son los riesgos y los daños para la salud colectiva de las trabajadoras del hogar, identificados en sus procesos de trabajo doméstico?*
- *¿Cuál es la frecuencia de enfermedades? ¿Qué diferencias absolutas existen entre las trabajadoras domésticas dominicanas e inmigrantes?*

- *¿Qué percepciones y representaciones socioculturales tienen las trabajadoras domésticas sobre su proceso de trabajo, sus condiciones laborales de sobrevivencia, carga y desgaste laboral y su impacto en su salud colectiva?*
- *¿Cómo es percibido el problema de la salud-enfermedad y la muerte en el trabajo doméstico?*
- *¿Cómo es percibido el acceso a la atención y protección de la salud por las trabajadoras del hogar en la República Dominicana? ¿Y por los tomadores de decisión en Salud Pública y Seguridad Social? ¿Cuáles programas, planes o estrategias, desde las instituciones de Salud Pública y Seguridad Social, priorizan la salud de las mujeres trabajadoras en el proceso de empleo doméstico? ¿Qué se lleva a cabo en este sentido?*

3.3.1 Objetivo general

Caracterizar la salud colectiva de las mujeres trabajadoras domésticas en la República Dominicana.

3.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las condiciones de trabajo y salud de las trabajadoras domésticas remuneradas en la República Dominicana;
- Describir las enfermedades prevalentes y las principales causas de muerte en el trabajo doméstico;
- Analizar los riesgos laborales en el trabajo doméstico antes y durante el COVID-19 en la República Dominicana;
- Conocer las percepciones y representaciones que tienen las mujeres trabajadoras domésticas sobre sus condiciones de trabajo y la relación con su salud colectiva;
- Identificar las rutas terapéuticas de atención sanitaria y protección laboral de las mujeres trabajadoras domésticas; y
- Conocer las acciones, programas y estrategias que llevan adelante los tomadores de decisión de Salud Pública/Seguridad Social sobre el cuidado de la salud de las cuidadoras/trabajadoras domésticas en la República Dominicana.

DISEÑO MATERIAL Y MÉTODOS



4.1 Tipo de estudio

Estudio combinado cuantitativo-cualitativo. Diseño cuantitativo de tipo descriptivo, observacional transversal. En el diseño cualitativo, estudio de tipo descriptivo, utilizando el método naturalista y/o descriptivo (Vázquez et al., 2006) (Minayo, 2003).

4.2 Población, territorio y muestra

La población de estudio estuvo centrada en mujeres trabajadoras domésticas, de nacionalidad dominicana y/o inmigrante. La definición de trabajo doméstico remunerado, según el Artículo 1 del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2010):

- a) La expresión **trabajo doméstico** designa el trabajo realizado en un hogar u hogares o para los mismos;
- b) La expresión **trabajador doméstico** designa a toda persona, de género femenino o género masculino, que realiza un trabajo doméstico en el marco de una relación de trabajo; y
- c) Una persona que realice trabajo doméstico únicamente de forma ocasional o esporádica, sin que este trabajo sea una ocupación profesional, no se considera trabajador doméstico.

El territorio fue enmarcado y delimitado por las Asociaciones de Trabajadoras del Hogar, Movimiento de Mujeres Trabajadoras y la FES Caribe sobre los hogares de trabajo de los grupos de trabajadoras domésticas remuneradas en las provincias de Azua, Barahona, Distrito Nacional, Gran Santo Domingo, La Altagracia, La Vega, Monte Plata, Peravia, Samaná, San Cristóbal, Santiago, Santiago Rodríguez y Valverde.

4.2.1 Estudio fase cuantitativa

Para responder a los objetivos 1, 2 y 3 (O1, O2 y O3), se trabajó con técnicas cuantitativas. De hecho, se hizo a partir del diseño de una encuesta de condiciones de trabajo, salud y riesgos laborales de las mujeres trabajadoras domésticas; y la muestra fue no probabilística, por conveniencia (Patton, 1990).

La “n” de la población a estudiar fueron todas las mujeres trabajadoras domésticas identificadas por las Asociaciones de Trabajadoras del Hogar y los Movimientos de Trabajadoras Independientes, que dieron su consentimiento informado accediendo a ser encuestadas y que cumplieran con los criterios de inclusión. En el caso de las mujeres encuestadas fueron un n=120.

A partir de los criterios basados en la revisión de la literatura científica y los objetivos de este estudio se establecieron como criterios de inclusión los siguientes: mujer trabajadora doméstica remunerada, con y sin hijos, de nacionalidad dominicana y/o inmigrante; buscándose la experiencia de acceso a la atención de enfermedad más general y, en especial, de protección en el trabajo doméstico según aceptaran ser encuestadas.

Los criterios de inclusión utilizados serían los siguientes:

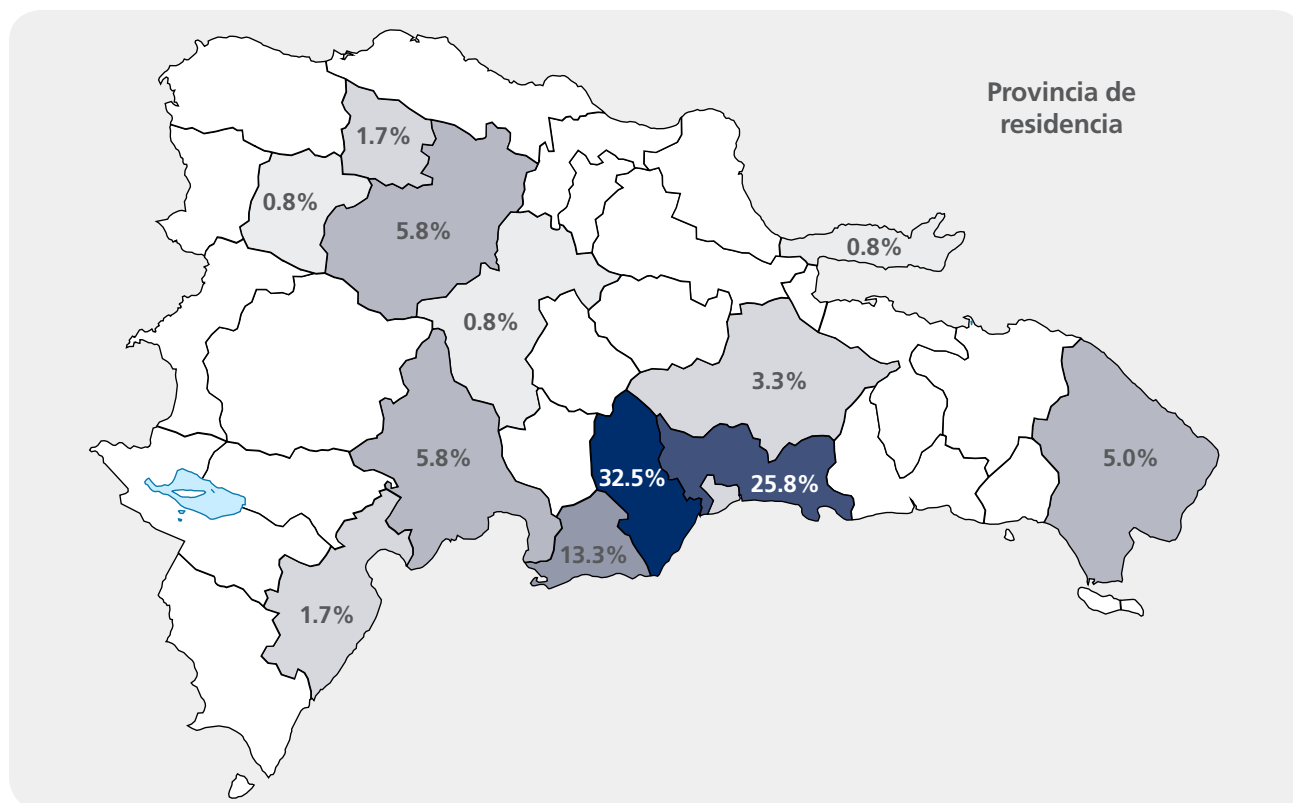
- Haber asistido a atención médica en establecimientos sanitarios en el último año;
- Seguir trabajando o no durante el período epidémico del SARS-CoV-2;
- Tener entre 15 a 75 años;
- Nacionalidad dominicana y/o inmigrante; y
- Tener experiencia de trabajo doméstico.

TABLA 2. Característica muestra de mujeres trabajadoras domésticas encuestadas

	Estatus migratorio	Zona en RD	Rango de edad (en años)	
Mujeres n=120	Dominicana 114	Azua	7	
		Barahona	2	
		Distrito Nacional	1	
		Gran Santo Domingo	28	
		La Altagracia	6	
		La Vega	1	Rango:
		Monte Plata	4	20-70
		Peravia	16	
		Samaná	1	
		San Cristóbal	39	
		Santiago	6	
		Santiago Rodríguez	1	
		Valverde	2	
	Inmigrante	Distrito Nacional	2	Rango:
6	Gran Santo Domingo	4	17-50	

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 7 - Mapa Distribución de mujeres trabajadoras domésticas encuestadas



Fuente: Elaboración propia.

4.2.2 Estudio fase cualitativa

Para triangular datos cualitativos y responder a los objetivos 1, 2, 3, 4 y 5, se utilizaron técnicas cualitativas de:

- **Entrevistas individuales a mujeres trabajadoras domésticas.**

En el caso de las entrevistas individuales, se realizó un muestreo teórico intencionado (Vázquez et al., 2006), considerando la necesidad de selección de las mujeres trabajadoras domésticas remuneradas de forma intencionada, acumulativa y secuencial de distintas provincias, buscando obtener la información suficiente desde sus puntos de vista y discusión. Las entrevistas de mujeres trabajadoras domésticas fue un total de doce (n=12).

La "n" de las entrevistas individuales a estudiar se obtuvo a partir de la selección de mujeres trabajadoras domésticas (sindicalizadas y no sindicalizadas) que concurrieron a atención médica en un hospital público y/o en centros primarios de salud pública en el último año. Los criterios de inclusión fueron haber asistido a la atención médica el último año 2018 y 2019, según distancia geográfica al establecimiento sanitario (zona urbana, zona rural); y tener experiencia de trabajo doméstico antes y durante el período de riesgo epidémico de COVID-19.

Las entrevistas individuales a mujeres trabajadoras domésticas fueron realizadas a partir de criterios basados en la revisión de la literatura científica y en los objetivos de este estudio. De modo tal que, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: con experiencia de atención sanitaria y/o expuesta a riesgos laborales en el último de año;

de nacionalidad dominicana y/o inmigrante; a partir de la experiencia del trabajo, empleo doméstico y salud de las trabajadoras en la variación; que aceptaran ser entrevistadas.

En tanto, los criterios de inclusión utilizados fueron los esbozados a continuación:

- Haber asistido a atención médica en los servicios sanitarios públicos en el último año;
- Estar en actividad y/o suspendida en el contexto de riesgo epidémico del coronavirus;
- Mujer trabajadora doméstica remunerada;
- Tener rango de edad de 15 a 75 años; y
- Poseer nacionalidad dominicana y/o migrante.

TABLA 3. Características sociodemográficas de las entrevistas individuales

	Provincia residencia	Estatus migratorio	Rango edad (en años)
Mujeres (n=12)	(6) Gran Santo Domingo	Dominicana (n:10)	
	(3) Altagracia	Inmigrante (n:2)	
	(1) San Cristóbal		23-66
	(1) La Romana		
	(1) Monte Plata		

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de exclusión para las entrevistas individuales: ser mujer no trabajadora doméstica, ser mujer trabajadora doméstica no remunerada, o tener limitaciones cognitivas que interfieran con la comunicación necesaria para la recolección de datos y no contar con acompañante para comunicación.

En el caso de las entrevistas individuales a informantes claves de Salud Pública y la Seguridad Social, también se realizó un muestreo teórico intencionado (Vázquez et al., 2006), considerando la necesidad de selección de los tomadores de decisión en Seguridad Social y Salud Pública de forma intencionada, acumulativa y secuencial para lograr entrevistas buscando obtener la información suficiente desde sus puntos de vista. Los informantes claves (n=4) incluidos fueron personal directivo médico-sanitario y epidemiológico del Ministerio de Salud Pública, del Consejo Nacional de la Seguridad Social, del SISALRIL y del IDOPRIL.

Así que, los criterios de exclusión fueron el personal sanitario no directivo y/o el personal no sanitario y/o el personal sanitario no especializado en seguridad social y salud de las(os) trabajadoras(es).

TABLA 4. Características sociodemográficas de los informantes claves de Salud Pública

	Provincia	Labor
Informantes claves (n=4) (M=2 + F=2)	4 Santo Domingo	1 Ministerio de Salud Pública 2 Seguridad Social 1 Servicio Nacional de Salud

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Medida e instrumentos

Para asegurar la calidad de los datos y sus conclusiones, se utilizaron varias estrategias de “triangulación” (Patton, 1990). El origen de este término proviene de “multiple operationalism”, es decir, del hecho de realizar múltiples medidas para asegurar que la variedad reflejada sea la presentada o tratada.

Denzin y Lincoln (1994) identifica cuatro formas básicas de triangular la información:

- Triangulación de los datos: La utilización de una variedad de fuentes de datos en el estudio.
- Triangulación de la teoría: Con el uso de múltiples perspectivas para interpretar un conjunto de datos.
- Triangulación metodológica: La utilización de múltiples métodos para estudiar un mismo problema.

Asimismo, este estudio asume una aproximación a la triangulación metodológica, tomando en cuenta medidas cuantitativas sobre fuentes primarias (encuestas a mujeres); así como, técnicas cualitativas que buscaron complementar y ampliar el lente de análisis y descripción del presente trabajo con las entrevistas individuales (mujeres trabajadoras domésticas) y los informantes claves de Salud Pública y Seguridad Social.

4.3.1 Fase cuantitativa (o1, o2 y o3)

- **Encuestas de perfil epidemiológico y sociodemográfico:**

Para la recolección de los datos en las encuestas se empleó un formulario que recogía información sociodemográfica y sanitaria de cada una de las mujeres trabajadoras domésticas (Ver el punto 2.4. Variables). Cabe destacar que el formulario en cuestión fue diseñado exclusivamente para este estudio: primero fue presentado y aprobado por los Sindicatos de Trabajadoras del Hogar de la República Dominicana y la FES Caribe; y, luego, se realizó una guía para su aplicación por investigadoras que realizaron el trabajo de campo de forma telefónica.

4.3.2 Fase cualitativa (o3, o4 y o5)

El análisis cualitativo consiste en ordenar, clasificar, reducir, comparar, interpretar y dar significado a los datos obtenidos (Vázquez et al., 2006). En este trabajo los datos cualitativos fueron datos textuales que procedieron de las entrevistas individuales y de preguntas a mujeres trabajadoras domésticas.

Para tales fines, se descartó la aplicación de grupos focales a las mujeres trabajadoras domésticas porque la muestra de entrevistas individuales había cumplido con criterios de saturación para los objetivos iniciales del estudio, y también por razones de cuidado sanitario en el contexto de la epidemia del SARS-CoV-2 en la República Dominicana.

De cara al quinto objetivo se utilizaron entrevistas con informantes claves tomadores de decisión de Salud Pública y Seguridad Social, para describir y delimitar las estrategias y acciones que llevan adelante las instituciones públicas estatales (Ministerios, SISALRIL, CNSS, Servicio Nacional de Salud) en lo referido al objeto de estudio.

- **Entrevistas individuales:**

En este estudio se confeccionó una guía de entrevista individual con categorías y preguntas guía para las mujeres trabajadoras domésticas. En ese sentido, la entrevista se centró en el tema del empleo doméstico, las cargas y el

desgaste laboral, y los riesgos y la salud de las trabajadoras; así que, el guion fue elaborado en exclusividad para este trabajo de campo.

Las entrevistadas fueron un grupo homogéneo en relación a las características de las participantes (Vázquez et al., 2006). En este estudio, las variables de segmentación utilizadas fueron el proceso de trabajo, el empleo doméstico y la salud de las trabajadoras. Cada variable de segmentación se abordó hasta obtener la saturación del discurso (Fernández de Sanmamed y Calderón Gómez, 2003; Kitzinger, 1995).

A diferencia de las entrevistas abiertas, de contenido y formato libre, la entrevista individual fue semiestructurada y se caracterizó por una formulación a partir de una guía (guion de entrevista; ver Anexo) que recogió los aspectos que buscaban ser explorados y que el(la) entrevistador(a) utilizó como referencia para los temas de estudio que serían abordados. No obstante, no siempre hubo un orden predeterminado, pero se buscó mantener el guion en cada entrevista para que no hubiera olvidos (Vázquez et al., 2006). De esta manera, las entrevistas se realizaron para recoger la opinión, los datos, los puntos de vista y las experiencias de las mujeres trabajadoras domésticas, tanto sindicalizadas como no sindicalizadas, de nacionalidad dominicana e inmigrantes (haitianas) sobre aspectos relacionados con el empleo doméstico, las condiciones de trabajo, los riesgos y la carga laboral, y la salud de las trabajadoras.

La entrevista se utiliza, entre otras finalidades, para obtener información en profundidad sobre actitudes, valores, experiencias, vivencias y opiniones relativas al problema de investigación. La entrevista como técnica conversacional consistió en un diálogo abierto con las informantes, a fin de obtener información válida y profunda por parte de la entrevistada a través de la interacción con el(la) entrevistador(a) (Vázquez et al., 2006).

A partir de esta se pretendió recoger las perspectivas de las entrevistadas sobre sus ideas, valores, experiencias y vivencias (Vázquez et al., 2006). Según el grado de flexibilidad de la entrevista, se pueden distinguir dos tipos: no estructurada (abierta, no directiva o informal); y semiestructurada, que fue la utilizada en esta investigación.

4.4 Estrategia de recolección de datos

4.4.1. Fase cuantitativa

En primer lugar, se informó y solicitó aprobación a las directivas de los sindicatos y asociaciones de trabajadoras del hogar en la República Dominicana para el estudio en sí mismo, buscando generar la participación protagónica, la colaboración y la cooperación horizontal de las propias trabajadoras.

A partir de ahí, se realizó una ponderación y selección de un listado de 400 trabajadoras domésticas de todas las regiones del país, donde fue codificado cada nombre y a partir de donde se comenzaron los contactos telefónicos.

En el caso de los datos recolectados, relativos a las encuestas a las mujeres trabajadoras domésticas, se tomaron durante llamadas telefónicas personalizadas de tres investigadoras, donde la estrategia fue establecer un primer contacto de confianza en las llamadas telefónicas a través de conversaciones informales entre las mujeres trabajadoras domésticas e investigadoras que trabajaron en el estudio; y, luego, se aplicó la encuesta de perfil epidemiológico, si había aceptación al consentimiento informado y en horarios en que la trabajadora tuviera mejores posibilidades de realizar la encuesta. Esto se debió principalmente tanto a la dificultad en el acceso presencial por el contexto epidémico del

SARS-CoV-2, como de poder encuestar a la totalidad de las mujeres trabajadoras domésticas preseleccionadas en sus espacios de trabajo diario, siendo hogares particulares con dificultades de acceso por restricciones de los empleadores.

4.4.2 Fase cualitativa

En el caso de las entrevistas individuales, la estrategia de recolección de información fue la siguiente:

- En primer lugar, se seleccionaron los contextos de convocatoria (asociaciones y sindicatos de trabajadoras domésticas y trabajadoras no sindicalizadas), con el fin de tener representadas a las mujeres trabajadoras domésticas con experiencia en empleo doméstico desde diversas trayectorias.
- Una vez seleccionados los contextos, se reclutaron las mujeres trabajadoras domésticas en actividad en el último año, que asistieron al empleo doméstico antes y/o durante la epidemia del SARS-CoV-2. Estas se convocaron a través de la Asociación de Trabajadoras del Hogar, el Movimiento Independencia de Trabajadoras y las redes de contactos con trabajadoras domésticas no sindicalizadas de casas de hogar particulares.
- Básicamente, estos perfiles se construyeron teniendo en cuenta: 1) La experiencia de empleo doméstico, la carga y el desgaste laboral, y la salud de las trabajadoras, 2) Las características sociodemográficas de la mujer trabajadora doméstica: las edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, el nivel educativo (bajo), el acceso a atención sanitaria (si se atiende en establecimientos de salud de la República Dominicana) y la situación legal (nacionalidad dominicana o sin residencia, inmigrante).

Así que, las entrevistas individuales se desarrollaron de forma virtual a través de plataformas virtuales, donde fue grabada cada entrevista, y solo dos casos se realizaron vía telefónica. La duración de las entrevistas fue en un rango de 45 a 85 minutos, siendo grabadas audiovisualmente para su posterior transcripción literal; además, se tomaron notas durante el transcurso de cada sesión.

En el caso de las entrevistas individuales a informantes claves, para lograr entrevistas en cada institución clave de Seguridad Social y Salud Pública, buscando obtener la información suficiente desde sus puntos de vista, la estrategia de recolección fue la esbozada a continuación:

- En primer lugar, se identificaron y seleccionaron las unidades de toma de decisión en las instituciones de Salud Pública y Seguridad Social (MSP, SISALRIL, CNSS y SNS), con experiencia en gestión de salud pública y seguridad social a nivel nacional.
- Una vez seleccionado el contexto, se reclutaron y tomaron los contactos de las direcciones y gerencias de MSP, SISALRIL, CNSS y SNS que estuvieran en funciones al momento de la entrevista.
- Luego, se hicieron reuniones informales de conocimiento del estudio y de la entrevista. En este sentido, fue una facilitación significativa, donde en más de la mitad de los casos, existía un (re)conocimiento previo de los gestores públicos con los investigadores.
- Estos perfiles se construyeron teniendo en cuenta: 1) Experiencia en la toma de decisiones y gestión de los servicios sanitarios públicos y de seguridad social, 2) Sexo (la mayoría de los tomadores de decisión eran varones, por lo cual se buscó específicamente incorporar decisoras mujeres), 3) Formación profesional sanitaria y de seguridad social comprobada, 4) Sin rango de edad definido, 5) Nacionalidad dominicana.

De igual manera, el desarrollo de las entrevistas tuvo lugar en diferentes espacios (oficinas de entrevistados y vía virtual) y fueron grabadas en audio para su posterior transcripción literal; concomitantemente a cada sesión también se tomaron notas.

En este trabajo se realizaron entrevistas en dos fases diferentes:

- 1) En una primera aproximación al objeto de estudio se entrevistó a informantes claves (n=2) procedentes de cargos gerenciales del Consejo Nacional de la Seguridad Social y de la SISALRIL. El objetivo de esta primera fase del trabajo de campo fue caracterizar tanto la protección laboral y el acceso a la seguridad social de las trabajadoras domésticas, como los planes, acciones, programas y estrategias disponibles para su afrontamiento. Esta primera aproximación facilitó también la caracterización a posteriori de la población de estudio.
- 2) La segunda fase de entrevistas se realizó en cada institución y organismo público priorizado y seleccionado (n=2).

4.5 Variables

El estudio comprende distintas variables, según la técnica de recolección de datos y análisis.

4.5.1 Fase cuantitativa

Para la encuesta de mujeres trabajadoras domésticas se tuvo en cuenta variables cuantitativas en el proceso de diseño de una "Encuesta de perfil epidemiológico de trabajadoras domésticas en la República Dominicana (Ver en la sección "Anexos").

4.5.2 Fase cualitativa

4.5.2.1 Entrevistas individuales a mujeres trabajadoras domésticas

Las categorías utilizadas en este estudio (Ver la Guía en la sección "Anexos"):

- Fecha, nombre persona, lugar de nacimiento y lugar donde vive, edad, educación, ocupación, duración de entrevista y entrevistador(a).
- Descripción de "La salud de las trabajadoras domésticas y la epidemiología del trabajo".
- Emergencia ante el COVID-19: Dinámicas sociopolíticas de la Sociedad y el Estado con trabajo doméstico en riesgo epidémico de COVID-19; circulación de información sobre pandemia en el trabajo doméstico; y estructura social de los cuidados/género/violencia/trabajo doméstico.
- Estado y sistema de salud en relación al trabajo doméstico: Sistema y políticas de salud/Relación Estado y protección laboral del trabajo doméstico; barreras de acceso a atención sanitaria; medicamentos y procedimientos de media y alta complejidad; y protección de salud de trabajadoras en trabajo doméstico

CUADRO 5. Matriz de análisis-estudio “Epidemiología del trabajo doméstico en la República Dominicana”

Dimensión	Categorías y variables	Preguntas guía
I Salud de las trabajadoras domésticas:	1.1 Salud de las trabajadoras domésticas 1.2 Epidemiología del trabajo doméstico	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sabemos de la salud de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana? - ¿Qué determinan las condiciones de salud en el trabajo doméstico? ¿Qué implican la clase social, étnia y género en el trabajo doméstico? - Tasas de frecuencia y distribución de enfermedades en el trabajo doméstico. - ¿Qué enfermedades prevalecen? ¿De qué se enferman y mueren? ¿Cuáles son los riesgos laborales de salud en el trabajo doméstico? ¿Qué diferencias y similitudes se encuentran por regiones particulares del país? - Condiciones de trabajo: desgaste, horarios de trabajo, descansos, riesgos laborales, licencias, salario. - ¿Qué perfiles epidemiológicos encontramos? Condiciones de vida, tales como: vivienda, hacinamiento, acceso a agua, saneamiento, otros.
II Emergencia de COVID-19:	2.1 Dinámicas sociopolíticas de la Sociedad y el Estado con trabajo Doméstico en riesgo epidémico de COVID-19 2.2 Circulación de información sobre pandemia en el trabajo doméstico 2.3 Estructura social de los cuidados/género/violencia/trabajo doméstico	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto epidémico de COVID-19 en la República Dominicana y trabajo doméstico. - ¿Qué tipo de informaciones en salud se generaron desde la Sociedad y el Estado en cuanto al COVID-19 en lo referido al trabajo doméstico? - ¿Qué pasó con los cuidados formales e informales y las desigualdades en protección del trabajo doméstico? ¿Qué ocurrió durante el riesgo epidémico con las trabajadoras domésticas? ¿Qué prácticas laborales implementaron los patrones? ¿Qué hizo el Estado?
III Estado y Sistema de Salud en relación al trabajo doméstico:	3.1 Sistema y políticas de salud /Relación Estado y protección del trabajo doméstico 3.2 Barreras de acceso 3.3 Medicamentos y procedimientos de media y alta complejidad 3.4 Legislación comparada y protección de salud de trabajadoras en trabajo doméstico	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son las políticas de salud del Estado que se llevan adelante con respecto al acceso y la protección de la salud de las trabajadoras domésticas? ¿Similitudes y diferencias con la clase obrera de la República Dominicana? - ¿Qué tipo de acceso al sistema de salud cuentan en el trabajo doméstico? Características y modalidad. - ¿Qué características tienen las prestaciones de salud hacia el trabajo doméstico? ¿De qué tipo de programas, redes y acciones del sistema de salud dispone el trabajo doméstico? - ¿Cuáles son las principales barreras de acceso al sistema de salud percibidas e identificadas por trabajadoras domésticas? - ¿Cómo se financia el acceso a medicamentos y/o procedimientos de complejidad en el trabajo doméstico? ¿En ENT? - Características generales de la legislación laboral y sanitaria en el trabajo doméstico.

Fuente: Elaboración propia. Basile, G.; Programa de Salud Internacional FLACSO RD (2020).

4.5.2.2 Entrevistas individuales a informantes claves

Las categorías utilizadas (Ver Guía en la sección “Anexos”):

- Fecha, nombre de la persona, lugar, edad, formación, ocupación, duración de entrevista y entrevistador(a).
- Datos generales institucionales de la Institución/Organismo público.
- Conocimiento y punto de vista sobre el empleo doméstico en relación a la protección laboral y sanitaria en la República Dominicana.
- Características que inciden en el acceso a la Seguridad Social dominicana y a la atención sanitaria de las trabajadoras domésticas.
- Relatos, narrativas y puntos de vista del actor de la seguridad social y de los servicios sanitarios públicos sobre la capacidad de respuesta del sistema local de salud pública, de las rutas y del seguimiento de casos de atención sanitaria y protección laboral a las trabajadoras domésticas.

4.6 Plan de análisis

4.6.1 Fase cuantitativa

La base de datos de la encuesta se trabajó en hojas de cálculo: primero, en Microsoft Excell; y, posteriormente, en el programa SPSS.

En ese sentido, las variables para describir el empleo doméstico y la salud de las trabajadoras domésticas fueron analizadas y agrupadas, según la nacionalidad, el grupo de edad, la provincia, las enfermedades y las causas de riesgos laborales. Además, se examinó la población inmigrante en relación con las mismas variables antes mencionadas.

El análisis fue de forma descriptiva, y se utilizaron medidas de frecuencia en proporción/porcentaje y de dispersión univariable y bivariable(rango). En el caso de las enfermedades se calculó la tasa de prevalencia sobre el total de las encuestadas y se realizó su categorización según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

4.6.2 Fase cualitativa

Para el caso de las entrevistas individuales de las mujeres trabajadoras domésticas y de los informantes claves de la seguridad social, fueron numerados y clasificados en cuadros según categorías de la guía para cada entrevista individual en un soporte de planilla Excell (no se utilizaron *softwares* ni programas informáticos específicos cualitativos).

Sobre este particular se realizaron los siguientes pasos:

1. Se desgravaron los datos de los audios y las transcripciones de las notas de campo.
2. Se leyeron reiteradamente las desgrabaciones y los desagregados textuales de las entrevistas a las trabajadoras domésticas y de las entrevistas individuales a los tomadores de decisión de Seguridad Social y Salud Pública. Así, se numeraron y clasificaron en cada caso los fragmentos similares para agruparlos según la categoría de cada guía.

3. Se analizaron los contenidos y se realizó la categorización según la guía: buscando información relativa a cada categoría, identificando las subcategorías (nuevas que no habían sido tenidas en cuenta en la “Guía de entrevista individual”), e identificando citas destacadas y repetidas para responder a las preguntas y objetivos de la investigación complementando lo cuantitativo.
4. Una vez clasificada y categorizada la información, se procedió a la comparación de los datos, estableciendo las semejanzas y divergencias que aparecían en el caso de las entrevistas a trabajadoras domésticas (mujeres) y de las entrevistas individuales (informantes claves servicios Salud Pública y Seguridad Social).
5. Se realizó la interpretación analítica y las relaciones que fueron volcadas en la discusión y resultados. (Ver la sección “Discusión y resultados”).

Los datos generados en las entrevistas individuales se revisaron diariamente para garantizar la precisión y la integridad. Asimismo, las notas de campo se verificaron contra la información grabada en audio, y las entrevistas grabadas se transcribieron literalmente.

En ambas técnicas se realizó un análisis narrativo de contenidos (Vázquez et al., 2006) que se concentró en el contenido expreso y manifiesto (textual) e interpretó su significado para cada uno de los objetivos y preguntas de investigación. De esa manera, fue utilizado en la discusión y los resultados.

4.7 Consideraciones éticas

La presente investigación no contempló riesgos para las personas que participaron en esta, ya que los métodos utilizados no involucraron experimentos clínicos, ni conllevaron riesgos para la integridad física y/o de salud mental.

De modo tal que, las(os) participantes fueron invitadas(os) y accedieron de manera voluntaria a colaborar con el estudio, otorgando su consentimiento informado de forma verbal y escrita (Ver modelo en “Anexos”).

Al mismo tiempo, las(os) investigadoras(es) involucradas(os) en la investigación preservaron en todo momento la confidencialidad de los datos mediante el tratamiento agregado de los mismos y la codificación de los nombres, de forma que las personas e instituciones implicadas mantuvieran su anonimato.

En el caso de los informantes claves, tomadores de decisión de Salud Pública y de Seguridad Social, se les explicó previamente a la realización de la entrevista, la guía de entrevista y el objetivo de la misma.

En el caso de las entrevistas a las mujeres trabajadoras domésticas también se validó la guía y las pautas de entrevista con las asociaciones de trabajadoras del hogar (Ver “Anexo”). Además, se solicitó autorización para la grabación (accediendo la totalidad de las mujeres entrevistadas) y se realizó una posterior devolución de la información cualitativa sistematizada y analizada con categorías y subcategorías en una reunión.

Cabe destacar que no se realizó ningún pago económico por la participación en el estudio. En el caso de las entrevistas individuales -vía plataforma virtual- se dispuso de la carga de crédito necesaria para el móvil telefónico personal de la trabajadora doméstica o de un familiar de esta.

RESULTADOS

5

5.1 Caracterización de las condiciones de trabajo y la salud de las trabajadoras domésticas remuneradas en la República Dominicana

He aquí los resultados, a partir de la colecta y sistematización de la encuesta de perfil epidemiológico:

TABLA 5. Modalidades de empleo doméstico y carga horaria

Variable	Categoría	En %
Ocupación	Trabajo doméstico como única ocupación	81.7
	Trabajo doméstico es una ocupación complementaria	18.3
	Total	100
Modalidad de trabajo doméstico	A tiempo completo con dormida	49.0
	A tiempo completo sin dormida	37.5
	A tiempo parcial, para uno o más hogares	13.3
	Total	100
Carga horaria laboral	Hasta 4 horas	3.3
	Hasta 8 horas	36.7
	Más de 8 horas	60.0
	Total	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 6. Antigüedad en el empleo doméstico

Variable	Categoría	En %
Antigüedad como ocupación principal	Entre 3 a 6 meses	1.7
	Entre 7 meses a 1 año	0.8
	Entre 1 a 5 años	20.8
	Entre 6 años y más	76.7
	Total	100

Fuente: Elaboración propia.

En general, la proporción de trabajadoras que tienen al empleo doméstico como única opción fue del 82 %, y la mitad de las encuestadas lo hace a tiempo completo con dormida (duerme en el hogar de trabajo) y con una dedicación horaria donde 6 de cada 10 de las mujeres trabajadoras domésticas encuestadas laboran más de 8 horas (desde 10 hasta 16 horas de trabajo). El 85 % de las trabajadoras encuestadas perciben un salario igual o menor al salario mínimo en la República Dominicana, registrado en RD\$13,482.00 (Boletín N.º 18, MICM, 2020).

Durante el proceso, una trabajadora doméstica joven explica: *“Uno veía el trabajo doméstico como una opción por obligación, por el mismo poco estudio y las pocas oportunidades para una estudiar; y, bueno, era lo que le tocaba hacer. No queda de otra”*.

Otra trabajadora detalla que no fue una opción: *“Cogí esto por mis hijos, porque no tenía otra cosa que hacer y me consiguieron un trabajito. Este trabajo es por mis hijos, porque soy viuda. El esposo mío murió”*.

Por otro lado, una joven trabajadora detalla: *“Muchas mujeres tienen que trabajar porque, a veces, los esposos no tienen para sustentar la familia. En el caso mío yo tuve que trabajar, porque el papá del hijo mío se mató desde que tenía seis años; no me quedó otra opción que salir a trabajar”*.

“La economía entre nosotros, los pobres, que no tenemos de dónde echar mano, esto es algo que se encuentra más rápido: un trabajo doméstico, que tú conseguir un trabajo en una empresa, porque ni los que están preparados fácilmente consiguen uno”, explica otra trabajadora acerca de su situación.

La situación imperante en el mercado laboral y los estatus de madres solteras están presentes en los relatos de las trabajadoras: *“Buscas un trabajo de lo que sabes hacer. Si tienes hijos tienes que mantener, tienes que echar pa'lante; porque si eres madre soltera, como yo, el padre de mi hija se fue del país y no me manda ni uno, tengo que echar pa'lante a como dé lugar, porque los niños te piden qué comer, qué quieren... ¡Todo!”*.

En el caso de las inmigrantes, *“el trabajo doméstico es por la necesidad grave que tiene, porque a las chicas siempre se les ve caminando por aquí en una forma que no tienen recursos educativos para llegar a trabajar en hoteles o sitios grandes. También hay chicas que tienen educación que pueden trabajar en áreas grandes, pero depende del tipo de documentos que tú tienes; si eres extranjero es muy difícil de conseguir trabajo en una oficina u hotel. Si eres extranjero debes buscar solo trabajo doméstico”*.

Otra trabajadora doméstica describe como llegó a este empleo: “Las mujeres somos las más propensas a ir a trabajar a una casa de familia, porque el hombre se va a las construcciones y todo; pero, a veces, cuando no se tiene estudios, por lo general no tiene otra forma. Yo misma vengo de un lugar donde no hay fuentes de trabajo, y cuando estamos en lugares sí tenemos que escoger el primer trabajo que haya. Entonces, hay situaciones que no te llevan a elegir... y te toca”.

Un referente del trabajo doméstico en la República Dominicana es contundente: “(...) lo ves como como una forma de salir, salir del paso, y ya luego entiendes que es un trabajo y que sí vale la pena trabajar en él, y le coges el amor a ese trabajo y sigues; pero, en realidad, casi nadie entra al trabajo doméstico porque quiso, porque dijo: ‘Es lo que voy a hacer’. Es muy difícil escuchar a una persona de decir: ‘Yo quiero ser doméstico’, no lo va a escuchar; porque vemos el trabajo doméstico como una esclavitud, en realidad te ven como un esclavo y que tienes que trabajar para otro y nadie quiere, en realidad, estar trabajando para otro lejos de tu familia, criando el niño a otra persona, donde tú no estás criando a los tuyos, en realidad es un poquito complejo...”.

“Trabaja en una familia que no es la suya y eso psicológicamente la aísla de la gente que ella quiere, porque al trabajar en esa casa de familia, no es su familia; las condiciones y el exceso de trabajo, la agota... Es agotador. Y esa cantidad de trabajo, con una remuneración tan limitada, también la hace más sumisa porque la golpea en su autoestima. Inclusive muchas de ellas no dicen en el campo dónde viven ni que ellas trabajan en casas de familia, no lo dicen porque es un trabajo tan denigrante para algunos, por el trato que se le da, que ellas no se sienten orgullosas. Ellas tienen que hacer esto porque tienen que comer, tienen que mantener una familia”, ejemplifica una trabajadora independiente de San Cristóbal.

“Para el trabajo doméstico no hay que ir a la escuela, se aprende en la casa. Una sabe lo que se hace; una, porque desde pequeña, pues su madre, su abuela, su tía, sus padres nos han enseñado lo que se hace en una casa. Digamos que ellas están graduadas en quehaceres domésticos. Ese es un espacio, una fuente de trabajo que le permite a ellas, a veces, criar a sus hijos”, explica una trabajadora sindicalizada.

Las modalidades de empleo doméstico tiene mucha adaptabilidad ya que: “En el trabajo doméstico tenemos tres tipos de presentación: trabajar normal sin dormida, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; trabajar con dormida, desde las 8:00 a. m., sin un horario de salida; y también trabajar variado, yo puedo establecer mi horario o las personas a las que les sirvo lo pueden hacer o ellos tiene un horario fijo conmigo... El trabajo con dormida es una esclavitud completamente, con una carga sin fin... En el horario de dormida, no tienes un tiempo específico para irte a dormir; puedes irte cuando la familia se vaya, pero estás sujetas a que en cualquier momento te pueden llamar a que les prepares algo o, si hay niños, te llaman y te piden...”.

“Para la contratante, la trabajadora doméstica no tiene derecho a un minuto de descanso, o sea, por ejemplo, si la doméstica terminó de fregar, limpiar su cocina y se sentó en un momento dado a revisar su teléfono, nos van a llamar la atención porque ‘ella no está ahí para eso’... Hay mucha falta de empleo, entonces es el que más normalmente se consigue; entonces, nada, me recomendaron y aquí estamos”, describe una trabajadora de San Cristóbal, con más de 30 años de experiencia. A juicio, de esta misma trabajadora doméstica: “La relación laboral en el trabajo doméstico es abusiva. Puede tener hasta doble jornada, hasta 16 horas, que encima lo plantea el Código dominicano”.

Aunque algunas trabajadoras domésticas se perciben, asimismo, en una relación no laboral: “soy como parte de la familia, prácticamente; como dice mi jefa, soy asistente, la mano derecha y, a veces, la izquierda... Los niños conmigo son igual que como si fuera su tía, porque es como ellos dicen: ‘Soy su tía’. Entonces no me considero empleado, me considero parte de una familia bien”.

Justamente en este sentido, una trabajadora sindicalizada plantea: “se nos ha vendido como una expresión muy famosa que somos parte de la familia y, hasta cierto punto, cuando ellas desconocen lo que son como trabajadoras, fundamentalmente lo que son sus derechos, porque ellas tienen bien claro cuáles son sus obligaciones y sus deberes, desconocen sus derechos. Muchas de ellas dicen: ‘No, pero ellos me tratan como parte de la familia...’, y el empleador usa eso como para mantener bajo el subyugo que, como tú eres parte de la familia, no me puedes traicionar, no me puedes exigir, no me puedes... O sea, es como un juego psicológico que hacen los empleadores”.

Algunos testimonios de las trabajadoras domésticas entrevistadas, en cuanto a la carga horaria:

- “Podemos tener más de 16 horas diarias, y por qué digo esto, porque cuando se duerme en la casa del empleador usted sabe la hora que se levanta, pero no sabe la hora en la que se acuesta. Usted sabe que le toca levantarse a las 5:00 de la mañana... hasta la última hora de la noche, porque la trabajadora no va a dormir hasta que todos los integrantes de la familia ya están en sus camas; y, muchas veces, las que están dentro de las casas de familia también padecen el tema de que si llega alguien... tienen una jornada doble de un trabajador normal”.
- “(...) si la dueña de la casa quiere que dure 24 horas con una escoba en la mano, dando escobazo’, ella lo hará. Los horarios son parecidos; asimismo, no están escritos en ninguna parte, a menos en la conversación directa entre la patrona y empleada...”.
- “La trabajadora doméstica a tiempo completo... No se tiene una jornada estipulada cuando trabajas a tiempo completo, sabes que te toca levantarse a las 5:30 a.m. de la mañana, porque cuando el niño se levanta tienes que tener todo listo, pero te acuestas tardísimo, a veces son la 1:00 de la mañana y tú no te has podido acostar. No hay un horario estipulado claro”.
- “En mi caso, yo trabajo con dos niñas y me acuesto tarde, porque prácticamente yo hago todo, menos lavar, pero duermo poco. Tengo que levantarme temprano, porque hay seis personas en la casa, y esas personas, contando los niños, comen desayunos diferentes; entonces, ya cuando uno tiene esas responsabilidades, de que son varias cosas en una casa, uno quiere hacer su trabajo bien, pues uno dice: ‘Bueno, déjame levantarme a tal hora para yo poder rendir en mi trabajo y ya a tal hora se terminó’, pero los niños despiertan y todo sigue sin parar”.

TABLA 7. Nivel de ingresos y destino de los ingresos en las trabajadoras domésticas

Variable	Categoría	En %
Tipo de pago que recibe	Solo dinero	26.7
	Solo en especies	5.0
	En dinero y especies	68.3
	Total	100
Ingresos en pesos dominicanos (RD\$)	Hasta 5 mil pesos	15.0
	Hasta 10 mil pesos	45.8
	Hasta 15 mil pesos	24.2
	Más de 16 mil pesos	15.0
	Total	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 8. Condiciones del empleo doméstico

Variable	Categoría	En %
Contrato de trabajo	Sí	6.7
	No	93.3
	Total	100
Cantidad de días de trabajo a la semana	Hasta 3 días	20.8
	Hasta 5 días	45.0
	Hasta semana completa	34.2
	Total	100
Disponibilidad de días de descanso en la semana laboral	Sí	72.5
	No	27.5
	Total	100
Jornada de trabajo diario dispone de tiempo de descanso	Sí	80.0
	No	20.0
	Total	100

Fuente: Elaboración propia.

Claramente, la proporción de trabajadoras domésticas encuestadas en la República Dominicana marca que casi en la totalidad de los casos no disponen de contrato laboral, reconociendo en la práctica la desprotección legal en el proceso de trabajo, con una carga de las labores donde el 79 % trabaja cinco días durante toda la semana, con un 28 % que no dispone de ningún descanso laboral semanal y con solo 63 % de las mujeres que nunca tuvo vacaciones pagas.

“Hoy no hay el establecimiento de un salario mínimo. Cada empleador paga salarialmente lo que considera... puede oscilar entre un salario de tres mil, seis mil, ocho mil, nueve mil... varía mucho dependiendo de la conciencia que tenga el empleador... recibimos un salario mensual y debemos cumplir tareas asignadas, entonces, estaríamos como cualquier otro trabajador, pero sin contrato por escrito que describa cuáles son las tareas asignadas que tiene cada trabajador en las diferentes casas donde las realiza. O sea, fácilmente puedo entrar a una casa para limpiar y la señora me vaya agregando tareas o asignándome tareas, porque considera que, como yo trabajo de manera muy ágil y rápida, puedo hacer otras cosas; van como tomando confianza y pidiendo favores; y sumando más tareas por el mismo salario”, describe una trabajadora doméstica sindicalizada.

Otra trabajadora del este del país dice: “Nunca con contrato. Por lo general, aquí los trabajos son verbales. Yo trabajo en una casa y si el hermano de mi jefa necesita una trabajadora doméstica, me dicen a mí; yo busco una amiga que se dedica a lo mismo, se la llevo y ya; hablan de boca, ‘mira, te voy a pagar tanto’, y se ponen de acuerdo y ya así es el trabajo”.

Las condiciones puntualizadas por otra trabajadora no dejan dudas: “Sin seguridad social, sin un salario, sin un contrato por escrito, sin ninguna garantía de derechos y, mucho menos, dentro de esta pandemia sin ningún tipo de protección desde el empleador y mucho menos desde el Estado”. Otra expresa: “Es un acuerdo de palabra entre la doméstica y la contratante que no queda por escrito; y al no quedar por escrito, la contratante no se siente obligada

a cumplirlo llegado el momento, pero este trabajo no tiene seguro médico, no tiene jubilación, no tiene pensión, no tiene cesantía”.

Un caso con ciertos reconocimientos legales plantea: “Tuve un contrato al principio, pero luego lo hemos renovado habiendo, porque mi jefa y yo tenemos una relación buena, diría que todo lo comunicamos. Si tengo vacaciones, me pagan vacaciones; me pagan licencia y bonificaciones de viaje, mi trabajo hasta ahora es bueno”. Mientras una trabajadora joven de Santiago explica: “No tengo buenas condiciones de trabajo. Mi patrón después de seis meses me iba a dar seguro de salud, y no me lo dio. No da vacaciones ni día libre. Lunes a sábado. Desde las 9:00 a. m. hasta las 5:00 p. m.”.

Las condiciones de trabajo empeoran con la etnicidad de las mujeres trabajadoras domésticas descendientes de inmigrantes: “Cuando ya estás en el trabajo y saben que eres de ascendencia haitiana... es sumamente difícil, porque las personas tienden a abusar... porque no tienes documentos; he pasado varias veces por esas situaciones”.

Otra trabajadora, en este caso inmigrante, explica: “Dentro del trabajo, sin documentos, no hay límites. En ese trabajo y la casa de familia te dicen que si no cumples, aunque tengas un año de trabajo, no hay liquidación... nosotras, en una misma condición en el trabajo, recibimos un pago diferente entre las que no tienen documentos y las que sí tienen documentos para trabajar; te pagan menos y también te tienen menos confianza... porque no tienes documentos”.

Algunas condiciones de trabajo doméstico implican cuestiones de medios de trabajo específicas:

- “Le decía a un senador que la fiebre no estaba en la sábana, que el tema de derechos de las trabajadoras domésticas no estaba en el uso de un uniforme, sino en que no teníamos seguridad social, que no teníamos un salario, que no teníamos un contrato por escrito, que estábamos en total desprotección bajo el Código de Trabajo”.
- “En las casas de la clase alta, muy alta, usamos unos uniformes más que para posar, para identificarnos, para mantenernos lejos, más que para proteger. Porque es la sociedad, el trabajo doméstico está en la última escala. Para ella decirle a los demás: “Esta es mi trabajadora”.
- “Me gusta mantener siempre mi distancia con un uniforme puesto, soy la que cuida a los niños, soy la que limpia, entonces sé porqué no tengo que estar igual que las demás, vestidas como si fuera dueña de la casa, por ejemplo”.
- “Tienes que usar uniforme donde quiera que estás, porque eso viene siendo para ellos una etiqueta, para que digan: ‘usted es la que trabaja o es la que limpia”.

En cuanto al descanso, las trabajadoras expresan claramente:

- ...“realmente no hay un horario de descanso, porque mientras estás, quizás, comiendo, también tienes que atender al niño más pequeño de la casa o si estás comiendo y alguno de los miembros de la casa se ha antojado de un café o un vaso de agua, un té, tienes que dejar tu plato de comida en la mesa o en el espacio que ellos te indiquen donde puedes comer... e ir a atenderlos. Entonces, realmente no hay un espacio de tiempo, o sea, no podemos decir que tenemos 15 minutos, 20 minutos, 30 minutos, 1 hora para el almuerzo, para descansar un poco, sino que todo va sobre la marcha. No hay un momento de descanso hasta la hora que llega al final, que tienen que ir a dormir”...
- No hay espacio ni tiempo de descanso, ella puede irse a su cuarto si vive en la casa, si no vive en la casa se sentará en la cocina o donde está la lavadora... En una cubeta, porque no hay espacio de descanso. Puede estar en su hora, estar almorzando, pero no tiene un horario establecido para que le dedique a nutrir el organismo o a descansar.

- “El descanso es los domingos. Por lo general, los sábados sales al mediodía, pero el supuesto ‘mediodía’ que te dicen... sales a las tres de la tarde”.
- “(...) cuando trabajas tiempo corrido, ni siquiera una hora exacta para el almuerzo tienes, porque ellos dicen ‘bueno, tiene una hora de almuerzo’, pero no te la dan...”.
- “(...) te prohíben comer hasta que el empleador no llega. El empleador tiene que ver lo que te vas a comer que, aparte de eso, es prácticamente una esclavitud... tienes miedo y sigues la regla fija de poner toda la comida en la mesa y lo que ellos dejan es los que te vas a comer...”.
- “(...) es uno mismo que lo hace. En el caso mío, yo cocinaba, limpiaba y cuando ya fregaba, que limpiaba la cocina, entonces me retiraba al cuarto de servicio, aunque sea una hora a bañarme, a descansar un poco...”.
- “(...) me sabía levantar a las seis de la mañana y a las dos de la mañana yo estaba fajada haciendo, cocinando para 100 gentes, 50 invitados que llegan, entonces no te pagaban nada más por eso, eran los mismos suelditos que te pagaban. Prácticamente uno era explotada...”.
- “Cuando me siento agotada o cansada, me siento un rato, unos 15-20 minutos y no me dicen nada porque por algo estoy sentada, porque yo desde que llego es activa del inicio al final”.
- “Hago algo o me siento un rato, media hora o una hora, descanso y hago lo otro, y ya yo tengo todo mi plan de trabajo”.
- “(...) a la hora que los niños se duermen, tomo mi descanso ,porque ya sé que en la noche es para jugar, etc. Me tomo mi descanso a eso de las 12 o ya a las 3:00 de la tarde, si se duermen, y así... Si están los padres es un poco complicado, porque ellos no atienden a los niños, siempre están en trabajo, entonces yo tengo que quedarme ahí...”.
- “Con cansancio, uno trabajando mucho sin parar, a veces ni da tiempo para comer o a veces comemos con prisas y parados, así de prisa por el mucho trabajo que se ha presentado. Si tiene mucho trabajo no hay descanso”.

TABLA 9. Tareas en el proceso de trabajo doméstico

TAREAS EN EL PROCESO DE TRABAJO DOMÉSTICO							
	Cocina	Cuidado de adultos mayores	Cuidado de enfermos	Cuidado de niños	Cuidado de personas con discapacidad	Lavado y planchado	Limpieza
En %	84.2	20.8	10.0	54.2	11.7	80.8	95.8

Fuente: Elaboración propia

Las grandes tareas descritas en el proceso de trabajo doméstico en la República Dominicana consisten en cocina (84 %), lavado y planchado (81 %); y limpieza (96 %), con una proporción significativa en el cuidado de niños(as) (55%).

El proceso de trabajo descrito por las propias trabajadoras de empleo doméstico plantea:

Una trabajadora doméstica de San Cristóbal refuerza esta distribución de carga laboral:

“(...) debo decir que hay diferentes categorías de trabajadoras del hogar: hay unas que se dedican a todo lo que es oficio... cocina, limpia la casa, recoge, atiende al niño, lava, plancha, pasea el perro y, muchas veces, hace las compras del supermercado, también. Entonces, es como la que hace todo. También, hay otras que se dedican a trabajos exclusivos... que solamente se dedican al área de lavado y planchado; otras, solamente al

área de la cocina; otras, solamente al área de niñeras (solamente cuidan niños) y así sucesivamente, o sea, eso va a depender mucho de cada una...”.

Una trabajadora jubilada explica: “El trabajo doméstico de la República Dominicana incluye ser enfermera, estar disponible a tiempo completo; lavar, limpiar, cocinar, llevar los familiares al médico, garantizar que nadie se haga daño, ni los pequeños ni los mayores, controlar que tome sus medicamentos a tiempo, por eso digo que hay que hacer de todo”.

Así lo deja en evidencia una trabajadora joven:

“Si la doméstica duerme en la casa, debe levantarse a las seis de la mañana. Debe estar lista y garantizar el desayuno para los que van a la escuela y para los que van a trabajar. También... vestir a los niños para ir a la escuela. O sea, sus primeras horas son muy ajetreadas. Debe hacer eso cuando se van los niños a la escuela; entonces, ya debe comenzar a recoger los aposentos, todos los regueros que hay en la casa. Si ella duerme en la casa es mucho más trabajo. Luego de que la familia salió de la casa, ella debe recoger todo lo que esa familia dejó en el piso, dejó mal puesto, recoger la cama, los cuartos y comenzar el proceso de limpiar la casa. ¿Qué implica limpiar la casa? Limpiar el piso, pasar paño, que no haya polvo, lavar los baños, todo eso, porque es posible que la dueña de la casa, cuando venga, va a revisar todo, ese es un mecanismo de control. Se le pasa el dedo a todo, y verifica si la doméstica limpió, así comprueba si limpio bien o no. Si a ella le toca cocinar, entonces ella debe comenzar a organizar, a cocinar... En algunas casas, cada uno quiere una cena diferente. Es posible que ella le vaya a hacer un puré a los niños con huevo de cena, pero al don hay que hacerle otra cosa; y a la doña que está a dieta hay que darle otra comida; y todas esas cosas tiene ella que tenerlo pendiente para poder cumplir con esa responsabilidad”.

Una trabajadora de Altigracia lo explica en el mismo sentido: “Son prácticamente todas las que tiene que ver con el hogar, como son aseo, limpieza, cuidado de niños, ancianos, envejecientes, enfermo, discapacitado; y planchar, cocinar. Así sucesivamente. Estos son los trabajos; es el trabajo que identifica a la trabajadora doméstica en realidad”.

Otra de las trabajadoras marca el rol del empleo doméstico dentro de la crianza y el cuidado de la infancia: “Cuido mucho a los niños. Cuido tres niños, una niña de ocho años, un niño de seis años y una de tres años, pero lavo, plancho, cocino... hasta los llevo a muchas actividades”.

Una trabajadora dominicana de 23 años y descendiente de inmigrantes puntualiza: “Tuve un trabajo que era acompañando a una doña, no estaba en cama, pero era una señora mayor; haciendo los quehaceres de la casa y ahí acompañándola. Desde los 16, aquí en mi comunidad, hago de doméstica, con personas que tenían dinero, con los pastores de la iglesia donde me congregaba, con maestros atendiéndole los niños y haciendo también los quehaceres de la casa”.

Sobre el empleo en cuidados de crianza y adultos mayores: “Trabajo de niñera. En ocasiones es un poquito más costoso, porque bregar con niños es saber que tienes que levantarte de madrugada, cuando el niño despierte; te tienes que acostar tarde, cuando el niño no quiera dormir; estar pendiente a que ese niño no pueda dormir completo porque eres, aparte de niñera... prácticamente madre de un niño pequeño, que sabe que tiene unas cuantas dificultades, porque... no puede hacer algunas cosas que un adulto sí. Al igual que el cuidado del adulto mayor, está al cuidado de una persona enferma... que tienes que estar totalmente al pendiente de esa persona cien por ciento”.

Otra trabajadora detalla: “En la casa con los niños, eran dos: uno de ocho meses y otro de cinco; y había uno especial. Realmente no duré mucho en ese trabajo, porque cuando entré, tenía que hacerlo todo: lavar, planchar; entonces ,lo hacía con un niño de ocho meses y otro especial”.

TABLA 10. Horas extras y vacaciones en empleo doméstico

Variable	Categoría	En %
Horas extras (de lunes a sábado, domingos o feriados)	A veces	43.3
	Nunca	49.2
	Siempre	7.5
	Total	100
Pago por horas extra de trabajo	Si	81.7
	No	18.3
	Total	100
Vacaciones pagas	Si	36.7
	No	63.3
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

TABLA 11. Cesantía en proceso de trabajo doméstico

Variable	Categoría	En %
En los últimos cinco años atravesó un despido en empleo doméstico	Si	33.3
	No	66.7
	Total	100
Pago de indemnización laboral	Si	42.5
	No	57.5
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

Lo constatado en el no reconocimiento de horas extras, se profundiza en caso de despidos. Más de la mitad de las trabajadoras domésticas no recibió indemnización laboral alguna (58 %), algo que se mantendrá como frecuencia en maternidad y despidos.

“Yo trabajaba en un taller de artesanía, haciendo alfombras. Como te dije, tuve el inconveniente de salir embarazada. Me exigían demasiado y no podía dejar a mi hija sola por mi trabajo. Me gustaba mucho ese trabajo, entonces luego no me quedó otra que el doméstico”, narra una joven trabajadora.

Una de las trabajadoras domésticas sindicalizada explica: “Muchas se van dando cuenta que, por ejemplo, tienen cinco años en una casa y nunca le han dado vacaciones... o cuando, por ejemplo, ellas se dan cuenta de que tienen derecho a doble sueldo o salario 13 y su empleadora lo que le da es un televisor viejo, porque lo va a cambiar o limpia el clóset como parte de lo que es la regalía pascual. Ellas se dan cuenta de que tienen un derecho adquirido, no es tan real porque a sus familiares ellos no los tratan bajo las mismas condiciones en que las tratan a ellas”. Mientras una trabajadora inmigrante aclara: “Cuando eres migrante, te despiden sin tu salario”.

Con respecto a las cesantías y despidos, aparecen prácticas de la patrona en el empleo doméstico donde se les identifica: “Son las mujeres, las patronas. Dolorosamente son las patronas, porque los hombres dominicanos no intervienen nunca en el funcionamiento de la casa; eso es una responsabilidad de la esposa. Entonces, esa esposa es la que contrata, la que supervisa, la que cancela; es la que se atreve a hacerle expedientes criminales a la trabajadora doméstica para que se vaya sin dinero, para que no reclame. Hacen eso, la colocan en situaciones judiciales..., entonces, la trabajadora tiene que irse por temor a la cárcel y sin dinero”.

Otra trabajadora doméstica explica lo mismo: “La patrona es la mujer porque, como te digo, es un país donde aquí la cuestión de trabajo doméstico lo ven como un trabajo de la mujer, aunque el hombre sea el que paga el salario, la mujer es la que se hace cargo, la que manda, pone condiciones, ordena todo”.

Otra trabajadora doméstica joven, pero con experiencia en la misma casa, ejemplifica: “Cuando me hicieron la entrevista, con quien hablé fue simplemente con la mujer, con quien todavía sigo hablando. Yo con el señor simplemente saludo, es una persona que tiene un carácter, entonces solo saludo”.

Una trabajadora doméstica explica las situaciones repetidas en cesantías: “Te ponían a trabajar y, a la hora de la hora, la empleadora, cuando ya llegaba el momento de pagarte, buscaba la forma de tener cualquier discusión con la trabajadora para despedirla. Y la despedían sin darle un centavo a la trabajadora. Por miedo, y porque no había ninguna ley ni había nada que lo amparara, se quedaba callada y lo que hacía era que perdía su trabajo y la empleadora no le pagaba nada”.

TABLA 12. Licencias/permisos para atención salud de la mujer, control prenatal y maternidad de trabajadora doméstica

Variable	Categoría	En %
Acceso a la atención de salud de la mujer durante una semana laboral	Si	91.7
	No	8.3
	Total	100
Licencia médica paga para atención de salud de la mujer	Si	86.0
	No	24.0
	Total	100
Licencia en jornada laboral por controles prenatales	Si	84.8
	No	15.2
	Total	100
Licencia por maternidad durante periodo de embarazo/parto y puerperio	No, continué trabajando aún con el embarazo avanzado.	33.3
	No, fui despedida con el embarazo (o luego del parto).	23.3
	Sí, el tiempo que establece la Ley con goce de salario.	26.7
	Sí, pero sin goce de salario.	16.7
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

Aunque la mayor proporción de las encuestadas detalla tener acceso a los controles de salud de la mujer necesarios cuando lo requiera la trabajadora doméstica durante una semana laboral (92 %), y a los controles prenatales en caso de transitar un embarazo (85 %), solo un 27 % de las mujeres embarazadas logra una licencia por maternidad con pago salarial completo. Asimismo, las atenciones de salud de la mujer y los controles prenatales corren por cuenta de cada trabajadora doméstica sin licencias pagas por parte empleador/a.

Una trabajadora independiente, que se organizó en el empleo doméstico, dice: “para conseguir un permiso en la casa donde la gente trabaja, eso es una cosa del otro mundo. ¿Por qué? Porque, fíjate, que la contratante tiene un horario y no quiere que nadie le cambie su horario, porque ella también es una dependiente de otro contratante. Y entonces la trabajadora doméstica no tiene espacio para decir ‘voy a ir al médico también porque tengo tal problema, porque no me he hecho el papanicolaou, porque tengo que hacerme una mamografía’. Ella no, salvo que tenga un dolor de algo grave”.

Una trabajadora del este del país puntualiza: “el empleador, a veces, decidía el día que podía ir al médico. O sea, que prácticamente tenía prohibido enfermarme, porque si tengo que ir al médico hoy para poder buscar una cita y me cambiaban la fecha porque hoy no podían darme el permiso, ya la perdía”.

En cuanto a la salud materna y maternidad de las trabajadoras domésticas de la República Dominicana consideran:

- “La maternidad no existe. El derecho a la maternidad no existe. La mayoría de las mujeres que trabajamos en casas de familia, cuando salimos embarazadas... somos despedidas”.
- “Las empleadoras ven el embarazo no como un estado de gestación normal de cada mujer, sino como un obstáculo o un estorbo; ya no les sirve para lo que ellas quieren y, por tanto, no pueden continuar trabajando”.
- “Si el embarazo no tiene complicaciones, te quedas en la casa hasta que se acerca el momento de dar a luz y te vas para tu casa. La mayoría de las veces logras que te den las vacaciones y, algunas veces, te quedas como despedida, porque por muchas semanas te vas para tu casa, pero no podemos volver a trabajar porque no tenemos quién cuide al niño pequeño”...
- “Un elemento interesante que hay en el trabajo doméstico es que la trabajadora generalmente es una mujer que tuvo hijos temprano. Por eso, lo más probable es que sus hijas tengan hijos temprano, porque se quedan solas en la casa y tienen que asumir labores de jefa de familia porque la mamá no está”...
- “La maternidad de la trabajadora doméstica es muy complejo, muy complicado, porque tú tienes que seguir haciendo el trabajo igual, tienes que seguir haciendo un mismo trabajo. A veces, los primeros meses ellos te dicen: ‘Bueno, si tú planchabas parada, te buscamos una silla para que planches un poquito más cómodo”.
- “Te facilitan algunas cosas, dependiendo el empleador que sea y es consciente. Gracias a Dios, hay algunos, pero otras veces no; otras veces simplemente pierdo el trabajo y ya. ‘Bueno, no podemos tener una persona embarazada en la casa porque es muy complicado’, te dicen”...
- “Tenía tres años trabajando y por el simple hecho de estar embarazada, mejor me despidieron para no hacerse cargo, porque es un riesgo, porque puedo resbalar en un piso mojado, porque me puedo caer o porque no tenemos seguro”.
- “Ahora mismo te digo, tengo mi hermana aquí en casa, está embarazada y ella es trabajadora doméstica también. ¿Qué pasa? Mi hermana está teniendo un embarazo de alto riesgo y tuvieron que mandarla de licencia médica a la casa dos semanas antes de empezar la cuarentena. ¿Qué pasó? Ella tuvo que buscar una amiga para mandarla a cubrir su trabajo. Pero al llegar todo esto de la pandemia, pues obviamente mi hermana no ha podido irse a trabajar, pero ahora mismo me está diciendo que ella y la otra compañera han sido canceladas”.

- “A los siete meses y medio te dan licencia; y va a otra persona a cubrir a uno hasta que uno vuelve y entra otra vez. No pagan la licencia. Solo reemplazan”.
- “Cuando salí embarazada trabajé hasta casi los nueve meses, después que ya iba a dar a luz me fui a mi casa y la mujer fue consciente y me me pagó mi chelito en mi casa”.
- “Desde que saben que estás embarazada te botan, porque no quieren tener problemas, porque dicen que tener una mujer embarazada en su casa es un riesgo; puede pasar cualquier cosa y nadie quiere cargar con ese muerto”.
- “He visto mujeres que después que dan a luz la mandan y la dejan de tres a cuatro meses en su casa; y los dueños de la casa las reciben y las dejan ir a trabajar con ese bebé; le ayudan a esa persona, le compran un corral para que lo tenga ahí y la ayudan bastante en eso”.

Tabla 13. Situación frente a enfermedad y/o accidente laboral

Variable	Categoría	En %
Enfermedad y/o accidente laboral mientras trabajaba en últimos dos años	Si	17.5
	No	82.5
	Total	100
Si es que Sí, ¿qué ocurrió con el trabajo?	Continué trabajando estando enferma o accidentada.	16.7
	Fui despedida.	22.2
	Me dieron descanso en el trabajo, según prescripción médica con goce de mi salario.	44.4
	Me dieron solo unos días de descanso antes de volver a trabajar sin goce de salario.	16.7
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

Frente a procesos de salud-enfermedad y/o accidentes en el proceso de trabajo doméstico, como se detalla, un 56 % de las situaciones no recibió ninguna protección ni descanso; y, en algunas situaciones, implicó el propio despido de la trabajadora. Esto permite observar los antecedentes, lo que ya ocurría en casos de procesos de salud-enfermedad y accidentes laborales antes del SARS-CoV-2.

En el escenario particular, dentro del proceso de trabajo doméstico en la República Dominicana, fue la pandemia global y epidemia nacional de SARS-CoV-2 con incidencia acumulada a partir del mes de marzo del 2020 que condicionó las relaciones laborales en la propia permanencia del empleo doméstico en un contexto de crisis epidemiológica pero, también, crisis socioeconómica y laboral en el país.

Las propias trabajadoras del empleo domésticas se refieren a la protección ante accidentes laborales /o licencias médicas:

- “No hay quien se haga responsable a esa licencia o discapacidad porque ya no puedes seguir trabajando. En el caso del trabajo doméstico, nadie, porque la aseguradora de riesgos laborales no contempla el trabajo doméstico como parte de un trabajo realizado y el patrón no paga”.
- “Realmente la trabajadora no se puede enfermar... porque si se enferma la botan”.
- “Mira, en casa de familia no dan licencia porque casi. El problema es que la doméstica no tiene seguro; la mayoría domésticas no tiene nada”.

- “Yo pido mi permiso y me dan mi papel de licencia que me la da el médico”.
- “No hay quién lo provea... uno tiene que hacerla sola y buscar un médico que te firme algo; aunque eso después la patrona puede que no lo reconozca y te bote, porque si no vas a trabajar, chau”.

TABLA 14. Proceso de trabajo doméstico durante epidemia de SARS-CoV-2

Variable	Categoría	En %
Proceso de trabajo doméstico durante el riesgo epidémico de COVID-19	Continúo trabajando	30.0
	Dejo de trabajar con goce de salario	20.0
	Dejo de trabajar sin goce de salario	33.3
	Fue despedida (con indemnización)	7.5
	Fue despedida (sin indemnización)	9.2
	Total	100
Durante la epidemia de COVID-19, ¿usted y su familia tuvieron la preocupación por falta de alimentos suficientes para comer por falta de dinero u otros motivos?	Si	93.3
	No	6.7
	Total	100
Entrega de Equipo de Protección Personal para COVID-19 en el trabajo doméstico	NO (lo tuve que conseguir por mi cuenta)	61.8
	SÍ (me lo entregaron en el trabajo)	38.2
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

Tomando el caso particular de la epidemia de SARS-CoV-2 en el contexto y momento singular de la República Dominicana, esta marca que el 70 % de las mujeres trabajadoras domésticas interrumpió su proceso de trabajo; el 17 % fue despedida, y solo un 20 % siguió percibiendo su salario durante el riesgo epidémico. En general, al momento de retornar al proceso de trabajo doméstico, las trabajadoras tuvieron dificultades de acceso a Equipos de Protección Personal; el 62 % no tuvo materiales de protección sanitaria (ej.: mascarilla, alcohol gel, guantes, otros). Por otro lado, las mismas trabajadoras doméstica resaltan que en un 27 % de los hogares la carga laboral del proceso de trabajo se incrementó, especialmente, en la limpieza y cuidado de niños(as) con el mismo salario prepandemia.

A su vez, esta situación epidémica demuestra una relación con la carencia alimentaria; según las trabajadoras domésticas, un 93 % sufrió de falta de ingreso y disponibilidad alimentaria(alimentos).

En cuanto a los resultados cualitativos sobre la protección frente a la epidemia de COVID-19, que se vinculan directamente con este objetivo, a partir de las entrevistas individuales a las trabajadoras domésticas surgieron:

- “Han pasado cosas negativas... cantidad de suspensiones o sin ningún tipo de pretexto de protección en materia de rotura del contrato de trabajo, sin lo que son las prestaciones laborales y, en el caso de la suspensión, sin el disfrute de salario. Y donde el Estado ni siquiera hizo el abordaje del tema del sector de la economía informal ni mucho menos acerca del trabajo doméstico”.
- “La mayoría no tuvo el acceso al salario; escuché a muchas empleadoras decir que ella tampoco estaba trabajando y que ya no son una empresa, no trabajaban, no perciben un salario”.

- “Me fui dos meses a mi casa porque mi jefa, como tengo un niño pequeño y aquí también cuido un niño pequeño, sabe hay que cuidar a las dos familias. Pero, ya luego, mi jefa vio que necesitaba que yo retornara. Decidió ir a mi casa a buscarme y me propuso trabajar 12 días corridos; así estamos ahora”.
- “Cuando empezó el COVID-19, ellos me dieron mi mascarilla, mis guantes, mis manitas limpias... me pedían un taxi para ir allá y un taxi para venir a mi casa”.
- “La señora me llamó y me dijo que no asistiera al trabajo por esa situación, para que nos cuidáramos todas. Ella me dijo que le mandara una cuenta en la cual pudiera depositarme... o sea, pagarme adelantado, para que me ayudara... luego de la pandemia yo tendría que volver a trabajar...y ahora estoy endeudada y trabajando sin cobrar”.
- “Me he quedado sin trabajo, aquí en mi casa todos los días, acostada y deprimida”.
- “Quedamos completamente desprotegidas, porque el Ministerio de Trabajo hizo una resolución, que fue la resolución 07-2020, donde solamente protegía a los trabajadores dentro de la economía formal”.
- “El propio Ministro de Trabajo hizo un llamado a los empleadores a tener sentido común, ni siquiera por un tema de derechos. Lo que hizo fue apelar al sentido común y puso como ejemplo que tenía su madre de 90 años y que “negoció” con la trabajadora de su casa, para que ella no se fuera a estar con su familia y se quedara con ellos, para no exponer a su madre... y fuera a contagiarla”.
- “Con la pandemia fue evidente lo catastrófico que nos pasó a muchas mujeres. Tuvimos que quedarnos en casa sin un centavo en la mano, porque la contratante no quiso: ‘porque no te puedes quedar aquí, no puedes estar yendo y viniendo, porque tú me vas a contagiar a mi familia. Tienes que irte y ya no pago más nada”.
- “Se han visto en la obligación de tener que trabajar en la pandemia y durar hasta 22 días para regresar a su casa. ¿Por qué? Porque la modalidad que se está utilizando en realidad que, aunque han utilizado muchos empleadores, es no despachar a la trabajadora doméstica a su casa con goce de sueldo, sino retenerla dentro de la casa”.
- “Mi mascarilla es mía personal, mi mascarilla la compro yo, porque como me voy y vuelvo tengo que cambiarla. Me compro mis manitas limpias para tenerla en mi bolso”.
- “Lo que ha sucedido es que prácticamente te mandan para tu casa y no te pagan. Mientras tú estés en tu casa no te pagan; a muchas las despidieron para no pagarle. Hay personas que han durado hasta tres años y cuatro años en un trabajo y por la epidemia la han mandado a su casa sin su dinero; le han botado y ya”.
- “Yo cobré mi salario normal aunque estuve en mi casa... tengo muchas amigas a las que no les pagaron nada en todo este tiempo. Incluso, hasta las pudieron botar. Yo creo que tengo como dos amigas que las despidieron”.
- “Muchas perdieron el trabajo porque son del sur del país, fundamentalmente, y el transporte se vio inhabilitado”.
- “Estaba cerrado el transporte; solo dos o tres dueños de vehículos privados eran los que estaban saliendo a la calle y estaban usando el abuso y la estafa de que el pasaje que te costaba 100 pesos, te estaban cobrando 300 para poder trasladarse hasta la ciudad”.
- “Yo ahora mismo estoy, sin hablarle mentira, usando un taxi; pago mi taxi con mi dinero por el mismo sistema de que realmente ya uno va entrando en edad y tengo que cuidarme”.
- “No es que yo no quiera presentarme a mi trabajo, es que no tengo cómo llegar”.
- “Más sobrecarga de trabajo y una mayor exposición con productos químicos, fundamentalmente con el uso del cloro. En esta temporada hay necesidad de utilizar más, en grandes cantidades, como medida preventiva de desinfección en materia de COVID-19”.
- “A algunas compañeras, sus empleadores les aplicaron pruebas rápidas de COVID-19 solo para cuando entraban a trabajar; pero cuando se iban para sus familias, no les importaba”.
- “Ahora tenemos que estar desinfectando más, usando más químico, pero es lo que te digo. El cuidado no lo hacen para la trabajadora doméstica, lo hacen para cuidar al empleador, cuidarse y cuidar a su familia...”.

- “Bregamos mucho con cloro, el pañito de agua con cloro, a todo lo que los demás tocan, los niños que tengan todo el tiempo lavándose las manos; es un hábito que no teníamos tan frecuente”.
- “Si yo limpiaba las habitaciones dos veces a la semana, ahora se limpia tres veces. Pues, generalmente, están usando el cloro mucho más y para todo”.
- “El delivery va y hay que desinfectar las puertas, desinfectar todo, simplemente hay que empezar donde el delivery estaba parado y un sin número de cosas. La limpieza ha aumentado más”.
- “Hay ciertos químicos que ellos no usaban, por ejemplo, Decalin. Ahora hay que ponerle todo eso a los baños; la limpieza es más exigente, principalmente por los baños. Los niños, si se bañaban una vez ahora, hay que bañarlos 2-3 veces y así sucesivamente. También con las ropas, las sábanas y un sin número de cosas. No pagan diferente”.
- “No solamente a los jefes o empleadores; también teníamos a los niños que, por ejemplo, tenían un período de ocho de la mañana a una o dos de la tarde que no estaban. Y ahora los teníamos dentro de la casa. Eso aumenta el trabajo de la atención a ese niño. Yo tengo un período de ocho de la mañana del día que no está en la casa y eso me permite limpiar, recoger, hacer todo y tener el cuidado exclusivo del niño. Pero, al niño estar dentro de la casa, eso es como un plus que se agregaba de que debo atender al niño... y siguieron pagando igual”.

5.2 Aproximaciones al perfil epidemiológico de las mujeres trabajadoras en el proceso de trabajo doméstico remunerado

En este apartado de resultados presentaremos los hallazgos cuantitativos y cualitativos, en clave de la combinación metodológica utilizada, para luego presentar la discusión con resultados consolidados a partir del marco teórico que se asume de construcción de perfil epidemiológico colectivo (Breilh, 2013). El 95 % de las trabajadoras domésticas encuestadas era de nacionalidad dominicana; y un 5 %, inmigrantes (de nacionalidad haitiana). El 77 % de estas trabajadoras tiene más de seis años en el empleo doméstico.

GRÁFICO 8. Distribución de trabajadoras domésticas, según residencia

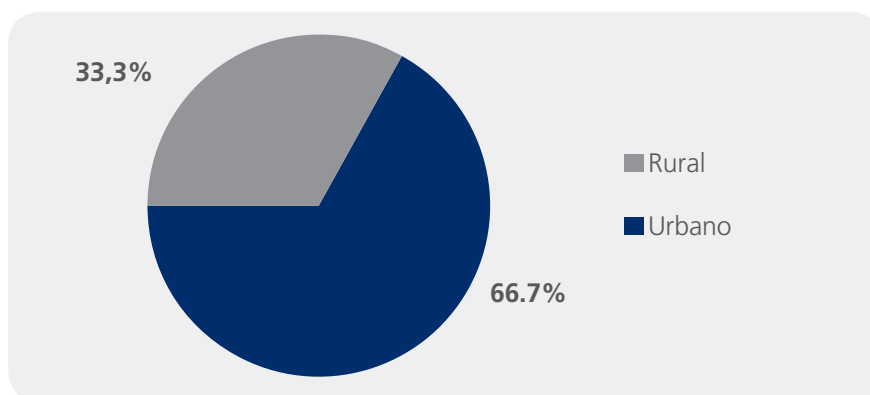
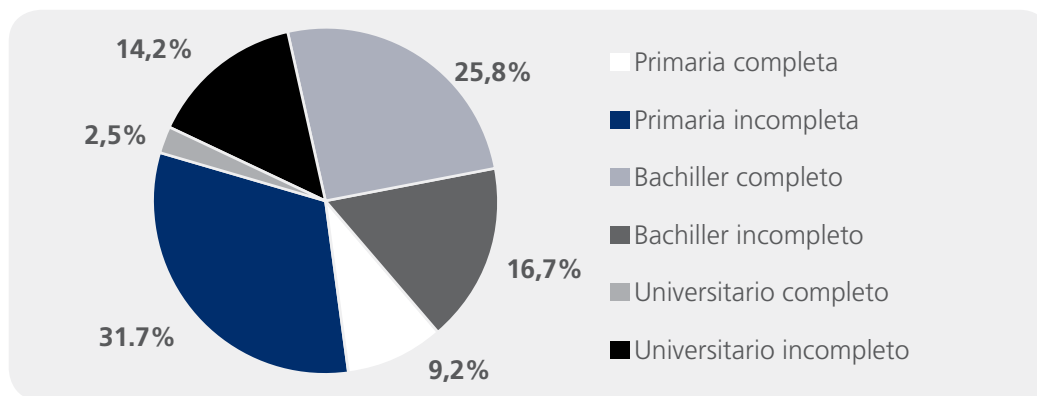


TABLA 15. Perfil de mujeres trabajadoras domésticas encuestadas

Variable	Categoría	En %
Grupos de edades	15-29	20.8
	30-44	40.8
	45-64	35.8
	65 y más	2.5
	Total	100
Nacionalidad	Dominicana	95.0
	Inmigrante	5.0
	Total	Total
Hijas/os	Si	94.2
	No	5.8
	Total	Total
Edad en la que tuvo primer hijo/a	13-18	45.0
	19-24	36.7
	25-30	10.8
	31 y más	1.7
	Total	Total
Alfabetismo	Lee y escribe	90.0
	No lee ni escribe	10.0
	Total	100
Estado civil actual	Casada	15.0
	Divorciada	1.7
	Separada	5.8
	Soltera	32.5
	Unión libre	37.5
	Viuda	7.5
	Total	100

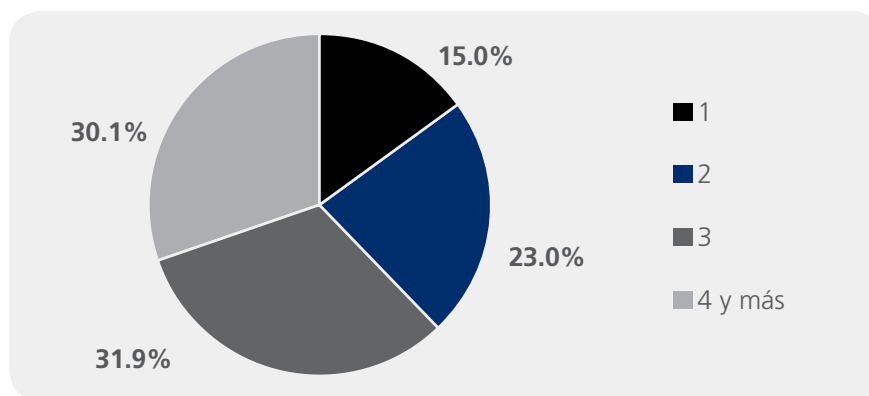
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 9. Distribución, según nivel educativo



Fuente: Elaboración propia según encuestas

GRÁFICO 10. Cantidad de hijos(as)



Fuente: Elaboración propia según encuestas

Los resultados de las trabajadoras domésticas encuestadas permiten describir una frecuencia de rango de edad donde el 60 % es menor de 44 años, incluyendo que un 20 % es menor de 24 años. El 67 % de las trabajadoras domésticas proviene y reside en zonas rurales de la República Dominicana (su familia aún continúa en regiones rurales), aunque se desplace a las ciudades. Tres de cada diez mujeres tienen estudios primarios incompletos e, incluso, un 10 % de las mujeres no sabe leer ni escribir.

La casi totalidad de las mujeres trabajadoras domésticas es madre (95 % con hijos(as)); el 82 % tuvo su primer nacimiento antes de los 24 años, pero con una particularidad a destacar: el 45 % tuvo un embarazo siendo adolescente (menor de 18 años). Tan solo el 15 % se encuentra casada legalmente.

De las entrevistas individuales surge del perfil de trabajo doméstico: "soy doméstica desde, aproximadamente, los nueve años. Inicié desde la casa, atendiendo niños de los vecinos; ya luego, me fui a la casa de familia a trabajar a los 14 años".

Una trabajadora ejemplifica de forma expresa las implicaciones del proceso de trabajo: "el trabajo doméstico pudiera describirse con una frase: hasta que la muerte nos separe".

Las situaciones particulares y singulares de las trabajadoras domésticas implican modos y estilos de vida que se evidencian en sus propias voces, percepción y representaciones de la vida:

- "Ser madre soltera hace las cosas más difíciles; si tienes una pareja, esa pareja te ayuda, pero cuando estás sola, tú eres el hombre y la mujer en la casa. Eso es un problema para mujeres solteras que las embarazan, sin nadie que las ayude".
- "Hay que darle gracias a Dios, porque el único que sabe es Él. Tú solo debes tener fe, porque esa es la única persona pendiente a mí".

TABLA 16. Tareas de cuidado de niños(as) y adultos mayores en el hogar familiar de trabajadora

	Lo hago yo misma cuando regreso de trabajar	Lo hace mi madre	Lo hace mi pareja	Lo hacemos de forma conjunta; 50-50 con mi pareja	Abuelo/a paterno o materno	Ellos se cuidan entre ellos	Hija	Hermana
Prevalencia en %	32.5	15.8	5.0	12.5	3.3	3.3	3.3	4.2

Fuente: Elaboración propia

En la tarea de cuidados, la duplicación de la jornada implica que la trabajadora doméstica (en un 32,5 %) tiene que cuidar a los hijos y adultos mayores, así como realizar las tareas domésticas, cuando vuelve de su empleo.

La doble carga laboral y de cuidados queda establecido en el regreso a sus hogares: “este trabajo, además de la poca remuneración y las condiciones laborales sin derechos que tiene, también produce en la doméstica los niveles de dependencia emocional. Una mujer que pasa la semana entera trabajando en estas condiciones, cuando sale el sábado en la tarde, va a su casa. Entonces, viene otra carga laboral, porque ella no cree que tiene espacio para otra cosa. Para ella, esa es su función en la vida. Le inquieta tanto la dependencia, la sumisión, que le es difícil a ella poder decirle: ‘no, hagan ustedes eso, que yo estoy cansada del trabajo’. Y ella vuelve a hacer lo mismo, pero en su casa”.

En cuanto a la carga de cuidados en sus familias y la división sexual del cuidado cuando regresan del empleo doméstico, las trabajadoras afirman:

- “Mientras yo cuido de tus hijos, ¿quién cuida de los míos? Es un poquito difícil tener que trabajar en casa de familia; yo, por lo general, vivo aquí en Villa Altigracia y tengo que trasladarme a Santo Domingo; tengo dificultad de cuidar a mis hijos”.
- “Tienes que pagarle a otra persona que cuide un niño o llevárselo a tu mamá cuando no trabaja, a la abuela de ese niño, a la bisabuela que, a veces, está un poquito adulta”.
- “Uno no puede estar pendiente ni siquiera a la educación de tu niño; no tienes chance ni siquiera de conocer a la maestra que está educando a tu niño ni nada. A veces, también, se da el caso de que muchas trabajadoras domésticas, al estar tan encerradas, cuando llegaban a la casa estaban más pendientes de lavar y de limpiar la casa, que de revisar el cuaderno de los niños”.
- “Mientras yo cuido el ajeno, mi niño lo cuida otro. Pero, en realidad, esa persona no tiene chance de cuidar, de cuidarlo como yo podría cuidarlo, o sea, es bastante difícil”.
- “Mi fin de semana es igual que la semana, pero en la casa mía. Dos días nada más tengo para hacerlo todo: lavar, cocinar, jugar con los niños, hacer lo que no hago en la semana”.

TABLA 17. Cobertura sanitaria de trabajadoras domésticas, según reforma República Dominicana

Variable	Categoría	En %
Tipo de cobertura sanitaria, según modalidades en la República Dominicana	Sin cobertura	20.0
	Sí, tengo SENASA subsidiado	58.3
	Sí, tengo SENASA contributivo	6.7
	Sí, tengo una ARS	15.0
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al estudio cuantitativo de las modalidades de cobertura sanitaria, asumidas por el modelo de reforma en la República Dominicana, aún hoy un 20 % de las trabajadoras de empleo doméstico encuestadas no cuenta con ninguna cobertura sanitaria. Asimismo, de las que cuentan con cobertura de SENASA (Seguro Nacional de Salud), un 19 % la considera entre regular y mala protección; un 37,5 % la considera muy buena.

En cuanto al modelo de coberturas sanitarias adoptado por la reforma del sistema de salud y seguridad social de República Dominicana, las trabajadoras domésticas también describen:

- “El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la cobertura subsidiado, solo da cobertura y acceso para los hospitales... tener SENASA en un hospital y no tenerlo no hace, creo, que la gran diferencia, porque el tema del copago en especialistas creo que es igual para todo el mundo”.
- “Ese seguro (SENASA), por ser definido para una población con escasos recursos y con niveles educativos bajos, debía contar, además, con una medicina preventiva; especialmente para el aspecto de cáncer, porque en los hospitales para hacerse papanicolaou hay que ir al médico para que te vea y te dé la cita... debía ser que los hospitales, a partir de las seis de la tarde a nueve de la noche, tuvieran consultas ginecológicas, papanicolaou y mamografía, para que la mujer cuando saliera del trabajo pudiera ir”.
- “Tengo un seguro por el trabajo, entonces, yo pago la mitad cuando voy y tengo que pagar una pequeña cuota, pero el salario que tengo no me da para pagar un copago en una clínica”.
- “Muchas que todavía no han podido ingresar al SENASA, pero la gran mayoría tiene acceso al seguro público”.
- “El seguro que tengo no lo paga el trabajo, lo pago yo. ARS SIMAG es el nombre... Se paga mil pesos de diferencia. De mi bolsillo, por no conseguir el seguro SENASA, por ser inmigrante. Entonces, digo: ‘bueno, hay que tener uno, porque si uno se enferma y no se tiene seguro... coge mucha brega, mucha lucha, como dicen aquí”.
- “Tengo el seguro del gobierno, SENASA, pero no cubre medicamentos, solo la salud. O sea, por eso la señora me cubre un bono médico con lo que pago mis consultas y recetas, a veces”.
- “Sí, yo tengo el SENASA contributivo, el que uno paga”.
- “Tengo el seguro del gobierno, el SENASA. Hasta ahora no he tenido ninguna queja, porque me cubre como quien dice un 100 % de cuando están internos”.
- “No tengo seguro, porque todavía estoy luchando con problemas del documento, todavía no lo he podido obtener, no tengo nada de eso”.
- “Nunca me dieron ningún seguro... El jefe dice me lo daría, pero nunca lo hicieron”.

TABLA 18. Acceso a la atención sanitaria ante un problema de salud-enfermedad

Variable	Categoría	En %
Acceso a la atención sanitaria frente a un problema de salud-enfermedad	Clínica privada	20.0
	CPNA /UNAP (Centro Primer Nivel de Atención/ Unidad de Atención primaria)	6.7
	Farmacia o botica popular para automedicación	5.0
	Hospital Público	68.3
	Total	100

Fuente: Elaboración propia

Un 75 % de las trabajadoras de empleo doméstico asiste a un establecimiento de salud público ante un problema de salud-enfermedad-atención, aunque en general demanda acceso a la atención sanitaria vía el hospital público. En esa ruta de atención sanitaria hospitalaria pública, un 27 % de las mujeres trabajadoras domésticas considera que la atención fue insatisfecha; y más de un 70 % la define como aceptable o satisfactoria, según sus necesidades en salud colectiva.

En esta misma variable, a nivel cualitativo, el acceso a la atención sanitaria y el cuidado de la salud de las trabajadoras domésticas, las propias trabajadoras puntualizan:

- “He ido en dos ocasiones al médico en el último año. Primero fue por un problema gástrico. Yo no sabía que tenía gastritis; hice una crisis donde el esófago se me inflamó a un punto de que tenía un dolor en la parte del abdomen y el pecho, que no me permitía respirar. Mi hermana tuvo que firmar, porque no me querían aceptar; no tenía seguro en el Hospital... La segunda vez fui por un dolor de muelas al Hospital Darío Contreras; tuve que ir en tres ocasiones para ser atendida”.
- “Cumpló años en noviembre y he optado de que, casi siempre, el regalo que me hago cada fin de año es ir al médico, hacerme casi todos los chequeos más necesarios, como regalo de cumpleaños”.
- “Tengo que ir al ginecólogo porque tengo como diez meses que no voy”.
- “Yo sufro de los riñones, me han dado esos cólicos, me han tenido que sacar rápido a emergencias, pero creo que eso solo es estrés”.
- “El seguro SENASA público no cubre todo, si tú te enfermas. En el caso mío, si quiero hacerme un estudio que requiere rapidez, tengo que buscar el dinero, porque te ponen hasta una cita de un mes y dos meses para hacerte cualquier estudio que sea de urgencia”.
- “Sufro de la presión y del corazón, pero no voy mucho al cardiólogo”.
- “Le pedí permiso en esa ocasión para mis documentos y tampoco no quería. Para ir al hospital, tampoco, y así me ha pasado... porque me daban muchos dolores de cabeza, migraña”.
- “Voy directo a lo que es un hospital, porque, por ejemplo, en la zona que vivo, en Los Frailes, no conozco ningún dispensario médico de atención primaria cerca en el sector”.
- “No he conocido un centro de atención primaria donde la comunidad pueda asistir y que se le dé las primeras atenciones. Como estoy cerca en Las Américas, voy al Hospital Darío Contreras o al Morgan (hospital)”.
- “En la UNAP no hay capacidad resolutive, solamente hay unos pocos médicos generales. Voy directo al hospital”.
- “En mi familia, por lo general, van a la UNAP, que queda bien cerca; y de la UNAP te mandan al hospital. Yo siempre voy al hospital, porque la UNAP como que no tengo mucha suerte que digamos”.
- “Hay unos hospitales públicos que, en realidad, su calidad es buena y no tienen nada que envidiarle a alguna clínica. No voy a mentir, pero hay hospitales que es mejor no ir”.
- “Ir a un hospital público es una verdadera pesadilla. Te puedo decir que mejor la gente decide irse a la ciudad y buscar otros hospitales”.
- “Por mi seguro, puedo ir a una clínica o si no, voy a Santo Domingo a la Clínica Abel González. Cuando no tenía seguro, iba al hospital público. Cuando uno va al hospital público, coge mucha lucha”.
- “Tengo aquí la maternidad de la mujer, entonces ahí es que yo normalmente me atiendo... nunca he ido a una UNAP”.
- “A veces, los médicos muy cargados están como en otro mundo, eso es dependiendo el día. Hay un momento en el que ellos te atienden bien, pero hay momentos en que no, que te atienden pésimo”.
- “A veces, hasta pagar consultas, porque no hay quien haga esa especialidad en sitios públicos”.
- “Me atendía en el Hospital Moscoso Puello, porque yo vivo por allá. Pero, también, tengo mi clínica; yo puedo ir a cualquier clínica: Cruz Jiminian, la Abel González, pero me gusta el Moscoso Puello, porque los

cardiólogos que trabajan allí son de la Cruz Jiminian. Si es algo que tiene que ver con el Papanicolaou, voy a la Maternidad de la Mujer. Siempre, porque me gustan los hospitales. Yo voy a las clínicas si es inmediato, si los hospitales están llenos”.

- “Generalmente, a donde yo iba era al Hospital Marcelino Vélez de Herrera, porque me queda cerca y porque no tengo un seguro de ir a clínica y tampoco lo puedo pagar”.
- “Lo del hospital es terrible (habla una inmigrante)... me fui a hacer un chequeo de la boca y, también, tenía un parasito que se llama ameba que uno lo adquiere en el agua; entonces, me estaba chequeando esa situación. Decían que cerraron la puerta, que las personas que no tenían documentos no los iban a atender y así mismo fue. Bueno, de la única forma que te pueden atender es por emergencias, que estés súper mal, que te estés muriendo”.
- “Nos descuidamos la salud por el trabajo, entonces, no enfocamos tanto en el trabajo que no sacamos tiempo para ir a un médico. Nosotros, por lo general, tratamos de ir al médico cuando nos sentimos algo, cuando ya sentimos que estamos enfermos, cuando nos da un dolor. Pero ir al médico, por lo general, al control básico cada año, cada x tiempo, casi nunca lo hacemos”
- “Ser trabajadora doméstica es tener el seguro del gobierno. Tienes que ir a hacer las largas filas a hospitales públicos. Tienes que pedir un permiso de todo un día, porque no puedes llamar por cita ni nada por el estilo; y aunque te pongan, vas hoy y te ponen una cita para dentro de dos meses y dentro de dos meses tienes que ir temprano al día de la cita, si no la pierdes”.
- “Las largas filas en los hospitales son bastante extensas y los médicos del hospital público, en realidad, uno tiene que coger mucha, mucha lucha, para hacer todo”.

TABLA 19. Acceso a medicamentos y tratamientos crónicos y/o complejos, según necesidad

Variable	Categoría	En %
Acceso a medicamentos esenciales	No tuve acceso	1.7
	Tuve acceso por el hospital público	4.2
	Tuve acceso por SENASA	10.8
	Tuve que pagarlos de mi bolsillo	83.3
	Total	100
Acceso a tratamientos crónicos y/o complejos (denominados “alto costo”)	No necesite	10.0
	No tuve acceso	1.7
	Tuve acceso en hospital público (Salud Pública)	14.2
	Tuve acceso en SENASA	30.8
	Tuve que pagarlo de mi bolsillo	43.3
Total	100	

Fuente: elaboración propia

Un 85 % de las trabajadoras domésticas encuestadas tuvo que pagar de su bolsillo o no tener acceso a la medicación esencial para el tratamiento diagnosticado, según problema de salud-enfermedad. Incluso, en tratamientos de enfermedades crónicas y/o complejas (denominadas por el economicismo sanitario como de “alto costo”), un 45 % no tuvo acceso y debió pagarlo de su bolsillo.

Las trabajadoras domésticas explican, en cuanto al acceso a medicamentos y tratamientos complejos:

- “El SENASA no da cobertura a medicamentos, al menos de que usted no compre los medicamentos en la botica popular que están en cada uno de los hospitales públicos del país... fácilmente una gripe puede salir entre los 1,000, 2,000 y hasta 3,000 pesos, dependiendo qué tan severa sea una simple gripe”.
- “resuelve en la botica popular, ahora medicamentos de alto costo ya caen en otro renglón y una paciente que termine en diálisis ya no es trabajadora doméstica, ya es una enferma”.
- “supuestamente farmacias del hospital tienen para dártelo, pero nunca hay de nada, nunca aparece tal medicamento, siempre tienes que comprarlo, pero en la botica popular te sale más económico... El costo de los medicamentos es muy elevados, se ponen medicamentos que a veces no lo encuentran así, nunca aparecen en algunas farmacias”.
- “Nifedipina (hipertensión arterial) la tomo de por vida. Cuando tengo que comprarlo, le digo (patrones) que me ayuden a comprar el medicamento y ellos me ayudan”.
- “Cuando necesito un medicamento, tengo que comprarlo yo, con mi dinero propio”.
- “Cuando iba a la botica popular, compraba de la presión; eso no me estaba haciendo nada. Por poco me muero, porque eran disques de los mismos, pero ese medicamento no me hacía nada. Yo no sé lo que le estaban echando a los de la botica”.
- “Yo bebo Losartan de 50 mg y Verapamilo de 80 mg. Ambas pastillas me las bebo juntas. El Seguro me da 3,000 pesos. Si el medicamento cuesta 1,000 pesos, lo puedes comprar; pero si cuesta más, tienes que buscarlo prestado o te pones a pensar de dónde lo vas a sacar”.
- “Con mi dinero, en efectivo, yo compro los medicamentos”.
- “Tenemos muchas compañeras con problemas de hipertensión cardíaca y tenemos, también, quienes tienen cáncer y han sido tratamientos de alto costo”.
- “Hay compañeras con cáncer... aunque sean tratados en hospitales públicos como el oncológico o el Oncoservice, que son destinados al tema de cáncer, los medicamentos son bastante caros. La quimioterapia, la radioterapia, que tienen que tener o que han tenido que darse son bastante altas”.
- “La compra de estos medicamentos caros, lo que el Gobierno ofrece no cubre nada, el SENASA subsidiado. Entonces, realmente nos quedamos en total desprotección en materia de cobertura hacia medicamentos para tratamientos caros”
- “Muy difícil... Una situación muy complicada, porque, bueno, no hay acceso, no hay forma, tienes que estar comprando los medicamentos o pierdes el trabajo. Entonces cuando te enfermas, pierdes el trabajo y no tienes forma de comprarlo”.
- “Primeramente yo me encomendaba a Dios... he tenido, a veces, que pedir o recolectar para comprar medicamentos caros, porque imagínate tú ahora, mismo vas al doctor y los medicamentos que te dan son de 2,000 y 3,000, 4,000 pesos”.
- “Tengo una amiga que a su mamá le dio un ACV; la tuvo cinco días interna. La cuenta hizo unos 200 mil pesos”.

Una categoría relevante, para caracterizar los modos de vida y perfil epidemiológico, es la conciencia sobre la relación de clase social, etnia-raza y género en el devenir de las mujeres trabajadoras domésticas. Ellas mismas se visualizan y describen:

- “Hay una relación entre nuestra situación económica y ser mujeres negras... la mayoría de las mujeres que ejercemos el trabajo del hogar tenemos una baja educación o ninguna. Entonces, muchas veces, algunas de ellas no saben ni siquiera leer ni escribir”.

- “En el tema racial y de raza, por ejemplo, las migrantes reciben el doble de discriminación que, quizás, recibimos una nacional por el tema de no tener una documentación de curso legal en el país. Entonces, le dicen que no tiene derecho a nada, que ella no es nadie, que si hace cualquier reclamo, la pueden denunciar con migración para que la deporten”.
- “Son tareas asignadas socialmente. Las tareas del hogar son asignadas a las mujeres y, entonces, en este sector predomina la mujer como trabajadora explotada... se refieren a la muchacha del servicio doméstico, porque son roles que la sociedad de manera consecutiva le ha dado y le ha asignado a lo que es la mujer pobre, negra y migrante”.
- “La primera condición es pobre. Vivimos en los entornos de la ciudad, fuera de las ciudades. El nivel educativo, generalmente, es muy bajo por la pobreza de dónde venimos... Ese es un espacio, una fuente de trabajo que le permite a ellas, a veces, criar a sus hijos. La mayoría de las domésticas son mujeres, madres solteras porque viven fuera de la casa, pero tienen una familia que depende de ellas. Digamos, que hay un hilo conductor entre su condición de mujer, verdad, mujer de campo, ser pobre, con poca educación, trabajo doméstico. Hay casi una dependencia a eso”.
- Es también una herencia, porque por los apellidos uno se va dando cuenta que estas son hermanas, tías o madres. Es una herencia de familia ser trabajadora del hogar... porque en la familia solo se educa a la mujer para el trabajo doméstico”.
- “Los negros siempre fueron más pobres, los negros fueron exportados desde África para explotarlos aquí. Entonces, el negro que viene ya come con ese lastre. Sigue siendo el negro de hoy, que vivimos en la marginalidad. ¿Y las mujeres? No hay rubias, con ojos verdes, en el trabajo doméstico... Si hay una, es un accidente. Pero las trabajadoras domésticas no son rubias. La clase trabajadora dependiente, que vive en esas condiciones laborales, son las mujeres que somos de raza negra que, en este caso del país, somos la mayoría, porque la mayoría de nosotros somos negros”.
- “El hombre, por lo general, para ser doméstico solamente tiene que trabajar en jardinería y cosas que casi no hacemos las mujeres, pero el aseo de casa, cuidar niños y todo lo del hogar, es la mujer”.
- “Es una cosa de mujeres y nuestra situación económica es muy triste, pues el salario es muy por debajo de cualquier salario mínimo, una miseria, pero no hay de otra”.
- “Las mujeres queremos tener un poco de independencia, una que nos dé la facilidad de que el dinero nos quede prácticamente limpio. En el trabajo doméstico te dan dormitorio, comida o pasajes, por eso, las mujeres ahora nos empeñamos en trabajar en casas”.
- “La mayoría somos mujeres y no hombres, porque hay ciertas cosas que exigen que sea realmente una mujer, por ejemplo, atender a una niña. Yo pienso que lo hacemos por nuestra situación económica y porque no tenemos otra alternativa en la República Dominicana”.
- “Creo que es más profundo que eso. No sé si en la mente o cómo yo pienso: la mujer, especialmente en la cultura de mi país, siempre se ocupa de la casa; el esposo trabajando y la mujer se encarga de lo doméstico”.
- “Porque limpieza en la casa es cosa que la mujer puede hacer”.

Una de las categorías que se describe dentro del perfil epidemiológico es la racialización dentro de la afrodescendencia de las trabajadoras domésticas dominicanas e inmigrantes.

El 18 % de las trabajadoras encuestadas reconoce haber sufrido algún tipo de discriminación y/o racismo en el proceso de trabajo doméstico. Cuando se consulta sobre los tipos de prácticas de inferiorización racial, social y de género aparece que un 60 % de las mujeres en empleo doméstico es atacada por su condición de clase social y/o su condición migratoria (inmigrantes). En segundo lugar, aparece el racismo de acuerdo al “color de piel” (8 %).

TABLA 20. Discriminación y racismo en el proceso de trabajo doméstico, según trabajadoras

Variable	Categoría	En %
Discriminación y/o racismo en el hogar donde trabajas	Sí	17.5 %
	No	82.5 %
	Total	100
Tipo de discriminación y racismo	Comentarios sobre mi color de piel	8.0 %
	Comentarios sobre su condición de mujer	4.0 %
	Insultos sobre mi origen migrante y/o condición de clase social	64.0 %
	Ninguno	24.0 %
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Sobre la discriminación racial, social y de género, las trabajadoras entrevistadas explican:

- “Son muchas las discriminaciones y ofensas que recibimos a diario y esto afecta la autoestima de las mujeres”.
- “Somos la servidumbre que tiene que estar identificada y esos son rasgos racistas. Ese uniforme es un rasgo feudal que todavía permanece. ¿Quién tenía servidumbre antes? Los señores. Los de ahora siguen siendo los señores. Entonces, las trabajadoras domésticas somos esa servidumbre del tiempo atrás, que tienen que estar uniformadas, identificadas, aisladas y, encima de eso, maltratadas y humilladas”.
- “Realmente, ellos no saben que yo soy de ascendencia haitiana, porque no hay un contrato... les hablo bien, no me hago ciertos peinados... entonces, cuando llevé a una vecina para que me reemplazara, porque no podía ir unos días a trabajar, esta mujer tenía el acento, también el peinado y esas cosas. Cuando, entonces, la llevo al trabajo a cubrirme... los niños no querían acercarse, la doña dijo que la mamá del señor, del esposo, dijo que no iba a ser posible que ella subiera arriba, ni tampoco acercarse a los niños ni a cocinar... solo la pusieron a limpiar”.
- “Constantemente, con diferentes tipos de palabras que realmente ofenden y humillan, como ‘tú no eres nadie’, ‘tú lo que eres es la chopa de aquí’, ‘tú lo que eres un estropajo, no sirves para nada’ o diferentes tipos de cosas y palabras que dicen, que son realmente ofensivas”.
- “Tengo dificultad, ahora es por mis hijos, pero ya mis hijos también tienen documentos con pasaporte. Sobre el trabajo no tengo ningún inconveniente, porque no me he presentado a trabajar en ningún hotel o una oficina. Creo que si voy a una de esas áreas, me van a preguntar por el documento, pero en las áreas que yo estoy no tengo ningún problema sobre eso, solo con pasaporte puedo resolver”.
- “Desde el 2010 he tratado de tener la residencia pero no la recibí... tuve problemas en la Oficina General de Pasaportes de acá con el responsable que dijo, exactamente, que tengo que irme a mi país. Él tenía problemas de racismo, porque no le quería firmar a ningún extranjero y, por eso, yo tenía problemas con la residencia”.

5.3 Descripción de los procesos de salud-enfermedad prevalentes y principales causas de muerte en el trabajo doméstico

Para analizar el proceso de trabajo doméstico en relación con procesos de salud-enfermedad, consideramos primero graficar la representación sobre la salud colectiva desde la mirada de las mujeres trabajadoras del hogar:

GRÁFICO 11. ¿Qué es la “Salud”?, según trabajadoras domésticas encuestadas



Fuente: Elaboración propia sobre encuestadas

Este es un mapa de ocurrencias sínicas -frases y palabras más repetidas- de las propias trabajadoras encuestadas, donde problematizan su concepción y representación de la “salud colectiva” en el empleo doméstico. A su vez, las mujeres en entrevistas individuales plantean:

- “La salud, para mí, es un estado de bienestar en el cual yo pueda estar y sentirme bien. También, que yo pueda tener acceso seguro a los servicios de salud. Lamentablemente, en la República Dominicana, esto no está, que con el COVID-19 ha demostrado que estamos en el momento más crítico de lo que es la salud, poca inversión y eso es realmente preocupante como trabajadora doméstica”.
- “Ser trabajadora doméstica y no tener ese acceso a la salud garantizado como, quizá, cualquier trabajador que cuenta con un seguro médico y puede dar asistencia no solo en salud sino también la ayuda en medicamentos, es realmente la problemática”
- “Enfermarse en la República Dominicana es realmente un lujo, que una persona con escaso salario no puede darse”.
- “Una trabajadora doméstica, prácticamente, tiene prohibido enfermarse”.

- “La salud es todo, porque si tú no tienes salud no puedes trabajar, no puedes hacer nada. Eso es lo primordial ante la vida. Sentirte bien espiritualmente, físicamente, todo. Si tú no estás bien mental ni espiritualmente ni de tu cuerpo, no puedes trabajar, ¿entiende?”.
- “Para mí, la salud es asistir periódicamente, cada cuánto tiempo, al médico, a chequearte”.
- “La salud es lo principal, ante todo, porque si tú no tienes salud, no puedes trabajar”.
- “Salud es no tener enfermedad, comer saludable, mantenerse... salud no es solamente uno no estar enfermo”.
- “La salud para mí, exactamente, es vivir conforme con la naturaleza, vivir en un espacio que tiene un ambiente correcto, tener un sitio o un documento, como cuando nacen los niños tienen una carta de vacuna... la naturaleza tiene enfermedades, todos deben tener un documento para visitar un médico y vivir un ambiente limpio”.

El cuadro de prevalencia en las trabajadoras domésticas encuestadas muestra una mayor frecuencia sobre siete patologías:

- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo, incluyendo artritis y trastornos articulares
- Enfermedades del sistema nervioso
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Lesiones, envenenamiento y otras causas externas
- Enfermedades del sistema circulatorio

TABLA 21. Enfermedades prevalentes en el trabajo doméstico, según CIE10 básico

Clasificación	En %
Gripes, influenza (enfermedades del sistema respiratorio)	70.0
Problemas musculares en espalda y huesos (enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo)	65.0
Migraña/dolor de cabeza (enfermedades del sistema nervioso)	46.7
Depresión, estrés, angustia, ansiedad (trastornos mentales y del comportamiento)	31.7
Quemaduras, cortes, heridas, caídas-lesiones otros (lesiones, envenenamientos y otras causas externas)	26.7
Artritis y otros trastornos articulares (enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo)	15.8
Hipertensión arterial (enfermedades del sistema circulatorio)	15.0
Infecciones de la piel (enfermedades de la piel y tejido subcutáneo)	8.3
Problemas de la vista - ceguera (enfermedades del ojo y sus anexos)	8.3
Malnutrición/obesidad (enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas)	5.8
Cáncer (neoplasias malignas)	3.3
TB-tuberculosis (ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias)	2.5
Diabetes mellitus (enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas)	2.5
Asma (enfermedades del sistema respiratorio)	2.5

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Las trabajadoras entrevistadas describen sus perfiles de carga de enfermedad coincidiendo con la frecuencia de prevalencia establecida en esta tabla anterior, a partir de las encuestas. Las mujeres trabajadoras describen:

- "Gripe y problemas respiratorios por el alto uso de lo que son detergentes, cloro, desinfectantes, y todo ese tipo de químico que uno utiliza para la limpieza del hogar. El mismo jabón líquido de fregar que, muchas veces, no solamente te puede enfermar de una gripe, sino que también trae resequedad en las manos, puede traer alergias".
- "Cortaduras dentro del trabajo, estas ya serían como accidentes de trabajo, pero son parte de las cosas comunes, las caídas también... tienden a tener fracturas de piernas, de brazos o lesiones que, en el momento, quizás no son visibles pero que más adelante traen problemas secundarios, como problemas en la columna, en la espalda, espalda baja; entonces esas son de las enfermedades que son más comunes".
- "La neumonía que, muchas veces, los empleadores ni siquiera consideran; y, a veces, son hasta de contagio directo por un miembro de la familia, porque esa es una gran problemática. Quizás, cuando un miembro de la familia enferma y la información no se la pasan completa a la trabajadora del hogar por miedo a que se niegue a atender a esa persona... lo digo y, pongo, el ejemplo de una compañera que tuvimos el caso hace ya como un año. Ella estuvo atendiendo a un paciente que estaba en condición de tuberculosis, pero ella nunca lo supo. y como ella no lo sabía, era quien le administraba los medicamentos, lo atendía, lo bañaba, todo hasta que el estuviera en recuperación, pero como ella no sabía que él tenía tuberculosis, ella no se protegió y terminó contagiada".
- "Hipertensión. La mayoría somos hipertensas desde que llegan los 45 o 50 años, porque el estrés laboral y mala comida va afectando. Muchas sufren de problemas vinculados a los órganos reproductivos, también, a sus ovarios, a su útero, porque no tienen medicina preventiva en salud de la mujer".
- "La ceguera. Hay muchas trabajadoras domésticas que han perdido la vista de tanto estar trabajando con líquidos, por lo general, se da más en las que se dedican al área de lavado. La trabajadora doméstica sufre mucho de anemia o los mareos constantes por el estrés, por no dormir bien y todo también le afecta mucho".
- "Las enfermedades en la trabajadora doméstica, por lo general, casi siempre se dan al finalizar el trabajo, cuando llega su vejez".
- "Dolor de espalda. Sí, tengo mucho dolor de espalda. Yo diría que será por el exceso de trabajo, porque desde que tengo 14 años estoy trabajando... el tema de baja presión, por eso tomo medicamentos".
- "creo que el estrés y el agotamiento, lo más que da a mí en particular".
- "Normalmente gripe, dolor muscular o cansancio, eso es lo que yo considero más común".
- "Son el cáncer, problemas en los pulmones por el uso de detergentes cuando están limpiando, una gripe bien mal que, a veces, llegan hasta tuberculosis. Esas son las enfermedades que yo he podido ver, también quemaduras".
- "Las enfermedades más frecuentes son dolor de cabeza, mareos y dolor de cintura".

Sobre las ETN (enfermedades crónicas no transmisibles), la prevalencia más importante es sobre la hipertensión arterial (enfermedades del sistema circulatorio) y los problemas de la vista.

TABLA 22. Problemas de salud-enfermedad crónicos, según trabajadoras

Problemas de salud-enfermedad crónicos según trabajadoras	Prevalencia en %
Depresión, estrés, angustia, ansiedad (trastornos mentales y del comportamiento)	0.8
Hipertensión arterial (enfermedades del sistema circulatorio)	24.2
Diabetes mellitus (enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas)	5.8
Cáncer (neoplasias malignas)	0.8
Migraña/dolor de cabeza (enfermedades del sistema nervioso)	2.5
Problemas de la vista - ceguera (enfermedades del ojo y sus anexos)	12.5
Artritis y otros trastornos articulares (enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo)	3.3
Problemas musculares en espalda y huesos (enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo)	8.3

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

La prevalencia es del 32 % de estrés, angustia, ansiedad (CIE10: *trastornos mentales y del comportamiento*) sobre el total de las trabajadoras domésticas. Aunque cuando se consulta específicamente sobre la situación de estrés y agotamiento constante en el proceso de trabajo, el 88 % de las trabajadoras domésticas, es decir, 8 de cada 10 encuestadas, sintió este padecimiento.

TABLA 23. Frecuencia de agotamiento y estrés en el proceso de trabajo, según trabajadoras domésticas

Variable	Categoría	En %
Agotamiento constante y estrés en jornadas laborales	Siempre	41.7 %
	A veces	45.8 %
	Nunca	12.5 %
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Las trabajadoras domésticas explican el componente de padecimiento en salud mental y también de racialización:

- “Son muchas las discriminaciones y ofensas que reciben a diario; esto afecta la autoestima de las mujeres. En sentido general, la sociedad discrimina mucho a este grupo de mujeres que trabaja dentro de las casas de familia, diciéndole palabras que son realmente inadecuadas y discriminatorias, tales como: estropajo, chopa, sirvienta, nana, o sea, un sin número de cosas que van afectando psicológicamente a la persona y, también, con insultos, diciéndole: ‘tú no eres nadie’, ‘tú no eres nada’, ‘tú no tienes derechos’, ‘tú no’... Dentro de sus propias comunidades, donde ellas viven, sus vecinos ni siquiera saben que ellas se dedican a la labor de trabajo doméstico, porque sencillamente ellas se sienten avergonzadas de decir que esa es la labor que realizan”.
- “Es que tengo estrés y es que uno pierde el cabello... la enfermedad es alopecia, es un estrés por falta de dormir y también el estrés del pensamiento de la tanta carga de lo que uno tiene que hacer, eso fue lo que me diagnosticaron”.

TABLA 24. Causas de muertes en el proceso de trabajo doméstico, según trabajadoras del hogar

Variable	Categoría	En %
Tipo de causa de muerte en el trabajo doméstico	Ninguna	82.5 %
	Por accidente en el hogar	5.0 %
	Por depresión	0.8 %
	Por enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, disfunción cardíaca, etc.)	8.3 %
	Por uso de químicos	3.3 %
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base encuestas

Aunque la gran mayoría de las trabajadoras encuestadas (83 %) no recuerda ni cuenta con un registro de muertes del empleo doméstico en el último año, tampoco en la República Dominicana se cuenta con un registro de defunciones de las personas trabajadoras en general, según actividad, ni en particular un registro de defunciones sobre el empleo doméstico. Asimismo, la principal causa de muerte caracterizada es por enfermedad crónica no transmisible (diabetes, hipertensión y accidente cerebrovascular, etc.) y, como segunda causa de defunción, los accidentes en el hogar.

En cuanto a las muertes y el perfil de defunciones de las trabajadoras domésticas explican:

- “Las muertes que hemos visto han sido en las caídas de altos edificios, precisamente, en la limpieza de ventanales que son bastantes peligrosos; hay quienes han resbalado y han caído estrepitosamente de estos ventanales. También, muertes por enfermedades que son provenientes del mismo trabajo que realizan, que son producidas tanto por la edad como por la función/carga del trabajo que realizan, como son las hernias discales, que ya las discontinúan de por vida. Al que le sale una hernia discal, tiene que dejar de trabajar y eso es prácticamente sin un sistema de pensiones; es ir a morir a su casa sin ninguna protección”.
- “Sabe que eso en el país no se registra, la muerte laboral. Los fallecimientos laborales, o sea, la muerte causada por el ejercicio de un trabajo, aquí no se registra. Realmente, no sabemos”.
- “En realidad... muchas mueren y nadie sabe la causa. Bueno, se enferman; se enfermó y ya porque se enfermó dejaron de trabajar y se fueron a su casa. Nadie se daba cuenta que, en realidad, la trabajadora doméstica lo que veía que había cogido era un resfriado en el trabajo, que no se cuidó porque no sabía, pues no iba al médico. Este resfriado le contrajo otras enfermedades en donde se le complicó; y la trabajadora, sin darse cuenta, sin saber, solo se fue a su casa y de ahí le produjo la muerte”.
- “Se hablaba que mi tía falleció, porque trabajaba en una casa donde tenían la batería del inversor en la cocina. Al ella enfermarse, lo que se le encontró fue el plomo de la batería en la sangre y fue en la casa donde ella trabajaba, porque en su casa no tenía eso y era el único que tenía cerca. O sea, que fue una causa en el trabajo pero no se podía probar, pero fue lo que se le encontró en la sangre al momento de hacerle análisis; decía que era de batería”.
- “Hemos visto en realidad muchas trabajadoras domésticas llegar a su casa enferma, pero, en realidad, nunca se ha hecho un diagnóstico definitivo de decir porqué murió... Y así están en cama y mueren. Pero no es que se cuenta una causa específica”.
- “Hubo una compañera que se murió, se “pa’mo”. Ella estaba planchando y cuando la sacaron estaba dura. No se sabe qué fue lo que hizo tan rápido que se murió, fue a la nevera y la sacaron dura”.

- “Una trabajadora que se resbaló y se desnucó, pero después de eso no he escuchado más”.
- “Fíjate, que cuando se piensa en una muerte materna no se plantea de dónde viene la muerte materna, de qué trabajaba la muerte materna”.

5.4 Analizar los riesgos laborales y daños a la salud colectiva de las trabajadoras en el proceso de empleo doméstico en la República Dominicana

Las trabajadoras del hogar caracterizan claramente los riesgos laborales y los daños a la salud colectiva en el proceso de trabajo doméstico. El riesgo principal identificado es la exposición a químicos (35 %), aunque también la “exposición a violencias y maltratos” (25 %) y los “accidentes de trabajo” (24 %) cuentan con relevancia en una de cada cuatro mujeres trabajadoras encuestadas.

TABLA 25. Riesgos laborales en el proceso de trabajo doméstico, según trabajadoras

Variable	Categoría	En %
Riesgo laboral principal identificado en el trabajo doméstico	Exposición a accidentes (caídas, resbaladas, otros)	24.2
	Exposición a explosiones y/o combustión (Ej: ollas a presión, cafeteras, llamas, otras)	14.2
	Exposición a químicos (ácidos, cloros, detergentes, otros)	35.0
	Exposición a violencias y maltratos (Ej: del patrón, familia y/o amigo del hogar)	25.0
	No hay ningún riesgo	1.7
Total		100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta

Algunas de las más significativas narrativas, relatos y voces escuchadas y registradas en las entrevistas individuales de las mujeres trabajadoras domésticas expresan sobre riesgos laborales y daños:

• SOBRE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y EXPLOSIONES

- “Una casa pareciera no ser un peligro, pero sí lo es y hay muchísimos accidentes que pueden estar dentro de un hogar; eso va desde un simple piso mojado, que se puede resbalar y dar un mal golpe, pero también va con la cortadura de un cuchillo o cuchillos eléctricos, microondas si no saben el buen funcionamiento y el uso también se puede convertir en un peligro; las famosas ollas de presión que explotan, las mismas grecas colocadas de forma inadecuada, también son una bomba de tiempo”.
- “Riesgos son las escaleras, las caídas en las escaleras, los ventanales, también. Muchas veces, los ventanales están colocados de forma alta e incomoda y se les obliga a que tengan que limpiar esas áreas, sabiendo que es prácticamente, no diría imposible, pero que son sumamente difíciles de limpiarlas. Muchas compañeras

se ven como en esa necesidad de temer a altas alturas en ventanales para limpiarlos, para complacer los gustos de su empleador”.

- “Hemos tenido muchas explosiones de olla de presión mal colocadas, muchos aparatos eléctricos que hacen fallas y te dan”.
- “Un riesgo laboral bastante frecuente son las caídas en las escaleras y en los pisos, porque aquí se usan pisos de losa. Cuando estás limpiando y el piso está mojado, muchas se fracturan piernas, se caen, se dan golpes, en algunos casos. Hace poco, una compañera en Villa Altagracia me llamó por una joven que había ido al hospital porque donde ella trabaja había tenido un accidente laboral dentro de la casa y la doña la mandó para la casa”.
- “El último accidente del que fui testigo fue de una compañera que le explotó una olla de presión. Ella quedó con toda su cara desfigurada por esa olla. Lo más lamentable del caso fue que ella no era la empleada de la casa en sí. Ella entró porque la que había dio a luz... no tenía un seguro de maternidad ni nada por el estilo. Aquí se usa que, cuando yo estoy casi a punto de dar a luz, busco una amiga y se la llevo a la dueña, a mi empleadora... Ella buscó una amiga para cubrirla, mientras estaba de licencia por maternidad. La amiga no tenía tanta costumbre de trabajar, de bregar con algunos electrodomésticos; al parecer, no encajó bien la olla y cuando comenzó a hervir, la olla explotó y ella estaba delante de la estufa. Ella se quemó todo el rostro, totalmente. ¿Y el empleador qué hizo? Lo único que hizo fue mandarla a su casa porque ella no tenía seguro, porque ella no era su empleada; y llamar a la otra muchacha que no tenía ni dos meses de haber dado a luz y ella volvió al trabajo con todo y niño”.
- “No tengo mucho, no salgo, no puedo salir tanto con los niños a una actividad de cumpleaños o a su sitio de rutina”.
- “Mientras cocinas, te puedes quemar. Cuando estés planchando, tener cuidado porque te puedes electrocutar, porque no se puede hacer eso descalza; igual, cuando uno está lavando, hay que estar pendiente porque puede ser que ella tenga algo pelado y no te des cuenta”.

• SOBRE ANIMALES

- “Riesgo de enfermarse, porque en las casas de familia tienden a tener muchos animales. Entonces, a veces, la trabajadora doméstica debe tener en su habitación todos los enseres y utensilios de ese animal que tienen en la casa. Entonces, a veces, está bien; nadie se va a poner a lavar con tanto cuidado sus ropas de un animal. Tienes el riesgo a contraer cualquier enfermedad que tenga, ya sea la del pelo de cualquier gato y todo esto”.

TABLA 26. Uso de sustancias químicas en el proceso de trabajo doméstico

SUSTANCIAS QUÍMICAS							
	Cloro	Detergentes	Desinfectantes	Soda cáustica	Limpiador de cerámicas (ácido muriático)	Desengrasante	Alcohol
Proporción en %	93.3 %	92.5 %	83.3 %	12.5 %	14.2 %	0.8 %	0.8 %

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Aunque el cloro, detergentes y desinfectantes son las sustancias más frecuentes utilizadas en el empleo doméstico (ver Discusión y Análisis), también el uso de soda cáustica (13 %) y ácido muriático (14 %) cuentan con una proporción importante dentro de la manipulación general de químicos, para el proceso de trabajo de limpieza de hogar, superficies, cerámicas y otros.

De todos modos, cuando se consulta específicamente a las trabajadoras domésticas sobre el uso y manipulación particular de soda cáustica (“Arizolin”, nombre comercial) y ácido muriático (“Decalin”, nombre comercial), la proporción sube a más de la mitad de las trabajadoras del hogar (53 %) que están expuestas a su uso para limpieza de cerámicas y baños.

TABLA 27. Uso de soda cáustica y ácido muriático en el proceso de trabajo doméstico

Variable	Categoría	En %
Uso de soda cáustica (Arizolin) en la limpieza de cerámicas y baños.	Sí	52.5
	No	47.5
	Total	100
Uso de “Decalin” (ácido muriático) en la limpieza de cerámicas	Sí	52.5
	No	47.5
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Las mujeres trabajadoras domésticas entrevistadas coinciden y resaltan esto en cuanto al perfil de uso de sustancias químicas:

• **SOBRE USO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS**

- “Hay un producto químico que se vende en la calle sin licencia industrial, no recuerdo el nombre, pero tú le quitas la tapa al envase y tienes que salir corriendo de lo fuerte que es. El producto que se usa para limpiar la posadera del inodoro es altamente fuerte. Muchas tienen que lidiar con esos productos y el uso continuo del cloro, que también produce afecciones. Cuando comienzan las afecciones pulmonares, es cuando una persona tiene muchos años trabajando”.
- “Su nivel educativo no le permite tener la percepción del riesgo y la dueña de la casa no se lo va a explicar, tampoco”.
- “Los detergentes son los químicos que intoxican la piel y tienes que trabajar con mucho detergente, pero a veces no te buscan los instrumentos necesarios”.
- “Los empleadores, a veces, quieren que brille y te compran el Decalin, compran el desgrasante, te compran los químicos para limpiar la madera, que son bastantes fuertes, pero no te compran los guantes ni la mascarilla para utilizarlo. Pero si tú tienes que utilizar esos químicos, terminan tarde o temprano haciéndole daño a la trabajadora doméstica”.
- “En el momento en que ellos van a fumigar, salen de la casa, se llevan los niños, pero la trabajadora doméstica tiene que quedarse en casa para estar al pendiente del que va a fumigar”.
- “Hay muchos químicos que te pueden hacer daño; si tú no lo sabes usar, te pueden causar alergia, te pueden causar la sinusitis, es cómo tú lo usas. Yo diría que hay personas que no saben usar los productos”.
- “El riesgo laboral, ligando con cloro, Decalin; a veces, yo me he desmayado por esos productos químicos y, a veces, no podés respirar por esos productos. Es lo que puede pasar, a veces, y que me ha pasado”.
- “Una vez me caí limpiando. Yo estaba limpiando, ella (la señora) entra en la casa, pasa el dedo en el piso y dice que no estaba bien limpio, que debo limpiar otra vez. Ella hecha Decalin y mancha el piso; tuve que bajar, con la barriga en el piso. Mientras iba bajando, me caí, entonces le pedí permiso para chequearme al médico, pero no me lo permitió, por eso tuve que dejar el trabajo”.
- “Una brega con mucho cloro y con mucho detergente y no tiene la precaución adecuada. A veces, tienes que hacer todo sin protegerte”.

TABLA 28. Acceso y uso de materiales de protección personal para manipulación de químicos en proceso de trabajo doméstico

Variable	Categoría	En %
En el uso y manipulación de químicos, ¿tiene acceso de materiales de protección personal (ejemplo: guantes, barbijo/mascarilla y lentes protectores)	Siempre	39.2
	A veces	38.3
	Nunca	22.5
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Queda evidenciado que una proporción del 61 % de las trabajadoras no tiene acceso permanente a los materiales de protección personal, para el uso y la manipulación de sustancias químicas dañinas para la salud. Seis de cada diez trabajadoras domésticas no cuentan con la disponibilidad de medios de trabajo y medidas de protección oportunas y adecuadas para el proceso de limpieza con químicos, requerido por las patronales domésticas. Eso implica que las mismas trabajadoras del hogar busquen desarrollar prácticas de autocuidado personal y formas de protegerse sin los medios de trabajo accesibles. Así lo explican:

• **SOBRE PROTECCIÓN**

- “En el trabajo doméstico, prácticamente, uno tiene mucho riesgo. Si usted tiene tanto tiempo como yo, trabajando en casa de familia, ya me sé cuidar; porque si a ti nadie te cuida, eres tú misma que tienes que cuidarte”.
- “Yo tengo un seguro de vida particular que me lo pago en el banco BHD. Si yo caigo ahora mismo, por los menos mi niña no se va a quedar desamparada; también cubre la funeraria para que, en caso de que pase cualquier cosa, ella no esté desesperada”.
- “Muchos de estos químicos son utilizados sin guantes, sin zapatos protectores y mucho menos con una mascarilla. Bueno, quizás ahora se esté usando más el tema de la mascarilla, pero no por el tema del cuidado con los productos químicos sino por el tema del coronavirus”.
- “Solo cuando voy a utilizar un químico que es fuerte, tengo una bata protectora para ponérmela, para que no me caiga en los senos y el pecho, es para limpiar la estufa, para limpiar el extractor de grasa”.
- “Desde el Estado dominicano no hay ninguna entidad que se encargue como de esa divulgación de los derechos que tienen las trabajadoras del hogar. No hay materiales educativos, excepto los que realizamos las propias organizaciones de trabajadoras domésticas. Pero desde el Estado, se supone que debe haber políticas públicas dirigidas al sector y también al cumplimiento de derechos; realmente, en la República Dominicana no existe nada”.

En particular, el uso intensivo de sustancias químicas de diversas variedades y componentes, las voces de las trabajadoras domésticas detallan el tipo y exposición:

- “Por la utilización de estos químicos de limpieza que, muchas veces, pasan de una simple gripe común a una pulmonía o hasta el caso de llegar a una tuberculosis por el uso excesivo de estos materiales. Usos comunes son: detergentes, cloro, desinfectantes, Arizolin y lejía”.
- “El Arizolin y la lejía son unos químicos fuertes que se utilizan para la limpieza de losetas. Entonces, esos químicos, cuando usted los utiliza dentro de las casas, no se le dan los utensilios necesarios como para protegerse de estos. Por ejemplo, cuando se echa el Arizolin en el piso, bota como si fuera un vapor hacia arriba que entra hacia los pulmones y automáticamente causa una tos; la gran exposición de esto en un sitio cerrado

puede causar hasta la pérdida del conocimiento... Por ejemplo, el año pasado tuvimos el caso de una compañera migrante; ella no sabía del uso del Arizolin y lo mezcló con cloro, eso fue una bomba de tiempo; automáticamente ella lo mezcló y lo vertió en el baño, disque para que quedara más desinfectado, más limpio, eso levantó como si fuera un vapor hacia arriba, al ella absorberlo sin ningún tipo de mascarilla, eso le causó la falta del conocimiento y la encontraron desmayada en el baño y fue producto del químico”.

- “Para limpiar y para desinfectar, cloro y el Mistolin. Ya no uso químicos ni nada de eso, porque me hace daño. El olor de esos químicos fuertes me hace daño. Hay un Arizolin que es fuertísimo”.
- “Uno usa Decalin, lisol, algo para quitar la grasa a la estufa, desgrasantes, también farola... son muchas cosas que uno usa para limpiar. Yo no las mezclo, tampoco, porque cuando usted mezcla el cloro con otros, Decalin... y lo huele, es demasiado fuerte y eso te pasa a tamaño o a los pulmones”.
- “Una vez manipulé Ace sin guantes y me dio una alergia con ardor; me salieron bolas en la piel, pero no supe si fue porque cambiaron el producto”.
- “Cloro es el químico más fuerte que usamos para lavar el baño y el detergente para lavar”.

En cuanto a la prevalencia de violencia laboral basada en género en el proceso de trabajo doméstico, el 24.3 % de las trabajadoras encuestadas sufrió algún tipo de violencia. En general, la agresión verbal, maltrato y golpes es prevalente y realizado por la patrona mujer; y el acoso sexual, por los patrones varones. Solo una proporción muy reducida (5 %) de los casos de violencia fueron denunciados a autoridades policiales o de justicia; en general, las trabajadoras no hacen nada (45 %) o renuncian al empleo (38%).

TABLA 29. Violencia laboral basada en género en el proceso de trabajo doméstico

Variable	Categoría	En %
Tipo de violencia	Ninguno	76.7
	Sí, acoso sexual del Patrón y/o familiar	4.2
	Sí, violencia física (golpes y maltratos)	2.5%
	Sí, violencia verbal	16.7
	Total	100
Agresor/a de violencia y/o acoso	De alguien relacionado a mi empleador (familiar, amigo, otro)	7.5
	Del patrón (mujer)	30.2
	Del patrón (varón)	15.1
	Ninguno	47.2
	Total	100
Si sufriste violencia o acoso, ¿qué hiciste al respecto?	Denuncia la violencia y/o acoso ante una autoridad (Ejemplo: Policía, Fiscalía de Mujer, otras)	4.8
	Le comenté a mi empleador/a	2.4
	Renuncio al trabajo	38.1
	No dije nada por miedo a represalias y/o perder el trabajo	9.5
	No hago nada	45.2
Total	100	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Los testimonios de las trabajadoras en las situaciones y patrones de violencia laboral basada en género en el proceso de empleo doméstico refuerzan los resultados cuantitativos de la encuesta:

- **SOBRE VIOLENCIA LABORAL BASADA EN GÉNERO**

- “Cuando entré al trabajo, el niño hasta me tiraba, me daba golpe como lo hacía con su abuela. Sus padres, supuestamente, nunca se dan cuenta de eso”.
- “Las mujeres, muchas veces como empleadora, son más duras que los hombres. Son las que tienden a agredir de manera verbal. Constantemente, con diferentes tipos de palabras que realmente ofenden y humillan, como son: ‘chopa’, ‘tú no eres nadie’ o ‘tú lo que eres es la chopa de aquí’; ‘tú lo que eres es un estropajo, no sirves para nada’, diferentes tipos de cosas y palabras que dicen que son realmente ofensivas. Con los empleadores, no voy a decir que en todos los casos, pero se han dado donde el empleador, si es joven, no quiere a la trabajadora del hogar solamente como para las funciones de los quehaceres de la casa, también caemos en el tema de la violencia y acoso. Me dice cosas que, quizás, yo no quiera escuchar o roces que no estoy autorizando... y muchas veces hasta el punto de llegar a la violación. Muchas veces esto pasa por parte de los hijos o algún familiar cercano de los empleadores. Eso sucede mucho”.
- “La mujer es el patrón... me hablaron mal y yo dije: ‘no, yo no puedo’; al otro día, no podía seguir trabajando. La mujer te habla mal siempre”.
- “De la mujer empleadora la violencia es en el tema psicológico y verbal, hasta el punto de llegar a la agresión física. Quizás a un golpe”.
- “Acoso no, pero violencia verbal sí, de querer humillarme, ofenderme con palabras y las palabras duelen, porque quedan, te marcan. Y quedan, como siempre ahí, que tú eres una estúpida, que tú no sirves para nada... realmente son palabras que marcan, un sentir muy mal y te hacen sentir que tú no vales absolutamente nada”.
- “El maltrato sigue... siguen empleadoras que sienten que, por el simple hecho de que me está pagando, tienen que humillarme; y muchas trabajadoras, que por miedo o por desconocimiento, lo aceptan”.
- “Muchos casos de trabajadoras domésticas que su empleadora le daba hasta galletas y se quedaban así por miedo a perder su trabajo. Que la dueña de la casa las trataba mal, las empujaba, que les hablaba como que era el peor animal de la calle, porque al animal de la casa no lo trataban así. Obviamente, tratan mejor al animal de la casa que a la trabajadora”.
- “Hay violencia, muchas de las señoras, que son verbal y emocional... conozco una que su empleadora la maltrataba y le daban hasta golpes”.
- “Hay muchos sitios que a la trabajadora que no tiene su documento la tratan mal, por ser haitiana. Se dan cuenta que no tienen su papel y nos quieren humillar”.
- “Muchos jefes abusadores, como decimos”.
- “A veces te maltratan. Cuando yo comencé a trabajar tenía nueve años. A veces, mi la jefa me maltrataba, me trancaba en un cuarto, no me dejaba salir. Como a los 10 años, mi papá me mando a ese trabajo y la mujer me trancaba por un error y a ella como que le daba vergüenza... quiere decir que uno ha sufrido, hemos sufrido mucho las domésticas”.
- “Sí, también agresión verbal por parte del señor... él no entiende y con la comida la tira si no le gusta o porque no cumple con su dieta grita, se queja y la tira”.
- “Muchos gritos. La mujer me gritaba mucho, ella no me golpea porque no podía, porque me gritaba mucho, muchísimo, me hace cosas que no debería hacer... ella supo que yo quedé embarazada, ahí ella empezó a maltratarme, pero no sé si eso es por migrante”.

• SOBRE VIOLENCIA SEXUAL LABORAL BASADA EN GÉNERO

- “La violencia que se da es la sexual con relación a los hombres empleadores o algún familiar cercano o allegado a la familia. Dicen propuestas y palabras que no son apropiadas o indecentes; también quieren estar manoseándote, tocándote tus partes, un seno o el trasero de manera inapropiada, sin tu consentimiento. Entonces... tenemos casos de compañeras que han sufrido violación dentro de sus lugares de trabajo y no se han atrevido a denunciar por el temor de que en la justicia es su palabra contra la mía. ¿Y le van a creer más a él que a mí? Él tiene dinero o que tiene relaciones; sencillamente, la justicia no me va a creer lo que yo voy a decir. Yo no tengo cómo probarlo, porque no tengo una foto o un video del momento, de lo que pasó o cómo pasó... es la palabra de él contra la mía. Pero sí se da el caso hasta el punto de llegar a violaciones sexuales”.

Un proceso protector de la salud colectiva de las trabajadoras domésticas considerado es la organización laboral (sindical y social). Seis de cada diez trabajadoras pertenecen a organizaciones colectivas (57 %), donde la iglesia (45 %) y el sindicato (47 %) son la principal referencia organizativa. Aunque cuando se consulta sobre el grado de conocimiento sobre las asociaciones y sindicatos de trabajadoras del hogar en la República Dominicana, el desconocimiento sigue siendo importante (60 %); el reconocimiento y conocimiento de los derechos laborales en el país son desconocidos para un 38 %.

TABLA 30. Organización laboral y participación social, según trabajadoras

Variable	Categoría	En %
Pertenencia y participación en organización social/sindical/comunitaria	Sí	56.7
	No	43.3
	Total	100
Tipo de organización a la que pertenece y participa	Asociación vecinal	8.8
	Asociación vecinal y parroquia	1.5
	Parroquia /Iglesia	42.6
	Sindicato	47.1
	Total	100
Conocimiento sobre los sindicatos de trabajadoras domésticas en la República Dominicana	Sí	40.0
	No	60.0
	Total	100
Conocimiento sobre los derechos laborales como trabajadora doméstica en RD.	Sí	61.7
	No	38.3
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Las trabajadoras entrevistadas, sindicalizadas y no sindicalizadas, expresan:

- “Aún el grado de conciencia de ser trabajadoras y luchar es bastante bajo, pero hemos crecido en los últimos años”.
- “En sentido general, por las compañeras que nosotros lidiamos todos los días, hemos tenido que entrar en un proceso no solamente de formación en materias de derechos, sino también de organización”.

- “Nos ha tocado como organización, en mi parte personal, hablar bastante de la autoestima, la autovaloración y trabajar como mucho ese tema, que las mujeres trabajadoras se sientan como personas importantes, que son parte del engranaje nacional y que sin ellas la sociedad no pudiera continuar su curso y que los demás profesionales no podrían ejercer su labor”.
- “Verdaderamente estamos identificadas ya como trabajadoras, antes era un poquito más especial, decía que era doméstica, te veían como que era muy poquita cosa en realidad, pero ya no, ya se ha ido aceptando el trabajo y las personas han ido reconociendo que ser doméstica también es un trabajo. Pero ha sido una gran lucha y ha sido bastante difícil poder reconocer el trabajo doméstico y todavía sigue siendo”.
- “Hay personas que menosprecian a la trabajadora, la tienen en su situual de trabajadora y tratan de decirte que no sirves, por eso en el barrio o donde podamos organizarnos hay que hacerlo”.
- “Organizarse, a veces, hace la diferencia, porque realmente entiendo que el hombre y la mujer deberían de ganar igual. A veces, las mujeres, haciendo lo mismo que los hombres, ganamos menos y, a veces, haciendo el mismo trabajo. Usted busca una mujer para conserje, vamos a decir para limpiar un edificio, el apartamento por afuera y le pagan a veces una miseria y al hombre lo buscan y le pagan más”.
- “Somos trabajadoras domésticas, en unos lugares más desprotegidas que en otro, pero estamos y somos seres humanos. Ahora mismo somos una sola voz y tenemos que seguir así, seguir unidas a terminar y seguir luchando”.

Es importante aclarar que todo el trabajo de campo (encuestas, entrevistas y grupos) con las mujeres trabajadoras domésticas se hizo con el apoyo de referentes sindicales y redes de mujeres trabajadoras del hogar involucradas para este estudio. Asimismo, al equipo de investigación le une una larga relación con los colectivos de los(as) trabajadores(as) organizados en América Latina y el Caribe.

5.5 Descripción de acciones, programas, estrategias sobre el cuidado de la salud y protección laboral de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana

En las entrevistas semiestructuradas a informantes claves responsables de la toma de decisiones del sistema nacional de salud pública y de seguridad social, se obtuvo los resultados que a continuación se presentan de forma sistematizada y seleccionada según categorías de análisis.

Solo dos de los informantes claves de seguridad social y salud pública a nivel nacional referencian que existe alguna política enfocada a las trabajadoras domésticas, especialmente en lo que implica en la ampliación de cobertura sanitaria a través del aseguramiento subsidiado del modelo dominicano en este caso con la entrega del seguro familiar de salud a través de SENASA (Seguro Nacional de Salud).

Las y los informantes claves del sistema dominicano de seguridad social, especialmente del campo de la salud, explicaron las condiciones de estructuración y diseño:

- “Este modelo se sustenta en la estructura, concepción, en seguros. Que son seguros de interés público nacional pero que son ejercidos, ejecutados, gestionados por instituciones públicas y privadas que son las Administradores de Riesgos de Salud y Administradores de Riesgos Laboral”.
- “Este sistema se basa en 3 seguros: el de salud familiar de salud, en de riesgos laborales y el de pensiones. Cada uno tiene sus propias fuentes de financiamiento.
- “Estos seguros operan casi de forma separada, el único vínculo institucional es el Consejo Nacional de Seguridad Social. Del CNSS para abajo tienen dos Superintendencias diferentes, tienen administradoras diferentes
- “El CNSS esta conformado por distintos sectores además del Estado, de los cuales 3 tienen la mayor autoridad dentro de autoridad que tienen lo que suele llamarse derecho de veto. Esos tres sectores son el Estado, el sector sindical organizado representado por las 3 centrales sindicales del país, y el sector empleador privado de corte empresarial. No se puede tomar ninguna decisión si estos 3 sectores no están de acuerdo. Aunque también hay una representación del Colegio Médico, de las asociaciones de enfermería, de la pequeña y mediana empresa, de sectores beneficiarios del régimen subsidiado”.
- “El Seguro de Riesgos Laboral y el Seguro de Pensiones solo existen para el régimen contributivo. El régimen subsidiado solo está el seguro familiar de salud ... ha crecido mucho la afiliación al seguro que era alrededor del 95% de la población”.
- “En el mercado del trabajo dominicano hay una presencia muy fuerte del trabajador considerado informal. Trabajadores por cuenta propia o independiente o informal o su grupo familiar que quedan fuera del sistema dominicano tienen capacidad contributiva por lo tanto no pueden ir al régimen subsidiado, pero tampoco están en el contributivo porque el marco legal actual no les permite ir al contributivo si no tienen un empleador. Trabajadores independientes no pueden ir al contributivo. Esto plantea varios problemas del punto de vista de la protección social financiera en base a seguros, como tiene el sistema de seguridad social dominicano. Eso significa que más de la mitad de los afiliados al sistema de seguridad social no tienen el seguro de riesgo laboral y ni el seguro de pensiones como es el caso de las trabajadoras domésticas”.
- “Un gran problema actual del sistema de seguros de salud son los planes complementarios y voluntarios. Que al no ser obligatorios, las aseguradoras empezaron a trasladar todos sus afiliados a que compren planes complementario/ voluntarios a empresas de seguros privadas, sacándolo del sistema de seguridad social. Dejando el Sistema solo para el plan básico de salud”.
- “Si hoy un afiliado al sistema de seguridad social y compro un plan complementario para tener prestaciones por arriba del plan básico de salud, me sacan esa complementariedad del sistema de seguridad social me la llevan a una empresa de seguro, no regida no por la Ley 87-01 si no por la Ley de Seguro y Fianza. Supervisada, teóricamente, por la superintendencia de seguros, no por la Superintendencia de salud. Así se quitaron toda la regulación de encima”.
- “Es una convivencia entre la aseguradora ARS y los prestadores para obligar al afiliado a comprar planes complementarios. Así que en la práctica se ha convertido en una necesidad –tener el complementario- porque en la práctica un número importante de prestadores privados no reciben el plan básico de salud del contributivo”.

A su vez, dos tomadores de decisión de nivel jerárquico de organismos del Sistema Dominicano de Seguridad Social expresan sobre la salud de las y los trabajadores dominicanos:

- “Sólo el 30% de las y los trabajadores del país tienen seguro de riesgo laboral, el resto no”.
- “En caso de seguro de riesgo laboral se ha concentrado casi exclusivamente en accidentes laborales, y muy poco en enfermedades ocupacionales. Esto tiene que ver con razones: 1) A veces el mismo tipo de enfermedad del trabajo se puede imputar –abarcar- con los riesgos de su puesto de trabajo o a su calidad de vida general, entonces esa es una razón que hace muy discutible internamente y 2) la otra razón es que lamentablemente se notifican pocas enfermedades ocupacionales por parte de los empleadores a quienes les corresponde notificar”.

- “En el caso de los accidentes suele ser más notificado y mejor registrado, no sólo porque los empleadores les interesa que el seguro le cubra el tiempo de licencia médica y los costos. Porque la ley establece una penalidad para el empleador si el empleado no está cubierto por el seguro de riesgo laboral, el empleador de acuerdo a la Ley tiene que pagar el 100% de los gastos de atención en caso de que tenga un accidente laboral. Los empleadores tienen interés que se notifiquen ... también tienen interés las ARS en la notificación porque el marco normativo establece que cuando una persona llega a cualquier establecimiento de salud accidentados, mientras se clarifique el accidente laboral o no, la ARS corre con los gastos si posteriormente se clasifica laboral le cargan el costo (al seguro de riesgo laboral)”.
- “El accidente laboral es más obvio tiene un momento de ocurrir, mientras que las enfermedades es más acumulativo más crónico, a veces el trabajador ni sabe está enfermo”.
- “El seguro de riesgo laboral le cubre el 100% de los costes de la atención, no sólo la atención aguda hasta la incluso laboral, hasta prótesis. No es solo cobertura para accidentes laborales mucho más amplia. Los accidentes la mayoría no son en el lugar de trabajo, son accidentes de tránsito, en el trayecto de la residencia al lugar de trabajo o retorno, considerado accidentes de trabajo”.
- “Además la ARL da la atención médica en accidente, tiene subsidio en dinero, el trabajador es cubierto mientras esta incapacitado 26 semanas y es revaluado periódicamente. Puede llegar hasta las 52 semanas”.
- “El seguro de riesgo laboral además de cubrir los accidentes y enfermedades, aunque no ha hecho mucho esfuerzo por la salud laboral. Es una de la cosa que se quiere introducir en la reforma de eliminar seguro social y creando el IDOPPRIL, se quiere que tenga una deriva a la prevención y protección”.
- “En el IDOPPRIL promovemos el bienestar de los trabajadores gestionando la prevención y protección de los riesgos laborales, además de administrar el pago del seguro de riesgos laborales”

Los mismos actores claves tomadores de decisión de organismos del seguridad social y salud, se refieren especialmente sobre las trabajadoras domésticas en República Dominicana explicando:

- “En IDOPPRIL no tenemos estudios, ni trabajo ni notificaciones que tengan que ver con las trabajadoras domésticas en general”.
- “Las y los trabajadores domésticos son un caso un poco extraño, un poco especial porque resulta que el código laboral o código Trujillo (por lo viejo) establece un régimen diferente para los trabajadores domésticos diferentes a los otros trabajadores “productivos” y eso hace que los patrones, empleadores en general como jefes de familia, no siempre quieren asumir oficialmente ese rol de empleador porque para registrarlas tiene que hacerlo como un Empleador”.
- “El empleador/a le tiene temor o prejuicios de que ese esa reconocimiento implique otros controles no sólo de la seguridad social, sino en impuestos...y es un país que vive de la elusión y evasión”
- “A veces tiene que ser una persona o familia con mejor nivel educativo o mayor sensibilidad social para que registren a sus trabajadoras domésticas, que no es solo la trabajadora doméstica común que uno conoce, de acuerdo a la ley son trabajadores domésticos los jardineros, seguridad etc. Tienen un régimen especial y sabemos que son un sector que está muy mal protegido
- “En el actual sistema de seguridad social ellas (las trabajadoras del hogar) pueden entrar en el régimen subsidiado, pero no califican para ir al régimen contributivo porque no tienen un empleador y generalmente sus ingresos son bajo- se supone que calificar todos los empleadores que tenía un ingreso estable o menor al salario mínimo cotizante de la seguridad social, que es RD13 mil pesos dominicanos este momento (año 2021)”.
- “La mayoría de las trabajadoras domésticas están por debajo y podrían simplemente demandar su derecho a la aseguradora de riesgos pero la gente desafortunadamente suelen tener quejas de que el contributivo es mejor que el subsidiado y eso tiene que ver con la red de aseguradora y tiene que ver con la atenciones

especializadas porque no hay servicio de primer nivel que sea realmente servicio especializados y a ese nivel la imagen pública de los servicios privados es mejor”.

- “Hay un problema en el trabajo cuentapropismo o independiente con los registros por alguna razón en el registro de un afiliado sea contributivo o subsidiado, no se registra la ocupación principal. No se registra y no es fácil rastrear a la trabajadora doméstica en el régimen subsidiado por ejemplo. Se puede tener por sexo o edad, pero no por ocupación. En el régimen contributivo tampoco se tiene la ocupación pero se tiene la empresa donde trabaja y eso da una aproximación más cercana a sus funciones”.
- “No esta difícil lograr que las/los trabajadores domésticos sean incorporadas por su empleadores en el sistema de seguridad social actual. Sobre todo porque en régimen actual, las cotizaciones en el régimen contributivo están ligadas al salario, no son cotizaciones estándar y en el subsidiado no debería quedar nadie fuera a esta altura de la cobertura”.
- “Lo que nos interesa es la protección financiera del afiliado dominicano”.
- “El cambio debe venir del Estado del propio sistema de seguridad social, no se puede esperar que el cambio venga de las organizaciones sociales, son muy débiles y vulnerables”.
- “Obviamente que el servicio nacional de salud o el Ministerio de Salud pública no cuentan con programas de salud pública para trabajadoras domésticas ni tampoco en salud laboral. Eso le corresponde a IDOPPRIL”.
- “No contamos con registros en el sistema de información ni en el sistema de vigilancia epidemiológica nacional sobre la notificación de enfermedades según ocupación o trabajo”.

El 42 % de las propias trabajadoras del hogar encuestadas considera que la protección del Estado hacia el proceso de empleo doméstico es de *mala a muy mala*. Si se incluye la respuesta “regular”, se puede decir que el 76 % de las mujeres trabajadoras, o sea 8 de cada 10 trabajadoras domésticas, percibe desprotección del Estado en su salud colectiva y seguridad social para la vida.

TABLA 31. Protección del Estado al empleo doméstico, según las trabajadoras

Variable	Categoría	En %
Calificación de la protección del Estado hacia la trabajadora doméstica	Muy buena	6.7
	Buena	17.5
	Regular	34.2
	Mala	13.3
	Muy mala	28.3
	Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Las trabajadoras domésticas, a diferencia de los gestores y tomadores de decisión públicos, plantean su disconformidad y malestar sobre el Estado y el sistema de salud pública:

- “El Estado no tiene ninguna política pública que garantice la protección a ninguna de nosotras, nadie se hace responsable”.
- “La única iniciativa que hay es el proyecto de ley que nosotros estamos impulsando en el Congreso Nacional para poder tener inclusión completa en lo que es la Seguridad Social que, como te decía, no es solamente un tema de salud sino de riesgos laborales y pensión, también. El Estado y el sistema de salud pública, con

relación a este tema, no hace absolutamente nada. Hay una falta de voluntad política para dar asistencia y cobertura a la trabajadora del hogar”.

- “El Estado y la salud pública, con relación a nosotras, no hace absolutamente nada”.
- “En el esquema de planificación del sistema de salud dominicano, las trabajadoras, y en especial la doméstica, no están, no existen”.
- “La trabajadora doméstica fue mencionada en el tema de la salud en 2015 o en el 2016, cuando el presidente Medina (2015) lanzó el decreto de ingresar a 50,000 trabajadoras domésticas a la Seguridad Social, pero de ahí todo lo demás no se hace nada. El que entró a la Seguridad Social entró y el que no, no”.
- “Es mentira todo, prácticamente mucho hablar, pero al final nada más se queda en hablar. Bueno, ahora estamos en la condición de que a quien no tiene seguro a veces ni lo quieren atender, a veces tú te enfermas y lo primero que te preguntan es por el seguro, si no tienes seguro ni vayas porque a veces te rechazan”.
- “Lo veo deficiente, pésimo, con una baja inversión donde a las personas no se les trata como personas. Más bien, el sistema de salud te trata como un cliente, que quien más puede pagar puede tener más acceso a la salud, cuando no debería ser así. Cuando la salud es un derecho universal, es un derecho humano que debe de estar garantizado. Entonces, así lo veo en la República Dominicana y es muy baja la inversión en el tema de salud y, por tanto, eso se refleja en los servicios que se brinda a la población”.
- “Si tú vas a un hospital público, tienes un acceso limitado en la consulta, tú encuentras a cualquier persona tirada en el piso o en un pasillo dentro de un hospital, porque no hay camilla o no hay médicos que atiendan, porque no hay cómo suturar, no hay un algodón, no hay un suero o que si tú no tienes un familiar, que está el dependiente a ti en ese momento, te puedes morir en un pasillo. Realmente, el sistema ya venía colapsado y con esta pandemia lo que ha hecho es como destapar la caja de pandora y mostrarle al pueblo que nuestro sistema de salud es total y absolutamente deficiente”.
- “Si me da un número del 1 al 10, yo te daría un 1. Lamentablemente, muy, pero muy mala la atención y la protección del gobierno. Muy mal, de verdad la salud. Pésima. ¿En qué sentido? Nunca hay de nada, hasta para una inyección tienes que llevarla y es un hospital público. Vamos a ver, si es un centro público se supone que aunque sea un acetaminofén deben tener; y tú vas, todo es una receta. Aquí vamos a decir que es un hospital de receta”.
- “Se supone que si vas a un sitio público es porque no puedes pagar una clínica, pues es al final lo mismo que en una clínica; te tienes que hacer todos los estudios aparte”.
- “Maltratos así como físicos, no; pero verbales, sí, porque siempre viven diciendo: ‘ustedes vinieron a invadir, a llenar los hospitales’. Por ejemplo, en una ocasión estaban entregando los resultados de los análisis y la secretaria estaba llamando; cuando ve que quienes se paran son personas inmigrantes, por el nombre y, a veces, por el físico se dan cuenta que son haitianos, los tiró en el piso y dijo: ‘esto está lleno nada más por ustedes’.
- “El sistema de salud en la República Dominicana debe mejorar, no solamente para el sector, sino para la población en sentido general, porque se ha demostrado a través de los años que tiene muchas deficiencias y, fundamentalmente, nos afecta no solamente a la trabajadora del hogar, sino a todos”.
- “Reflejar fundamentalmente la problemática que hay en materia de salud y el cuidado con el tema de las trabajadoras del hogar”.
- “Como trabajadora doméstica, por qué no hacen algo para aprobar esta ley, la ley doméstica, o que aprueben los contratos y derechos, por lo menos, contratos que dan apoyo porque puedes exigir”.
- “Realmente, quisiera que se luchara para una mejor calidad de vida de las domésticas. Yo hallo que uno trabaja la vida entera en casa de familia. Quisiera que se luchara para la ley a ver si, algún día, uno tiene una liquidación para cuando se retire pueda, aunque sea, comprarse su ranchito. Usted se pasa la vida entera trabajando y lo que usted gana a veces no le da ni para comprar un ranchito de madera y es penoso uno echar la vida entera trabajando para ni tener una vejez digna”.



6

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

6

Se presenta la discusión por objetivo específico establecido, para luego enunciar las fortalezas y debilidades del estudio y, por último, realizar reflexiones y aproximaciones a modo de reflexiones finales.

- **CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LAS TRABAJADORAS DOMÉSTICAS REMUNERADAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Como lo estudia Carolina Ferreira (Ferreira et al., 2020) para Brasil, las trabajadoras domésticas de la República Dominicana hacen frente a un complejo espiral de precarización de las condiciones de trabajo, permeadas por la escasez de formación sobre sus derechos en el trabajo, al igual que una permanente desvalorización y explotación naturalizada en el proceso laboral.

A partir de los resultados obtenidos, se resume en el siguiente cuadro analítico las características del objeto del proceso de trabajo, las condiciones de la fuerza laboral (mujeres) y ambiental (hogar-espacio), los medios de trabajo que manipulan y la organización del propio proceso laboral. La interacción y relaciones de estos cinco campos definen las particularidades y singularidades de las condiciones de trabajo y salud de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana.

CUADRO 6. Objeto, organización y medios de trabajo en el empleo doméstico en la República Dominicana

OBJETO /SUJETO DE TRABAJO	FUERZA DE TRABAJO	MEDIOS DE TRABAJO	AMBIENTE DE TRABAJO	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO
<p>OBJETO FÍSICO: Cantidad (casas, hogares, lugares) / Tamaño (metros cuadrados, dimensiones) / Frecuencia de exposición. Postura corporal.</p> <p>SUJETO SOCIAL: Composición del grupo social de empleadas domésticas: número (una, máximo dos, por hogar de trabajo) Edades (jóvenes), sexos (femenina)</p>	<p>MUJERES: Clase social subalterna/popular. Mayoría jóvenes Afrodescendencia Residencias rurales a la ciudad Migrantes (haitianas)</p>	<p>Insumos y materiales de limpieza Uso de sustancias seguras/peligrosas (líquidas y en polvo) Electrodomésticos Cocina/calentadores (combustión) Equipos de protección personal (EPP) Cuerpos de mujeres (ejemplo: trabajo manual).</p>	<p>CONDICIONES AMBIENTALES: <i>Cantidad/frecuencia de exposición</i> Físicas: temperatura(frío/calor) humedad, ventilación; contacto pisos, ventanales y escaleras. Químicas: vapores y sustancias tóxicos; Biológicas: bacterias, hongos, virus, artrópodos: Salud mental: tipo de relación de trabajo (violencias, maltratos verbales y físicos). Subjetividades de sometimiento y subordinación.</p>	<p>Condiciones laborales: Acuerdo verbal de tareas, jornadas de 8 hasta 15 horas, bajos salarios, sin descanso establecido, no pago de horas extras, vacaciones o licencias. Sin contrato de trabajo. Sin seguridad social ni acceso universal a atención en salud. Nulo cumplimiento de derechos laborales (licencias, maternidad, vacaciones)</p>

Fuente: Elaboración propia Basile, G. Programa Salud Internacional FLACSO RD.

Como fue descrito en el marco teórico, el trabajo doméstico tiene un peso en la reproducción social de las relaciones económicas capitalistas que se expresan y cimentan en las propias condiciones laborales en la República Dominicana:

- Salarios menores al salario mínimo
- El trabajo se hace a cambio de una remuneración en efectivo y/o en especie (considerando como tal: los alimentos y alojamiento que entrega el empleador/a).
- Jornadas laborales sin límites horarios, sobrepasando las ocho horas.
- Sobreexplotación laboral restrictiva y abusiva.
- Sin relación contractual con patronal (sin contrato de trabajo).
- Barreras de acceso a licencias médicas por enfermedad y de maternidad.
- Despidos con y sin causa sin indemnizaciones, incluso por embarazos.
- La mujer se constituye como una reserva de fuerza de trabajo flexible y descartable.

La relación primaria de subordinación, subvalorización y explotación que las mujeres trabajadoras domésticas dominicanas intrínsecamente sufren en las condiciones de su empleo, refuerza como lo plantean Fraser(2015) y Jelin (1998) una jerarquización sexual y social sobre cuerpos de mujeres inferiorizadas que solo pueden ocuparse de “lo doméstico” como parte de lo femenino; y, además, por su condición de clase social subalterna empobrecida condiciona su inserción en el mercado de trabajo.

Francese y Reif (2018) también encuentran que las condiciones de las trabajadoras de casas particulares en Argentina se caracterizan por su marcada inestabilidad, informalidad, invisibilidad y precarización.

Según Lautier (2002), en este sentido las condiciones laborales de las empleadas domésticas dan cuenta del desarrollo de “circuitos de movilidad” cada vez más herméticos y cerrados, donde las trabajadoras precarizadas transitan por procesos de trabajo siempre de las mismas características. De este modo, el ciclo histórico singular de transitar por condiciones de trabajo -como el empleo doméstico dominicano- se transforma en un determinante adverso en las posibilidades de desplazamientos hacia empleos protegidos, saludables y estables. Esto, según Lautier(2002), es cada vez menos frecuente en las sociedades capitalistas periféricas.

En la crítica situación del empleo doméstico se vincula a una serie de condicionantes, según Francese y Reif (2018), que se constatan en la realidad de las trabajadoras dominicanas:

- *El carácter del ámbito cerrado en el que se desarrolla la actividad laboral de estas trabajadoras, de difícil acceso para la intervención del Estado, las políticas públicas.*
- *El hecho de que el empleador/la sea una unidad doméstica para el sostén reproductivo de la misma y no productiva (en el sentido que no se encuentra orientada a la generación de mercancías). Esto opera con una marcada exclusión de estas trabajadoras de la normativa general del contrato de trabajo e involucra una menor protección legal de las mismas en relación con el resto de los(as) asalariados(as).*
- *Asimismo, en tanto la vivienda, no forma parte de una estructura productiva del capitalismo, no se encuentra sujeta a políticas públicas específicas laborales.*
- *Por otro lado, el ámbito doméstico supone el aislamiento de la trabajadora, lo que redundo en un obstáculo significativo para su organización y acción colectiva. De manera tal que, al margen de una protección efectiva del Estado y de las organizaciones gremiales, las condiciones laborales y salariales de estas trabajadoras son determinadas discrecionalmente por cada empleador/a.*

Como lo estudian Pereyra y Tizziani (2014), una de las variables más significativas a la hora de considerar las condiciones del trabajo doméstico tiene que ver con las modalidades de inserción diferenciales, fundamentalmente relacionadas con la carga horaria.

En efecto, los datos cuantitativos y cualitativos de este estudio sugieren que la modalidad de inserción implica situaciones marcadamente diferentes en términos de las experiencias de los procesos laborales, especialmente en el acceso a derechos en el trabajo, en protección sanitaria y seguridad social.

Por un lado, el de aquellas trabajadoras que se insertan pocas horas semanales bajo la modalidad de pago “por horas” y, por otro lado, el del resto que se desempeña por jornadas extendidas (parciales y/o completas) o bien las que viven sin retiro en el domicilio del empleador/a. El pluriempleo en el empleo doméstico se concentra mayormente en la categoría de menor dedicación horaria (en este caso, menos de 16 horas semanales en el empleo principal).

En este sentido, un elemento central en respecto a la posibilidad de trabajar más o menos horas tiene que ver con la presencia de hijos e hijas que requieren cuidado en el hogar. Las mujeres que se insertan “por horas” valoran esta modalidad, fundamentalmente, por la flexibilidad horaria que les permite compatibilizar la obtención de ingresos con las responsabilidades que les son socialmente atribuidas como madres. En general, esta modalidad suele estar vinculada a la limpieza (Pereyra y Tizziani, 2014).

También, situaciones familiares y, en particular, la maternidad implican una interrupción en las trayectorias laborales de las trabajadoras en República Dominicana. El no reconocimiento del derecho a licencias por maternidad donde ninguna de las empleadas entrevistadas durante el trabajo de campo había accedido a ese derecho; el 73 % de

las encuestadas no accedió a licencias pagas es un condicionante. Esta desigualdad da cuenta de la impronta fuertemente maternalista de la organización de los cuidados en los hogares de las clases subalternas en la República Dominicana, en la que la capacidad para cuidar niños y niñas sigue siendo considerada como constitutiva de la mujer dominicana que, además, es proveedora económica, sostén de su propio hogar (Jelín, 2007).

Es importante señalar que otra variable que presenta una asociación significativa con el acceso a derechos laborales es la permanencia o antigüedad en el puesto (Pereyra, 2012).

La comparación de las condiciones de empleo (Garduño, 1979) y las experiencias del proceso de trabajo de empleadas domésticas apunta a brindar un primer panorama de la segmentación al interior de este grupo social, así como de las problemáticas que están asociadas a cada tipo de inserción laboral. La heterogeneidad que asume la forma de inserción en el mismo, definida en términos de su carga horaria, evidencia que no estamos en presencia de los parámetros típicos de dedicación horaria de las ocupaciones asalariadas productivas ni de simple sobreexplotación laboral horaria en la República Dominicana.

La carga horaria normalizada en este caso, quizás sea uno de los indicadores claves para delimitar la delgada línea divisoria entre proceso de empleo doméstico y servidumbre/sirvienta (Cumes, 2014).

Esta carga horaria de más de ocho horas de trabajo (algunos casos llegan a rangos de 12-16 horas) en el 60 % de las trabajadoras, según los resultados en la República Dominicana, sin duda representa una de las variables claves del proceso de carga y desgaste laboral que determina el perfil epidemiológico destructivo de las trabajadoras domésticas como se analiza más adelante en el estudio (Laurell, 1989).

Aunque en el estudio aparece parcialmente, Rodgers (2009) señala que hay, además, otras situaciones en las condiciones de alta incidencia de relaciones de trabajo no registradas como el trabajo clandestino de migrantes indocumentadas y el trabajo doméstico infantil que, a menudo, no es captado por las encuestas de hogares ni estadísticas nacionales puesto que niños(as) no son registrados como activos.

La precarización de las condiciones de empleo, entonces, al cruzarse con una mirada *interseccional* (Lugones, 2012), no puede explicarse solamente a partir del contexto de la flexibilización laboral de los mercados de trabajo del capitalismo periférico (Benach, et al. 2014), sino también de la deshumanización/desvalorización en clave de servidumbre de determinados empleos, como el proceso de trabajo doméstico que perjudica aún más la salud de las mujeres negras y empobrecidas: ambos aspectos agravados en contextos de economías periféricas en crisis y sociedades excluyentes.

Hay un triple vínculo, entonces, entre las condiciones generales de empleo determinadas por las interacciones entre Estado-Sociedad-Mercado, la clase social/étnia/género y la categoría de cuidado en la división sexual del proceso de trabajo. Imbricaciones necesarias de realizar para estudiar y actuar sobre las condiciones de trabajo y salud colectiva de las trabajadoras domésticas.

Desde que Carol Gilligan (1994) presentó la idea de cuidado, la misma fue ganando peso dentro de la investigación feminista en la división sexual del trabajo. Como lo marca la propia Valeria Esquivel (2010), hay una relación entre el orden laboral y los servicios de cuidado. Ahora bien, es intrínseco y constitutivo del capitalismo periférico segregar los cuidados según clase social, étnia-raza y género.

Según los resultados de este estudio, las trabajadoras domésticas dominicanas cuentan con una doble carga de cuidados, pues, además de las jornadas laborales flexibles en el hogar donde trabaja, en general llevan adelante todas las mismas tareas y cargas de cuidado en sus propios hogares.

Fraser (2015) en su análisis de la interrelación entre la producción y la reproducción social, permite comprender que el sistema económico privado de acumulación de capital dominicano depende de las actividades de reproducción social realizadas en el espacio doméstico.

En este sentido, las condiciones del trabajo doméstico en la República Dominicana se pueden condensar bajo cuatro eslabones críticos para la salud colectivas de las propias trabajadoras:

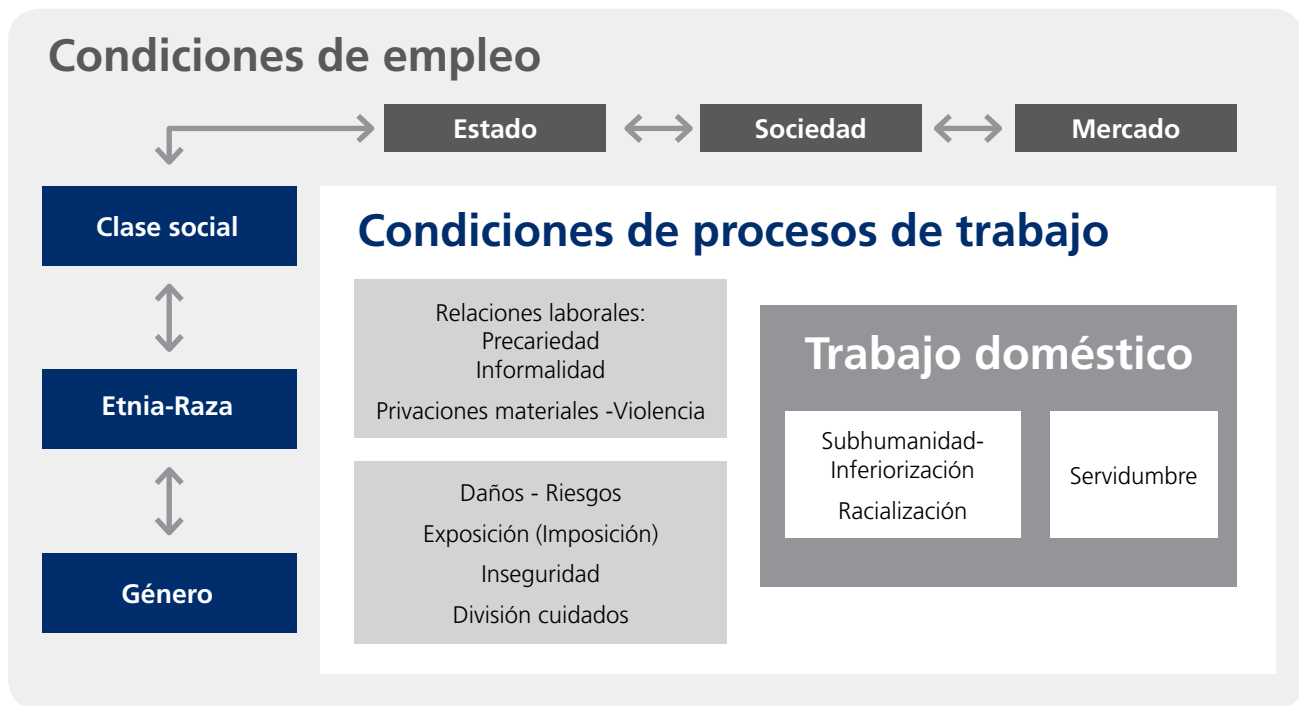
ESLABÓN CRÍTICO 1: el trabajo doméstico resulta una condición indispensable de reproducción social para la acumulación capitalista general (capitalismo global), particular (unidad productiva) y singular (unidad familiar). Es decir, el trabajo doméstico es clave para este proceso de reproducción social del capital en el propio trabajo productivo de la patronal contratante, de ahí que las condiciones laborales del empleo doméstico no se pueden pensar, analizar y abordar exclusivamente como un problema patriarcal o de controles del Estado o de mercado laborales imperfectos y precarizados.

ESLABÓN CRÍTICO 2: son las propias empleadoras patronales mujeres, quienes reproducen y sostienen este patrón de condiciones de trabajo doméstico dentro de sus propios hogares. El proceso de trabajo doméstico en el seno del hogar se constituye en una relación entre mujeres, es decir, entre trabajadora-patrona. Esto supone una asimetría de poder que da paso a relaciones contradictorias de subordinación entre mujeres y entre clases sociales diferentes. Lo que plantea contradicciones en la discusión sobre el feminismo en particular (Espinosa-Miñoso, 2014) y, según Magdalena León(1993), también suspende como único cuestionamiento social a la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, por también una división clasista del trabajo doméstico en condiciones de servidumbre y opresión.

ESLABÓN CRÍTICO 3: las relaciones de poder dentro del hogar constituyen y construyen condiciones del proceso de trabajo doméstico que son intrínsecamente peligrosas, inseguras y dañinas para las trabajadoras que se discuten en más adelante en este estudio. Solo subvirtiendo esas relaciones de poder es que se pueden abordar la inseguridad en el trabajo doméstico.

ESLABÓN CRÍTICO 4: es preciso ver las relaciones laborales dentro de un marco mucho más amplio que el estrictamente jurídico-laboral y considerar que el proceso de trabajo de la trabajadora no es solo una actividad de mercado en la que se vende y compra fuerza de trabajo, sino la determinación de un modo de vida destructivo y malsano (ver Resultado sobre aproximaciones al perfil epidemiológico).

CUADRO 7. Esquema de interacciones entre condiciones de empleo, proceso de trabajo y trabajo doméstico



Fuente: Elaboración propia

Como lo expresan las entrevistadas, se trata de un trabajo continuo, porque se realiza todos los días, incluso en las noches, durante toda la vida; y complejo, porque incluye tareas que deben realizarse simultáneamente, muchas de ellas imprevistas y heterogéneo, pues entremezcla con los afectos, actividades de muy diverso tipo, simples y complicadas. Al tener claras estas características de continuidad, heterogeneidad y complejidad, puede analizarse su contenido y después algunos aspectos que inciden en los problemas de salud-enfermedad (Garduño, 1990).

Aunque de acuerdo con los resultados del estudio queda evidenciado la distribución diferencial de los trabajos de cuidados en términos de género (Fraser, 2015), no se puede perder de vista que en el caso del proceso de trabajo doméstico más que existir “una cadena de cuidados” feminizada (Hochschild, (2001), existe un patrón de poder de clase y racializado que es una cadena de operaciones operada tanto por varones como mujeres.

A pesar de la importancia del empleo doméstico como un proceso de trabajo para las mujeres de clases subalternas y racializadas, son muy escasos los estudios que examinan la relación entre las condiciones de trabajo y la salud de las trabajadoras, o sobre su acceso integral a servicios de salud. La dificultad para obtener una muestra representativa, así como los problemas para tener acceso a las participantes potenciales, son algunos de las principales barreras metodológicas que deben ser resueltas antes de emprender estudios epidemiológicos sobre este grupo de trabajadoras (Harlow et al, 1994).

Esto demuestra lagunas científicas, ya que en la mayoría de los estudios de salud relacionados con el trabajo no caracterizan ni profundizan las implicancias de la precariedad e informalidad laboral con las desigualdades en salud. Tampoco los sistemas de información en salud pública lo hacen (Benach et al, 2010).

- **APROXIMACIONES AL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MUJERES TRABAJADORAS EN EL PROCESO DE TRABAJO DOMÉSTICO REMUNERADO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

De las mujeres encuestadas en la triangulación con la información cualitativa de las entrevistas individuales de campo aparecen cuestiones significativas a considerar en las aproximaciones a construir un perfil epidemiológico del proceso de trabajo doméstico en la República Dominicana.

En un análisis crítico de la red de determinaciones complejas de los procesos de salud-enfermedad-atención (Breilh, 2013), en identificar los órdenes de movimiento y de contradicciones en los procesos de las dimensiones generales de la sociedad, en las dimensiones particulares del grupo social de las trabajadoras y en las dimensiones singulares de la mujer trabajadora y su cotidianidad.

El empleo doméstico en las sociedades capitalistas periféricas coloniales, en general reproducen a decir de Cumes (2014) una dinámica de producción de una feminización de clase de acuerdo a que el proceso de trabajo lo sostienen mujeres atravesadas por una jerarquización social clasista entre mujeres patronas y mujeres subalternizadas en situación de servidumbre y explotación, y de racialización colonial (dominante como empleo en las mujeres afros, migrantes, campesinas e indígenas-originarias). Esto naturaliza y normaliza la posición de ciertos grupos sociales subalternos como destinados a servir, mientras otros aparecen como dignos a ser servidos (León, 1993).

Según la determinación social de la salud (Breilh, 2013), la clase social determina la ocupación y por consiguiente el ingreso, a partir de lo cual se presenta un encadenamiento de relaciones con: la vivienda, el acceso a servicios públicos, la educación, la disponibilidad alimentaria, el acceso a servicios de salud y recreación, entre otras.

Realizando una aproximación del segmento mayoritario, caracterizado en el presente estudio sobre trabajadoras domésticas en la República Dominicana, se puede describir brevemente una aproximación a un perfil epidemiológico:

- Jóvenes adultas provenientes, en general, de regiones rurales y periféricas, que migran a las áreas metropolitanas del Gran Santo Domingo, Santiago y región turística del este del país en busca de ingresos y expectativas de incorporación a un mercado de trabajo que transita entre la sobreexplotación y la servidumbre.
- Aunque se caracteriza por una fuerte heterogeneidad, el peso de las jóvenes rurales (68 %) se mantiene significativamente alto en la República Dominicana. El trabajo doméstico es todavía un proceso de trabajo que concentra a una alta proporción de mujeres provenientes de familias empobrecidas, afrodescendientes y periféricas de las grandes ciudades.
- La maternidad temprana es una característica de las mujeres trabajadoras domésticas (95 % con hijos(as); el 82 % tuvo su primer nacimiento antes de los 24 años, pero con una particularidad a destacar: el 45 % tuvo un embarazo siendo adolescente (menor de 18 años).
- El perfil de acceso a la atención sanitaria y la respuesta a los padecimientos en el proceso de trabajo se desarrolla en un contexto adverso, de rutas críticas particularmente insuficientes desde las instituciones públicas sanitarias dominicanas (Tajer, et al, 2007).
- Las rutas terapéuticas de las trabajadoras marcan directamente el camino hacia el hospital público y, a partir de necesidades netamente de curación, atención a la enfermedad (incluyendo crónicas) y a daños agudos en la salud colectiva dentro del proceso de trabajo. Esto evidencia una muy baja captación y participación del primer nivel de atención expresado en las Unidades de Atención Primaria (UNAP) y Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) en el país. Esto marcaría una limitación en la calidad de la atención en la salud de las mujeres (Martínez Galiano et al. 2012) (Tajer et al, 2007). Por ejemplo, Lugones Botell(2013) marca que, en el caso de

Cuba, la reducción de la mortalidad materna fue clave el rol del cuidado integral de la salud materna desde el primer nivel de atención y la estrategia de una atención primaria integral.

- La extensión de coberturas (aseguramiento) del sistema sanitario dominicano, incluyendo el seguro público (SENASA) para las trabajadoras domésticas. De todos modos, convive con un alto gasto de bolsillo identificado claramente por las propias mujeres: ante un proceso de salud-enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de patologías crónicas o acceso a medicación esencial o compleja, entre otros; existe un pago de bolsillo elevado. Esto es un indicador más que la propia reforma del sistema nacional de salud pública dominicano es un determinante regresivo para la salud colectiva de las trabajadoras en general en el país, que se encuentran expuestas a una reforma que profundiza desigualdades en el acceso y cuidado de la salud en un mercado (des)regulado de coberturas (Basile, 2020).










A partir de esta evidencia, evaluar el acceso a la salud de las trabajadoras domésticas, a partir de tener (o no) "cobertura", resulta un grave error metodológico frecuente en ciertos trabajos e informes en la República Dominicana sobre la situación del acceso a la seguridad social en el empleo doméstico de trabajadoras dominicanas e inmigrantes.

- Se constata una triple condición de mujeres, trabajadoras y migrantes donde la estrategia más habitual que ponen en práctica las mujeres encuestadas y entrevistadas es intentar no dejar de trabajar cueste lo que cueste (Benach et al, 2014). La automedicación, negociación y/o desconocimiento de la licencia de baja laboral o la subcontratación de otra trabajadora son todas estrategias dirigidas a contener el efecto desestabilizador que un proceso de salud-enfermedad provoca en el frágil equilibrio construido en torno a un trabajo que ofrece niveles mínimos de protección, pero que constituye el eje vertebrador de una experiencia de modo de vida de sobrevivencia.
- Como considera María de los Ángeles Garduño Andrade (2001) y se puede identificar en el presente estudio, la determinación del trabajo doméstico sobre el proceso salud enfermedad implica una intersección de tres relaciones sociales: la que se refiere a los espacios de lo privado y lo público, la que se establece entre los géneros, y la que es propia del proceso de trabajo en el capitalismo periférico en su cualidad de ordenador por clases y constituyente de las sociedades desiguales y excluyentes (Fleury, 2000; 2004).
- La protección y promoción de la salud colectiva en las redes familiares y comunitarias son de baja intensidad, pero a nivel laboral y como colectivo de clase trabajadora son casi inexistentes procesos de monitoreo participativo, defensa colectiva y organización por la salud de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana en un pleno ejercicio de democracia social, sanitaria y sindical (Fleury y Vasconcelos Costa Lobato, 2011).
- En el mismo perfil del proceso de trabajo coexisten dos tipos de vida en el mismo espacio social (hogar): el de la familia de los empleadores/patronos y el de la trabajadora doméstica. Para los primeros, el hogar es el lugar de vida, de descanso, de consumo, de encuentro familiar, de privacidad e intimidad; y para la segunda, el espacio de trabajo, de consumo y sobrevivencia. Se establecen relaciones jerarquizadas en las que lo laboral se mezcla con lo afectivo y lo personal (cuidado). Sin embargo, el lugar de vida está restringido a un espacio físico diferente al de la familia, que hace explícita la distinción de clase y hasta étnico-racial (León, 2013). Como lo plantea Arango (2008), el afecto se permite mientras no vaya más allá de las líneas divisorias que enmarcan la relación, es decir, el afecto dentro de la naturalización de las diferencias y desigualdades, que a su vez operan dentro del sistema afectivo de la trabajadora para interiorizar la inferioridad de clase y étnico-racial y, por este medio, obstaculizar la formación de una conciencia que permita ver con claridad las contradicciones de los patronos laborales opresivos. En esta mezcla de relaciones laborales, afectivas y personales, la identidad de la trabajadora vive en una confusión entre identidad de sometimiento e identidad de clase.
- El espacio social de trabajo remite a una reclusión dentro de cuatro paredes que forman el hogar (Durán, 1988), y el proceso de trabajo es aislado de otras trabajadoras domésticas y del resto de la fuerza

laboral, lo cual dificulta su organización colectiva (León, 2013). Como también lo muestra el trabajo de COMMCA/SICA (2009), este aislamiento no es solo laboral y de clase, sino que va acompañado de alienación, soledad y de carencias afectivas y emocionales (Arango, 2011). La casa no es solamente un edificio, una habitación o una familia, es el ámbito de lo conocido y lo habitual con un supuesto sentido de seguridad, siendo el espacio de los sentimientos (Heller, 1977). Aunque este espacio de la “casa” marca una reclusión que también expone a la trabajadora a los daños permanentes por maltrato físico, psicológico, a la violencia y al acoso sexual como lo marcan a nivel laboral y en sus vidas cotidianas los resultados del estudio.

- El trabajo doméstico es visualizado como una “maternidad extendida” de cuidadora del hogar que debe ser asumida individualmente, en el espacio de lo privado (Garduño, 2001). Puede entenderse, entonces, que el trabajo doméstico como intersección de relaciones se sitúa en un ámbito desvalorizado: la casa; que significa como no productivo y se considera feminizado en una estructura jerarquizada de géneros, y racializado por clasificación étnica de los cuerpos que son naturalizados para este tipo de servidumbre (Cumes, 2014) (Lugones, 2008). Además, un trabajo individual, pero proclive al control social y sus condiciones son aparentemente irrenunciables al estar relacionadas con la maternidad que es un hecho biológico “invariable”.
- Entendemos que las prácticas que las mujeres despliegan frente a la incidencia de los problemas de salud-enfermedad aparecen, más que como una solución, como una expresión de la criticidad de sus condiciones de vida (modos y estilos) y trabajo. En condiciones precarias del proceso de trabajo, la defensa de la salud colectiva se hace más difícil para las trabajadoras domésticas (León, 1991): el miedo a la pérdida de trabajo, la falta de información y formación, medios y formas de organización laboral inseguras y no saludables, son obstáculos a la participación protagónica y consciente en la construcción de la salud colectiva de las trabajadoras (Benach et al, 2014).
- Como lo señalan las trabajadoras, la ideología de las patronas (mujeres) asume una racionalidad de funcionalidad cotidiana del trabajo doméstico para mantener la reproducción social de la fuerza de trabajo del capital (de las clases medias y altas) a como dé lugar. Y, en general, se muestran muy temerosas por el despertar de las reivindicaciones de las empleadas domésticas y acusan: “Se está sobredimensionando a las sirvientas, y así se van a quedar sin trabajo”, pues al difundir e impulsar el cumplimiento de normas laborales básicas se puede desencadenar el desempleo.
- Esta realidad laboral de las trabajadoras domésticas genera la doble presencia (necesidad de atender las demandas del trabajo doméstico y el trabajo asalariado; y del cuidado de su propio hogar) produciendo sobrecarga de trabajo, agotamiento y estrés. Las formas actuales de organización del trabajo doméstico evidenciadas en este estudio coinciden con ser un proceso de trabajo como describe Garduño (2001): “enajenado, implicando un uso deformado y deformador tanto del cuerpo como de las potencialidades psíquicas, tendiendo a convertirse en una actividad cuyo componente desgastante es mucho mayor que el de reposición y desarrollo de las capacidades, adquiriendo una forma histórica específica, que es, a su vez, el sustrato general que puede estar determinando la generación de una constelación característica de enfermedades particulares, conocido como el perfil patológico de un determinado grupo social”.
- Las mujeres trabajadoras domésticas sobreviven con numerosas situaciones de discriminación y racismo estructural en su proceso laboral (Cumes, 2014). Aunque se estudia poco cómo inciden en la salud colectiva las situaciones de discriminación y racismo; ya que aún no es un tema prioritario para la ciencia sanitaria y epidemiológica. Pero se evidencia en la encuesta y testimonios de las trabajadoras de este estudio, perfectamente, que las situaciones de discriminación y racismo, sobre todo cuando no se encuentra la manera de enfrentarlas, inciden en la autoestima, la satisfacción, en la capacidad de protegerse y organizarse, y, por ende, afectan la salud humana (manifestaciones somáticas) y la salud mental colectiva.

CUADRO 8. Dimensión general, particular y singular del perfil epidemiológico de Trabajadoras domésticas de la República Dominicana

PLANOS (explicación) ESPACIOS (determinación condicionamiento)	DINÁMICAS, PRINCIPIOS, REGLAS, LEYES	ACUMULACIONES ORGANIZACIONES (mediadores) CALIDAD DE VIDA	MOVIMIENTOS, FLUJOS DE HECHOS (problemas fenómenos)
GENERAL (sociedades)	 Sistema Mundo-Economía Mundial capitalista – patriarcal-colonial moderno. Órdenes jerárquicos y clasificación de culturas, sociedades, países, personas en: SUPERIOR INFERIOR	 Determinaciones internacionales de la salud y la vida: * Diferenciales de vida norte-sur: - División internacional del trabajo - Jerarquización patriarcal (varón-mujer) - Racialización * Estados periféricos dependientes y sistemas de salud y seguridad social fragmentados-fragilizados-débiles. * Capitalismo mundialmente periférico que reproduce aceleradamente inequidades y exclusión.	 VARIACIONES ENTRE SOCIEDADES
PARTICULAR (poblaciones-grupos sociales)	 Modos de vida	 Mujeres negras de barrios empobrecidos-hogar con economía de subsistencia Mano de obra reproductiva y precarizada en exceso por capitalismo periférico Desciudadanización social - Consumo basado en endeudamiento y gasto de bolsillo Urbanizaciones inequitativas y segregadas (Ejemplo: barrios, asentamientos, etc). Violencia laboral basada en género	 VARIACIONES ENTRE POBLACIONES por CLASE SOCIAL, ÉTNICA Y GÉNERO
SINGULAR (individuos - persona)	 Estilos de vida	 Jornadas laborales con alta sobrecarga y desgaste físico-mental Alimentación basada en carbohidratos, aceites y harinas Barreras de Acceso a educación básica Barreras de acceso a atención sanitaria de calidad Vivienda precaria Producción de desechos (plásticos, sin saneamiento desechos biológicos, cañadas) Violencia basada en género intrafamiliar	 VARIACIONES INDIVIDUALES

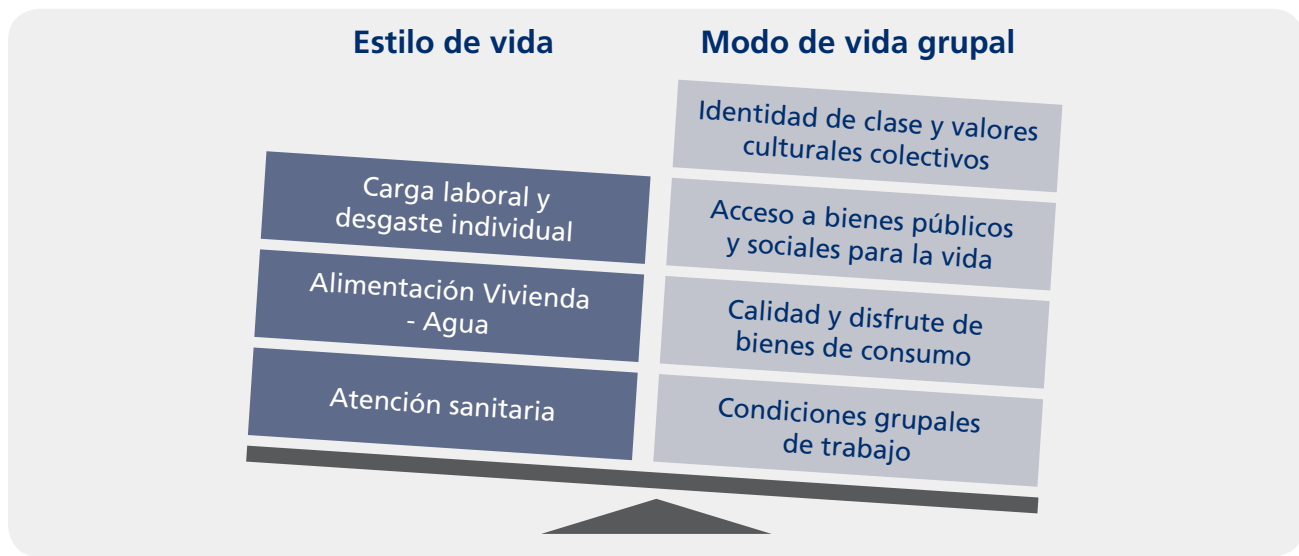
Fuente: Elaboración propia

CUADRO 9. Detalle de modo y estilo de vida de las trabajadoras domésticas de la República Dominicana

Categoría	Características	Relacionado a:
MODO DE VIDA GRUPAL	Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva, patrones laborales, patrones de reproducción y explotación.	<ul style="list-style-type: none"> - Patrones laborales de servidumbre y deshumanidad - Proceso de trabajo como enclave para la reproducción social de la unidad productiva y familiar - Mano de obra reproductiva precarizada y descartable - Explotación racializada y de clase - División sexual y racial del trabajo de cuidado doméstico - Violencia laboral basada en género (psicológicas, físicas y sexuales)
	Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: patrones de consumo, sistemas de acceso, construcciones de necesidad, cuotas.	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo escaso a través de endeudamiento y gasto de bolsillo - Cuotas de bajos salarios y baja capacidad de compra de bienes - Necesidades basadas en consumos alimentarios y comerciales (ej: teléfonos, alimentación diaria, etc.) - Necesidades como consumidoras de sobrevivencia
	Acceso a bienes públicos y sociales para la vida:	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a ciudadanía restringida / Desciudadanización por desposesión - Accesos focales, fragmentados y por “beneficios” sociales - Sin servicios públicos de calidad (agua, saneamiento, seguridad ciudadana, transporte, otros). - No reconocimiento de sujetos de seguridad social universal e integral - Gasto de bolsillo para protección de la salud colectiva de la trabajadora
	Capacidad del grupo para producir y reproducir valores culturales e identidad de clase:	<ul style="list-style-type: none"> - Baja conciencia de sí y para sí como clase social - Baja valorización del trabajo - Valores culturales de consumismo y sobrevivencia
	Capacidad del grupo de poder, organización, y soporte colectivo por el bien común del grupo/clase:	<ul style="list-style-type: none"> - Baja capacidad grupal de poder, organización y soporte colectivo - Escasas prácticas de organización colectiva como clase trabajadora
	Calidad de relaciones ecológicas del grupo:	<ul style="list-style-type: none"> - Alta frecuencia de relaciones con la naturaleza en comunidad rural pero con bajas prácticas ecológicas colectivas y sustentables
ESTILO DE VIDA	Itinerario típico personal en la jornada de trabajo:	<ul style="list-style-type: none"> - Alta carga horaria - Poco descanso - Sobrecarga física - Exposición a riesgos
	Patrón familiar y personal de consumo:	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda precaria con hogares multiparentales y hacinamiento - Poco descanso y carga de los cuidados intrafamiliar dentro de “su” hogar - Problemas de calidad y abastecimiento de agua segura y saneamiento - Barreras acceso a atención sanitaria de calidad para ella y la familia - Violencia intrafamiliar basada en género en hogar y familia (Ej: embarazos adolescentes, víctimas de violencia patriarcal en hogar, otros).
	Capacidad personal para organizarse en defensa de su salud:	<ul style="list-style-type: none"> - Baja capacidad organizativa en defensa de la salud colectiva pero con altas capacidades prácticas de resolver contingencias de la enfermedad en la familia y personales.
	Itinerario ecológico personal:	<ul style="list-style-type: none"> - Alta producción de desechos sólidos (plásticos) y líquidos (desechos biológicos a desagües en cañadas y al aire libre).

Fuente: elaboración propia en base resultados

GRÁFICO 12. Cargas en el modo y estilo de vida de las trabajadoras domésticas



Fuente: Elaboración propia

A partir de la síntesis conceptual realizada en las tablas y cuadros anteriores, basado en la categoría de perfil epidemiológico (Breilh, 2013), en este estudio se describen los procesos que podrían considerarse como “protectores” y “destructivos” en los modos y estilos de vida de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana.

CUADRO 10. Procesos protectores y destructivos en la salud colectiva de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana

PROCESOS PROTECTORES – SOPORTES	PROCESOS DESTRUCTIVOS
<p>Modos de vida saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redes-lazos familiares y comunitarios de protección y solidaridad • Cultura popular y reivindicación de valores y creencias populares • Procesos de organización de movimiento de mujeres decoloniales y trabajadoras del hogar <p>Estilos de vida saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componentes de alimentación orgánica basada en agricultura familiar • Capacidad personal de gestión de contingencias de la vida y la enfermedad • Soporte familiar para los cuidados 	<p>Modos de vida insalubres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de servidumbre y sobreprecarización laboral • Desprotección del Estado • Sobrevivencia y descuidadización con accesos restringidos a bienes públicos y sociales para la vida de calidad • Identificación con valores de las clases dominantes • División sexual y racial del trabajo • Violencia laboral, racial y de género <p>Estilo de vida insalubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga y desgaste laboral • Riesgos y daños en el trabajo • Maternidad y envejecimiento prematuro • Malnutrición • Falta de abrigo y vivienda precaria • Déficits en agua y saneamiento seguro • Déficits en cuidado de su salud • Violencia intrafamiliar de género

Fuente: Elaboración propia

En general, como se puede analizar en el presente estudio, la presencia de patrones de modos y estilos de vida con cargas destructivas puede producir una confusión acerca de si el trabajo doméstico de la mujer es o no perjudicial para su salud colectiva. Como expresa Breilh (1992), es un falso dilema puesto que, como todos los demás aspectos de la reproducción social, el proceso de trabajo presenta contradicciones frente a la salud humana y colectiva. Sus dimensiones protectoras y sus lados destructivos coexisten y operan de modo distinto de acuerdo con el momento histórico, así como a la clase social a la que se haga referencia como a lo étnico-racial.

Por ese motivo, ningún trabajo es puramente protector ni puramente destructivo, sino que existe un desarrollo dialéctico entre sus facetas saludables y sus facetas patogénicas que depende de las relaciones sociales más amplias, de clase-etnia-género, que condicionan la vida de la mujer. Como ya lo marcaba Garduño (2001): “Lo destructivo y lo protector del trabajo coexisten e interrelacionan, pero, generalmente, en las mujeres de las clases subordinadas el polo destructivo se acumula y domina el proceso laboral, la doble jornada y agrava los efectos de las cargas reproductivas”.

El hecho de que muchas mujeres realicen un trabajo doméstico bajo condiciones destructivas lo demuestran estudios como el de Ángeles Garduño (1979; 1990) y Julia del Carmen Rodríguez (1990) con las empleadas de taquilla del metro y trabajadoras domésticas de la ciudad de México. Los índices de morbilidad encontrados fueron mayores, según la intensidad del trabajo doméstico medida y según un índice construido por las investigadoras.

Por último, el perfil epidemiológico particular de las trabajadoras domésticas implica moverse y abordar un proceso de trabajo que se mueve en una territorialidad de la reproducción social donde interactúan:

- Un espacio social geográfico son los propios hogares singulares y las formas de organización de los cuidados donde se mueve el empleo doméstico.
- Un espacio social ecológico de la artificialización de los medios de trabajo y las propias condiciones de trabajo inseguras y desprotegidas.
- Un espacio social de reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2013).

GRÁFICO 13. Espacios de territorialización del proceso de trabajo doméstico

Territorio del proceso de trabajo doméstico

Espacio social reproducción social del capital y metabolismo sociedad-naturaleza

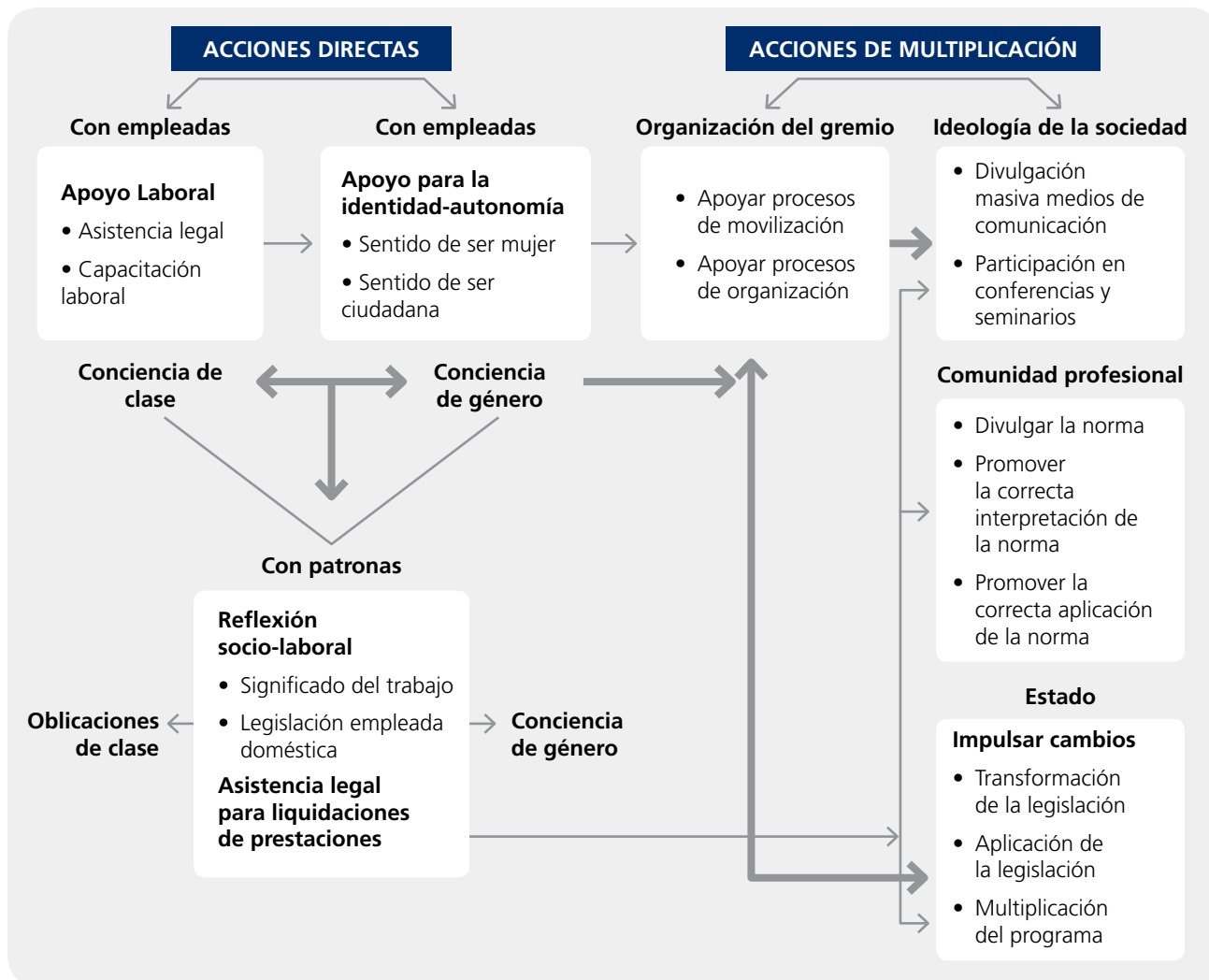
Espacio geográfico:
los hogares/casas y la organización de procesos de cuidado y trabajo doméstico

Espacio ecológico (formas de artificialización de medios y condiciones de trabajo doméstico)

Fuente: Elaboración propia en base a Breilh (2013)

En este espacio territorial de tensiones y acumulaciones protectoras-destructivas del proceso de trabajo doméstico, como lo muestra en su trabajo Magdalena León (2013) y también lo fundamenta el pensamiento y planificación estratégica desde los actores sociales incluso subalternos (Matus, 1980), hay posibilidades y potencialidades en el trabajo vivo que buscan por lo menos desnaturalizar las intersecciones entre servidumbre, sobreexplotación y racialización de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana (Cumes, 2014).

GRÁFICO 14. Acciones para despertar conciencia de clase en las empleadas y de género en empleadas y patronas



Fuente: León, 2013

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD PREVALENTES Y PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL TRABAJO DOMÉSTICO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La descripción de morbilidades y mortalidad en el trabajo doméstico en la República Dominicana permite analizar la experiencia de la salud-enfermedad para estudiar las condiciones de inserción laboral y las patologías como expresiones destructivas de un determinado proceso de trabajo (Breilh, 2013).

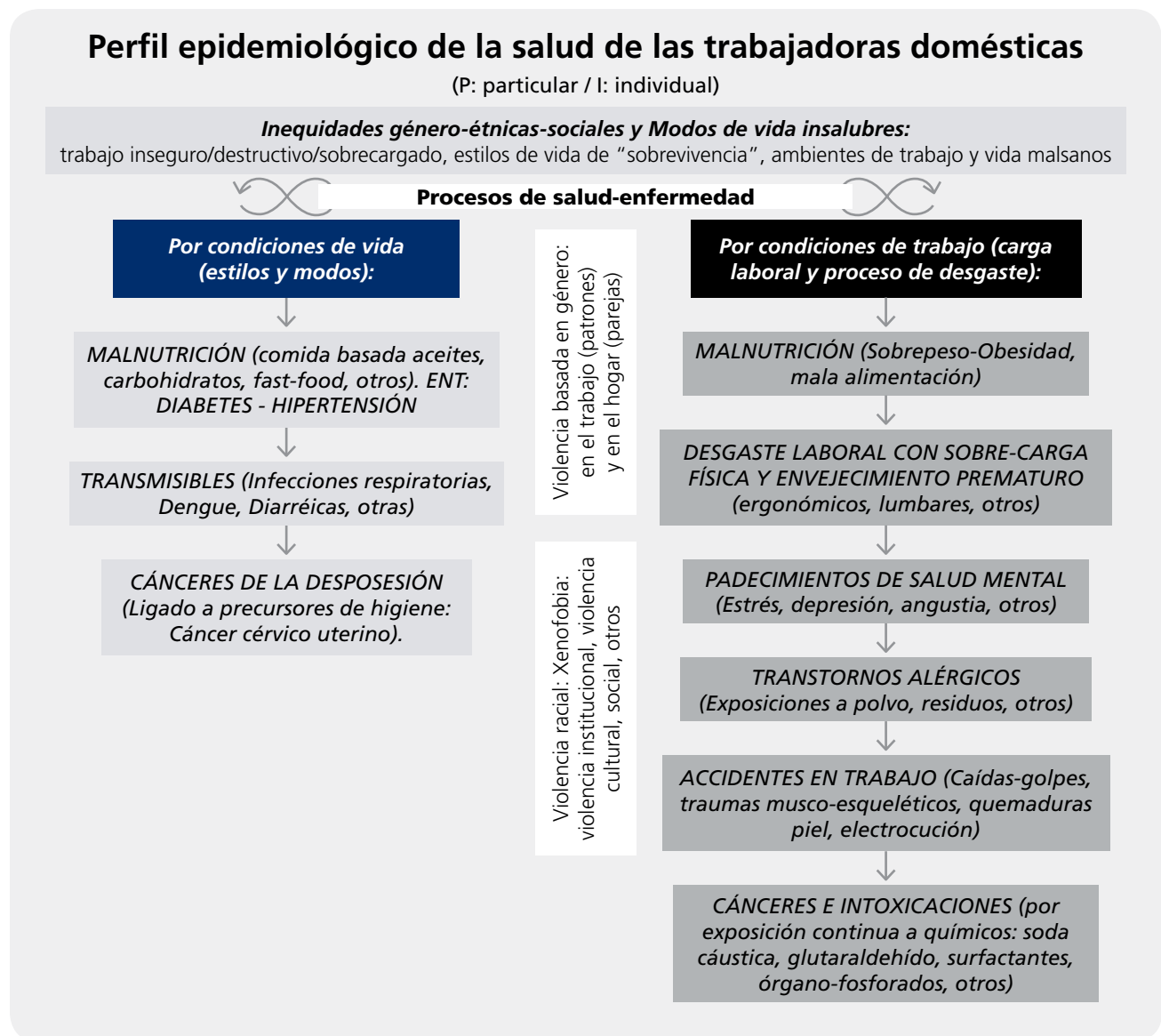
En general, los procesos de salud-enfermedad identificados tienen condiciones de reproducción social.

Si se mira la cantidad o intensidad de los procesos fisiopatológicos o psicopatológicos históricamente acumulados que desencadenan un cambio manifiesto al que denominamos *enfermedad* y que corresponde a un deterioro o distorsión marcados de las capacidades vitales y conciencia, hay que relacionarlas con la acumulación de largo plazo de eventos biológicos regresivos o destructivos, genéticamente fijados en los cuerpos de las mujeres trabajadoras domésticas dominicanas.

Inicialmente es importante discutir que lo identificado como *enfermedades*, en general, son únicamente los trastornos clínicamente manifiestos en la vida de una mujer trabajadora o a la situación ligada a una probable e inminente muerte (Breilh, 1992) (Messing, 1997).

Como explica Jaime Breilh (1992), hay que considerar, por ejemplo, a una mujer que trabaja estando perfectamente activa, aunque experimenta un proceso de sobrevejecimiento que se expresa por una acumulación subclínica de toxinas metabólicas, con alta oxidación tisular y actividad genética senescente, que a los 30 años está en franco proceso de deterioro respecto a la edad cronológica de su geno-fenotipo. En verdad, esas mujeres están enfermas, están en sufrimiento o deterioro aun cuando puedan realizar hasta la invalidez o la muerte tareas de gran demanda y sobrecarga fisiológica.

De lo identificado y caracterizado como procesos prevalentes de salud-enfermedad de las trabajadoras domésticas de la República Dominicana, se construye el siguiente perfil patológico (ver cuadro):



Fuente: Elaboración propia en base a resultados

La complejidad de la relación entre carga laboral y desgaste hace que haya dificultades para mostrarlo directamente en el campo de estudios epidemiológicos en el proceso de trabajo, máximo porque en su mayor parte es inespecífico y no se expresa con claridad en elementos fácilmente identificables, en su dimensión de ser observados o medidos. Aunque, como algunos autores lo expresan, puede ser captado mediante algunos indicadores de alerta clínica y epidemiológica (Zaldúa et al, 2010) (Messing, 1997): signos y síntomas específicos, cuando tienen una aparición franca; perfiles patológicos destructivos; años de vida útiles perdidos; envejecimiento acelerado; muerte prematura.

- En lo relacionado con la problemática somática, se presentan en el perfil especialmente las enfermedades osteo-musculares y musco-esqueléticos (Domingos y Souto, 2018). También las circulatorias. Las mujeres, particularmente las mayores de 45 años, se ven más afectadas por accidentes domésticos (Córdova, 1978). El suministro de analgésicos y antiinflamatorios a las trabajadoras domésticas cuando acuden a la atención sanitaria con lumbalgias, ciáticas, tendinitis y dolores musculares de espalda (Riihimaki, 1995), entre otros procesos de desgaste osteo-musculares (Consensos, 1993), suelen demostrar la medicalización e invisibilización de ese desgaste.
- El envejecimiento prematuro y patologías cancerígenas (cáncer de mama) estudiado en trabajadoras de turnos nocturnos fabriles (Fresneda Moreno et al, 2013), aún no se dispone de estudios de cohorte concluyentes en trabajadoras domésticas con tareas de cuidado incluso nocturnas o con cambios frecuentes en los horarios de trabajo (Montalvo y Piñol, 2000).

Ahora bien, la edad biológica y el desencadenamiento de ritmos diferentes de envejecimiento es parte de un movimiento dialéctico del ambiente social y el cambio permanente de la actividad laboral que reconfiguran el genotipo y el fenotipo de la trabajadora. No hay nada constante en la vida humana, ni la edad y ritmo del envejecimiento (Breilh, 1992). Y si bien se puede aceptar que el envejecimiento en los seres vivos no necesariamente expresa enfermedad. Sin embargo, lo que sí evidencia deterioro o patología es el sobre-envejecimiento, es decir, que la disminución de la capacidad de vida sea menor que la que corresponde al máximo posible conocido.

Como solo aparece descriptivamente en el presente estudio, todos los procesos que determinan ritmos de envejecimiento acelerados guardan estrecha relación con los procesos de la reproducción social, sobre todo el tipo de actividad laboral y cotidiana, la calidad del consumo alimentario y todos los estresores y tóxicos que la población enfrenta tanto en el trabajo, la casa, el transporte y todas las demás instancias de la vida. Hernán San Martín y Vicente Pastor (1990) trabajan el nexo que existe entre la calidad de vida, el trabajo, el deterioro y la vejez que puede ser aplicado como una importante línea de problematización y estudio en el sobre-envejecimiento como parte del deterioro de la salud colectiva de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana.

- La pérdida de capacidad efectiva y/o potencial biológica o psíquica, es un desgaste tanto la destrucción abrupta o lenta de los órganos, como la imposibilidad de desarrollar una potencialidad psíquica o biológica. Tanto proceso de desgaste invisibilizado y naturalizado genera posibles reacciones de estrés crónico y fatiga nerviosa (Rodríguez Carvajal et al, 2011).
- Cuando se habla de estrés, generalmente, se asocia con la idea de sobrecarga tensional. Las llamadas “cargas psíquicas” dentro de la terminología convencional, o también, destacadas por Mariano Noriega (1989) como “exigencias” que, normalmente, se les reduce a la noción de sobrecarga (“*overload*”) de estímulos.
- Las tareas más estudiadas como trabajo doméstico son las de ejecución. Están claramente relacionadas con esfuerzo y riesgos físicos; y, desde luego, con el deterioro general de la salud. Destacan el levantamiento de pesos y el uso de sustancias tóxicas o irritante que producen daños musculares, esqueléticos, reproductivos, intoxicaciones, dermatitis de contacto, entre otras.
- Las tareas de reproducción no son reconocidas como parte del trabajo doméstico, aunque marcan claramente los daños a la salud de las mujeres, la multiparidad y el desgaste por esfuerzo que significa la atención de

los niños pequeños demostrado por diversos estudios, pero hace falta retomarlo a la luz de estas reflexiones sobre su condición de tareas. Como uno de los puntos que deben abordarse en las investigaciones sobre salud y trabajo doméstico está la distribución de recursos en el hogar. La recuperación del desgaste por estas labores depende, esencialmente, de un descanso suficiente y de una buena alimentación; sin embargo, se comprueba que en ninguno de los dos aspectos hay equidad dentro del trabajo en el hogar.

- Este se repercute en problemas derivados de esfuerzo excesivo, reducidas horas de descanso, y una clara relación con el estrés (Garduño y Márquez, 1995). La expresión en el perfil de patologías de las trabajadoras domésticas es la presencia de daños inespecíficos como irritabilidad, dolores de cabeza, fatiga, olvidos frecuentes, angustia, temores, alteraciones del sueño, depresión, que muchas veces impiden el desenvolvimiento cotidiano, también con enfermedades psicosomáticas, colitis, gastritis, hipertensión, migraña, neurosis y aún problemas de padecimientos de salud mental (Messing, 1997).
- Si consideramos que el estrés es una respuesta estereotipada del organismo a toda demanda que se le haga, sea física, psicológica o emocional (Mkandawire-Valhmu, 2010) y que consiste en reacciones somáticas, orgánicas y/o funcionales, como respuesta de adaptación a demandas dispares, agradables o desagradables, que puede tener efectos patológicos (González, 1993), entenderemos que es uno de los riesgos más importantes presentes en la doble jornada, con el ritmo y las cargas laborales del trabajo doméstico identificado en la República Dominicana.
- Es frecuente que la lista de problemas de salud-enfermedad no contemple las alteraciones de la menstruación, cuando ante una situación de estrés y fatiga crónica (Castillo, y Zavala, 2015) uno de los primeros cambios que se producen en las mujeres es el relacionado con la menstruación: se adelanta, se atrasa, aumenta el sangrado. Aparece un cambio en el ciclo menstrual.
- Respecto a los trastornos alérgicos y respiratorios, identificados como "gripes" recurrentes, hay estudios que lo relacionan al constante polvo y bioaerosoles, y otros estresores de las vías aéreas (Solé y Obiols, 2005).
- Los parámetros con que se explica la relación trabajo-salud no pueden ser aplicados para estudiarlos, pues se caracterizan por su complejidad, heterogeneidad y continuidad, además de que están compuesto por tareas que no son fáciles de reconocer.

En el trabajo, la mujer trabajadora crece, aprende, se desarrolla y organiza, pero también sufre agresiones mentales (Mkandawire-Valhmu, 2010) producidas por la subvaloración, ocupa posiciones de desventaja y menor reconocimiento, experimenta agresiones físicas como el ruido, las temperaturas extremas, la humedad, los tóxicos como los pesticidas, humos, gases, polvos y otras sustancias peligrosas. Tiene que adoptar durante largas horas posturas que dañan su columna y articulaciones y, más aún, soporta agresiones psíquicas como la monotonía, la repetitividad, la conducta autoritaria de las patronas, la angustia de su familia abandonada, la aprendida sensación de culpa por encontrarse trabajando y la subestimación que es también fuente de estrés crónico (Montesó, 2014).

Es tan precaria la situación epidemiológica de las trabajadoras en una sociedad compleja y excluyente como la dominicana, que cualquier detonante desata peligrosas cadenas de salud-enfermedad y muerte.

- **ANALIZAR LOS RIESGOS LABORALES Y DAÑOS A LA SALUD COLECTIVA DE LAS TRABAJADORAS EN EMPLEO DOMÉSTICO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

A partir del presente estudio se pueden identificar y caracterizar las situaciones de exposición, sobreexposición, explotación, desprotección frente a riesgos y daños a la salud, dependiendo de las características singulares de cada proceso de trabajo y empleo doméstico de forma situada.

Es importante resaltar que la mayoría de las características que se analizan en este trabajo tienen un peso singular, es decir, específico de cada experiencia; aunque es también obvia, en muchas de ellas, que la perspectiva particular tiene implicaciones grupales, es decir, características comunes al empleo doméstico como proceso trabajo y modo de vida en la República Dominicana.

La actividad que realizan las trabajadoras, es decir, el trabajo mismo, así como la organización y división existentes en el proceso laboral específico, imponen una serie de condiciones y “requisitos” que deben satisfacer, tales como: la realización de trabajo pesado, el trabajo nocturno, sin horarios, de manipulación de sustancias químicas, con jornadas sin descanso, la subordinación en dinámicas de servidumbre, entre otras antes descritas.

Esto permite, de acuerdo con la sistematización cuantitativa y análisis cualitativo, producir grupos de riesgos y escenarios de daños a la salud colectiva de las trabajadoras domésticas:

- a) Grupo I.** Riesgos derivados de los medios de trabajo: temperatura (calor, frío), humedad, ventilación, combustión. Estos riesgos conforman el denominado ambiente laboral y, tradicionalmente, son analizados como factores o agentes físicos.
- b) Grupo II.** Riesgos resultantes de los objetos de trabajo y sus transformaciones. De carácter químico o biológico. Entre ellos están los polvos, vapores, residuos biológicos, líquidos, bacterias, virus, y químicos en general.
- c) Grupo III.** Exigencias laborales sobre la actividad física. Incluyen la intensidad del trabajo (trabajo pesado, sedentarismo, esfuerzos lumbares, cargas) y las posiciones incómodas, repetitivas y de desgaste.
- d) Grupo IV.** Exigencias laborales de la organización y división del trabajo. En ellas se analizan los aspectos que tienen que ver con la jornada de trabajo (duración, turnos, rotación); formas de pago salarial (fijo, a destajo, cuotas, estímulos, etc.); ritmo de trabajo, capacidad de autonomía, peligrosidad y monotonía del trabajo y supervisión de la patronal.
- e) Grupo V.** Una consideración especial implica la violencia laboral basada en género, siendo uno de los riesgos menos considerados dentro del trabajo doméstico, resulta paradójico que el hogar es considerado como un espacio de resguardo y, en realidad, sea un lugar de peligro y daño para la salud colectiva de las mujeres domésticas.

A partir de testimonios y resultados observacionales, es posible establecer indicadores específicos para alertas epidemiológicas y poder establecer formas de monitoreo participativo y detección de situaciones de acoso e intimidación sexual, maltrato, abuso y violencias. En la literatura disponible se pueden pensar algunos indicadores que, si bien por sí mismos no definen este tipo de situaciones de daños a la salud de las mujeres trabajadoras del hogar, pueden cooperar en detectarlas⁹:

- El ausentismo repetitivo.
- El aumento del nerviosismo y de los errores en el trabajo.
- La reticencia para trabajar a solas con algún familiar y/o varón en el hogar.
- El aumento de las bajas por enfermedad.
- El cambio de casa/hogar de trabajo.
- El abandono del trabajo doméstico o la renuncia sin motivos comprensivos.

9 Acoso sexual en el entorno de trabajo. Nuria García. Comisión Obrera Nacional de Catalunya.

Por último, de acuerdo con las sustancias químicas relevadas e identificadas en sus presentaciones comerciales, que se encuentran en la manipulación y exposición con frecuencia cotidiana de las trabajadoras domésticas en la República Dominicana, se realiza una matriz de síntesis basada en la revisión sistemática:

1- Sustancia química identificada; 2. Presentación comercial en la República Dominicana; 3. Proceso de daño a la salud humana, según fuentes y literatura científica; 4. Riesgos de exposición/imposición; y 5. Medidas de protección identificadas. Las fuentes de literatura científica para realizar dicho cuadro de revisión, sistematización y análisis se basan en:

- ATSDR-CDC (Agencia de Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos)
- ECHA (European Chemicals Agency)
- Agencia Sueca de Sustancias Químicas
- EPA (Environmental Protection Agency). Alternatives to Chlorinated Solvents for Cleaning and Degreasing. EPA Guide to Cleaner Technologies. EPA/6251R-931016, 1994.
- ASM Metals Handbook ASM. Surface Engineering. Volume 5. ASM International Handbook Committee Materials Park, Ohio: 10a ed. ASM Internacional. 2002

CUADRO 11. Exposición a sustancias químicas en el trabajo doméstico y procesos de daño en la salud de las trabajadoras – Año: 2020

Sustancias tóxicas	Presentación (nombres comerciales)	Proceso de daño a la salud humana	Riesgos de exposición / imposición	Medidas de protección identificadas
Insecticidas organofosforados (IOP)	En aerosoles y uso líquido en nebulizaciones aéreas.	Síndrome colinérgico y múltiples complicaciones crónicas. Neuropatía retardada. Manifestaciones Síndrome colinérgico. Afectación del SNC (sistema nervioso central). Cefalea, confusión, ansiedad, falta de concentración y psicosis. Ataxia, temblor, disartria, vértigos // hipotensión - depresión respiratoria, miosis y visión borrosa. Disminución de la presión intraocular // aumento de la secreción bronquial y broncoespasmo // sudoración, lagrimeo y sialorrea // náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Otros.	- Respiratoria: típico de intoxicaciones en relación con uso de aerosoles y fumigación. Inicio rápido de sintomatología. Muy frecuente. - Cutáneo - mucosa: en relación con exposiciones laborales. Inicio de síntomas muy lento y con menor gravedad. Frecuente.	No se encontraron usos frecuentes de equipos de protección personal en la República Dominicana
Glutaraldehído (Glutaraldehyde)	Mistolín, Fabuloso – Mrs. Músculo - Quitagrasas	Irritación de la piel y los ojos. También puede que sufra irritación de la nariz si respira glutaraldehído.	- Ocular: típico de intoxicaciones en relación con uso para limpieza. - Cutáneo: en relación con exposiciones laborales por inhalación.	No se encontraron uso frecuente de equipos de protección personal en la República Dominicana

CUADRO 11. Exposición a sustancias químicas en el trabajo doméstico y procesos de daño en la salud de las trabajadoras – Año: 2020 (cont.)

Sustancias tóxicas	Presentación (nombres comerciales)	Proceso de daño a la salud humana	Riesgos de exposición / imposición	Medidas de protección identificadas
Hidróxido de sodio (soda cáustica /lejía)	ID- Scalin / Lysol /Lixto (marcas en RD)	<p>Daño ocular, incluso ceguera. Quemaduras. Ulceración de las vías nasales e irritación crónica de la piel. CÁNCER: algunos estudios indican que el cáncer del esófago puede desarrollarse muchos años después de la exposición a niveles de hidróxido de sodio suficientemente altos como para dañar el tejido (piel y ulceraciones).</p> <p>Manifestaciones:</p> <p>VÍAS RESPIRATORIAS: dificultad respiratoria (por inhalar hidróxido de sodio), inflamación del pulmón - estornudo - inflamación en la garganta (que también puede causar dificultad respiratoria)</p> <p>ESÓFAGO, INTESTINOS Y ESTÓMAGO: sangre en las heces - quemaduras en el esófago y el estómago - diarrea - dolor abdominal fuerte - vómitos, posiblemente con sangre</p> <p>OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: babeo - fuerte dolor en la garganta - fuerte dolor o ardor en la nariz, los ojos, los oídos, los labios o la lengua - pérdida de la visión</p> <p>CARDIOVASCULARES: desmayo - presión arterial baja (se presenta rápidamente). Cambio grave en el pH de la sangre (demasiado o muy poco ácido en la sangre) – shock.</p> <p>PIEL: quemaduras – urticaria - irritación - orificios en la piel o en tejidos.</p>	<p>- Respiratoria: Típico de intoxicaciones en relación con uso para limpieza. Inicio rápido de sintomatología. Muy frecuente.</p> <p>- Cutáneo: En relación con exposiciones laborales con quemaduras de piel graves. Frecuente</p>	Bajo uso de protección, especialmente solo guantes. No uso de equipo de protección personal completo (EPP), como respiradores para vapor, guantes de goma, gafas protectoras y protectores faciales.
Surfactante (tensoactivos no iónicos)	Detergentes (todas las marcas comerciales)	Irritación ocular, cutánea y vías respiratorias.	<p>- Respiratoria: en relación a exposición por inhalación.</p> <p>- Cutáneo: en relación con exposiciones laborales en limpieza.</p>	No se encontraron usos frecuentes de equipos de protección personal en la República Dominicana
Dióxido de cloro y clorito	Cloros (todas las marcas comerciales)	<p>Dolor de cabeza, mareos, cefalea, náuseas.</p> <p>Respirar aire con gas de dióxido de cloro puede causar irritación de la nariz, la garganta y los pulmones.</p> <p>Peligro: ingesta oral en niños(as) puede producir cuadros de intoxicación.</p>	<p>- Respiratoria: típico de intoxicaciones en relación con uso para limpieza.</p> <p>- Cutáneo: en relación con exposiciones laborales. Frecuente.</p>	No se encontraron uso frecuente de equipos de protección personal en República Dominicana
Dodecil benceno sulfonato de sódico	En detergentes especiales y para pisos: CIF, Lysol, Fabuloso y otros similares	<p>Daños oculares.</p> <p>Irritación nariz, garganta y pulmones, puede causar tos y respiración con silbido.</p>	<p>- Ocular: típico de intoxicaciones en relación con uso para limpieza.</p> <p>- Respiratoria: en relación con exposiciones laborales por inhalación.</p>	No se encontraron uso frecuente de equipos de protección personal en República Dominicana

Ácido clorhídrico (ácido muriático)	Varias marcas de venta al público en supermercados	<p>Puede causar rinitis hemorrágica, síntomas pseudo-asmáticos y quemaduras químicas en la piel y ojos. Quemaduras corneales(ojos). Puede causar edema agudo pulmonar grave. Puede dejar secuelas respiratorias.</p> <p>Manifestaciones: irritación ojos, fosas nasales, garganta, laringe y bronquios. Sensación falta de aire, aumento de mucosidad respiratoria. Dolor al tragar, edema de laringe.</p> <p>Salpicaduras oculares causar gran conjuntivitis, lesiones corneas, visión borrosa, otros.</p>	<p>- Respiratoria: relación con inhalación para uso para limpieza.</p> <p>- Cutáneo: en relación con exposiciones laborales. Frecuente.</p>	Uso de materiales de protección en especial guantes. No uso equipo de protección personal completo (EPP), como respiradores para vapor, guantes de goma, gafas protectoras y protectores faciales.
1,4 - diclorobenceno (DCB)	Producto utilizado en ambientadores y desodorantes en aseos de hogares y oficinas.	Cáncer de hígado.	- Respiratoria: relación con inhalación en ambientes cerrados durante muchas horas.	Sin información

Fuente: Elaboración propia. Basile, G. Programa Salud Internacional FLACSO, 2020

• DESCRIPCIÓN DE ACCIONES, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN LABORAL DE LAS TRABAJADORAS DOMÉSTICAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

En las entrevistas con los tomadores de decisión de la seguridad social y la salud pública a nivel nacional, como también en las observaciones y diálogos informales con personal sanitario en los establecimientos de salud pública (hospitales y centros de primer nivel) como aporte a la discusión, caracterizamos tres nudos críticos en la discusión y un factor potencialmente protector para la salud colectiva de las mujeres trabajadoras domésticas.

- **PRIMER NUDO:** los propios actores gubernamentales reconocen que se instauró un sistema de seguros de riesgo laborales sólo para una porción reducida del mercado de trabajo que cuentan con empleo registrado dependiente de una patronal privada y que ese “sistema de mercado” como lo llaman es sólo para un tercio de la población trabajadora dominicana e inmigrante económicamente activa. Esto produce una “inclusión-exclusión” a esa administración de riesgos laborales financierizados y economizados sin ninguna perspectiva de cuidado de la salud colectiva de las y los trabajadores.

El propio subsistema de riesgos laborales entonces se autodescribe con una fuerte concentración en un régimen de prevención de riesgos sustentado exclusivamente como lo describe Betancourt (1994) en políticas de pólizas de riesgo según evento reportado y en un inexistente monitoreo epidemiológico público sustituido por una hipotética notificación de enfermedades ocupacionales y diligencia preventiva de aseguradores y empleadores, que no se visualiza ni en la práctica con ninguna capacidad de cuidado ni preventivo-promocional ni en producción de sistemas de información epidemiológica del trabajo. En la estructuración de subsidios a la demanda que estructura nichos de coberturas financieras desde la propia Ley 87-01 en cuanto a las ARL ocupa un lugar destacado el objetivo de un procedimiento puramente centrado en la reparación de daños en la salud de las y los trabajadores (específicamente sobre los “accidentes” laborales), con una preocupación de reducir los costos de aseguramiento de los empleadores, y principalmente proponiendo generar un nuevo mercado financiero a partir de la obligatoriedad de contratar en las Aseguradoras de Riesgos Laborales (A.R.L.) para la protección financiera del riesgo laboral en las y los trabajadores registrados.

Como lo explican Laurell y Noriega(1990), Breilh(1992) y Basile(2020), este primer nudo crítico se encuentra instalado intrínsecamente en la propia arquitectura y lógica del propio sistema dominicano de seguridad social porque las y los gestores y tomadores de decisión de seguridad social y salud pública asumen como marco teórico y de política pública la preeminencia del enfoque de medicina del trabajo y de salud ocupacional

exclusivamente ubicando la regulación de la administración de protección financiera frente a accidentes en el trabajo y/o en el mejor de los casos identificar o prevenir algunos riesgos en la salud laboral clásica. A partir de este marco de comprensión de las intersecciones críticas entre salud y trabajo (Betancourt, 1996), naturalizan el enfoque de factores riesgos y protecciones financieras de mercado que en general sólo reproducen un proceso de reparación de daños y/o escasos mecanismos preventivos-promocionales protectores de la salud de las y los trabajadores en general, y por supuesto con nulas acciones, programas, intervenciones y preocupaciones sobre la salud colectiva de las trabajadoras domésticas en particular.

Además los gestores públicos y tomadores de decisión de seguridad social y salud en general en un sesgo teórico-metodológico ubican su comprensión sobre la salud colectiva de los trabajadores del hogar exclusivamente por el tipo de cobertura sanitaria en este caso del régimen subsidiado público (SENASA), con lo cual a su vez esto lleva a un razonamiento que el IDOPPRIL no tiene competencias ni preocupaciones ni prioridades sobre este grupo de trabajadoras domésticas.

- **SEGUNDO NUDO:** El vacío de información sobre la salud colectiva de las y los trabajadores en República Dominicana en el sentido más general de este concepto que se encontró en este estudio, implica que desde un pensamiento complejo en salud (Almeida-Filho, 2006) es necesario preguntarse sobre el tipo de epidemiología y bases de comprensión de los procesos de trabajar, enfermar y morir que priman en el territorio dominicano (Breilh, 1992). Como plantea Breilh (1992; 2003; 2010) en el monitoreo participativo de salud colectiva y en el modelo obrero de conocimiento (Oddone, 1977), sin información epidemiológica de los procesos de trabajo ni perfiles epidemiológicos grupales oportunos, rigurosos y fiables no se puede producir conocimiento científico crítico para la investigación pero tampoco para la acción sindical-gremial ni de política sanitaria nacional ni preventiva-promocional sobre la salud colectiva de las y los trabajadores en general, o sobre las trabajadoras del hogar en particular. Como la describe Betancourt (1994), la *salud ocupacional* como base teórica de los sistemas de riesgos laborales sólo identifican riesgos aislados -desconectados- sobre individuos que en el caso de República Dominicana además dejan la notificación y producción de información exclusivamente en manos de las ARL (Aseguradores de Riesgo Laboral) y en un rol periférico de reproducción de fuentes de información secundaria al Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). Lo cual produce una epidemiología de *caso_ubicación_lugar* (frecuencia y distribución) que permanentemente reproduzcan sesgos empíricos y reduccionistas sobre los impactos epidemiológicos de los modelos productivos y procesos de trabajo sobre la salud colectiva y la vida de las y los trabajadores dominicanos.

Es decir, en las universidades y en el campo de la epidemiología en República Dominicana aún cuentan con escasas vinculaciones con los intereses y problemas de las distintas clases populares trabajadoras étnico-racializadas. Estas desconexiones investigativas, también condicionan la falta de preocupaciones académico-científicas, y por supuesto en las demandas más inmediatas en los proyectos político-institucionales, personales o colectivos, en que se hallan inscritas.

No es de extrañarse entonces que dentro del campo de estudio de la epidemiología de los problemas de la salud en los procesos de trabajo, hayan alcanzado poca profundidad técnico metodológica y con un irrelevante horizonte de visibilidad sanitaria en nuestras sociedades del capitalismo mundialmente periférico latinoamericano caribeño en general y en República Dominicana en singular (Breilh y Granda, 1989).

- **TERCER NUDO:** El IDOPPRIL¹⁰ plantea que su propia misión es:

10 IDOPPRIL – Misión. Ver: http://idoppril.gob.do/PaginasEstaticas/Nosotros/Quienes_somos.aspx [En Internet]

1. *“La administración y pago de las prestaciones del seguro de riesgos Laborales del sistema Dominicano de seguridad Social (SDSS)”*
2. *“La contratación de servicios de salud para la atención de afiliados por enfermedades producto del trabajo y accidentes laborales”.*

Como lo describe el propio mandato institucional del IDOPPRIL (que proviene de la propia reforma del 2001), al estar casi exclusivamente abocado a la *administración y pago* de prestaciones del aseguramiento de ARL y la *contratación de servicios*, esta sola definición es un criterio de exclusión para las trabajadoras domésticas de República Dominicana.

Cuando se observan los reportes de notificaciones en IDOPPRIL (2020), aún continúa siendo muy escasa la incidencia de accidentes de trabajo y de enfermedades ocupacionales según la lógica del propio sistema dominicano de seguridad social (Basile, 2020).

En el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del pasado año 2019 en República Dominicana, el IDOPPRIL (2020) recibió sólo 49,148 notificaciones de trabajadores afectados por incidentes en sus jornadas trabajo, de los cuales 48,395 reportes correspondieron a accidentes de trabajo (AT) y 753 a enfermedades profesionales (EP), lo que significa que hubo un incremento de un ocho por ciento (8%), con relación al año anterior, que finalizó con 45,470 casos.

Según los propios reportes de IDOPPRIL(2020), los accidentes laborales reportados el pasado año 2019, 38,227 correspondieron al sector privado, mientras que el sector público registró 10,921 casos. De acuerdo a la actividad realizada, el grupo con mayor reporte de AT y EP correspondió a la Industria de Transformación (fabricación de productos alimenticios y bebidas, textiles, calzados, etc) con 11,298; en segundo lugar está el comercio y repuestos de vehículos automotrices con 8,240, ocupando un tercer lugar alojamiento y alimentación con 6,006, educación con 4,445, salud y servicios sociales con 3,186, transporte, almacenamiento y comunicaciones que reportaron 2,147 casos, mientras que los empleados de la construcción tuvieron 2,022 casos de accidentes. Según el boletín 84 del IDOPPRIL(2020), hubo un mayor número de reportes de trabajadores del sexo masculino, con un total de 32,225, si lo comparamos con 16,886 femenino. Los trabajadores cuyas edades oscilan entre 20-29 años, siguen siendo los que más reportaron o registraron accidentes de trabajo durante el 2019.

- **CUARTO NUDO:** Los servicios de salud pública expresados en redes de establecimientos sanitarios de hospitales, centros de primer nivel de atención y unidades de atención primaria del Servicio Nacional de Salud(SNS) y en la cobertura pública del Seguro Nacional de Salud(SENASA) en su abordaje sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las mujeres dominicanas (Menéndez, 2005) no dispone de estrategias, servicios, programas, acciones, producción de información sobre la salud y el trabajo en general, ni del proceso de trabajo doméstico en particular (Betancourt, 1994). En general, como antes era planteado para la información y conocimiento epidemiológico, también en este caso en los servicios de salud pública se registra una profunda desvinculación en la producción de cuidado integral de la salud de las sujetas trabajadoras del hogar de sus modos de vida grupales especialmente según su proceso de trabajo y la relación con su salud colectiva y humana (Laurell, 1978). También no se encontraron iniciativas estructurantes de salud integral de las mujeres que desde las redes sanitarias públicas aborden de forma envolvente las intersecciones críticas por étnia, clase social y género de las mujeres dominicanas del campo y de las ciudades.

En resumen, estos nudos críticos identificados expresan una interseccionalidad entre la clase social de las trabajadoras, lo étnico-racial (Salem, 2014) y las prácticas de los servicios sanitarios públicos y la lógica de seguridad social del país a través de las ARL y el propio IDOPPRIL (Basile, 2020).

Cabe considerar que las acciones en salud colectiva (Granda, 2004) pueden plantearse desde dos trayectorias distintas e, incluso, hasta complementarias. Cada una se corresponde con distintos tipos de políticas públicas (o de Estado).

Según Antonio Ugalde(1998) y Eduardo Menéndez(2006), existe una perspectiva basada en una concepción unilateral y vertical de la planificación, de tipo normativa, conforme a la cual la gestión y la planificación queda del lado de los efectores públicos (es decir, del propio Estado, sus organismos y sus tecno-burocracias); otra, basada en la incorporación de la propia comunidad y sociedad (o más ampliamente de las poblaciones sujetas de dichas políticas) como parte estratégica en el proceso de planificación y gestión del cuidado integral en salud.

De arriba para abajo, o de abajo para arriba, ambas trayectorias ponderan voces, saberes y conocimientos. Como el propio Eduardo Menéndez (2006) lo plantea en su publicación *“Participación social, ¿para qué?”*, en la región latinoamericana y caribeña se reproduce aún desde los servicios de salud una tendencia de participación social instrumental de la población y comunidades para transferencias de conocimientos biomédicos (creando promotores y otras experiencias de *comunitarización*) para ampliar cobertura sanitaria a bajo costo, o bien de empoderamiento en lógica individual y funcionalista de la salud pública para el control de las poblaciones(Granda, 2004).

Siguen presentes, entonces, los problemas trazadores de la cuestión de salud y trabajo por género, intercultural y clase social: desprotección, desciudadanización, desencuentros, desatención, incomunicación, y todos los nudos críticos que resta imaginar. ¿Qué hacer frente a ello? ¿Esperar que el grupo social -en este caso las mujeres trabajadoras- demande(n)? ¿Saber escuchar la demanda? ¿Ponerse en condiciones de ser demandado? ¿Promover la demanda? ¿Producir procesos intituyentes de nuevas prácticas en salud y trabajo? ¿Esperar cambios legislativos para suponer cambios institucionales? Son opciones posibles y reflexiones necesarias.

En este caso particular interesa muy especialmente recordar que se trata de mujeres trabajadoras pertenecientes a comunidades y clases subalternas golpeadas y diezmadas colonialmente.

Como plantea Susy Castor (1984): una alta tasa de fecundidad, ¿podría constituirse en un bastión relevante en el marco de su resistencia anticolonialista? Cualquier *“elección”* posible y en todo caso *“libre”* sobre el número de hijos que estas mujeres desearían tener, las convoca desde los múltiples planos en que ellas se realizan: desde sus cuerpos; desde su pertenencia y linaje familiar comunitario territorial, desde su función y compromiso político e, incluso, desde la compleja y desventajosa participación en el mercado de trabajo (que de manera más o menos directa penetra aún en las comunidades y poblaciones más excluidas, rurales, aisladas y racializadas).

Límites, debilidades y fortalezas del estudio

Entre los límites y debilidades del presente estudio podemos expresar que, asumiendo la conceptualización de diseños epidemiológicos de la epidemiología tradicional y clásica (Breilh, 2003), según Hernández-Avila *et al.*, (2000), la diferencia de los estudios individuales, en los que la unidad de análisis es el individuo y se cuenta con al menos una medición de cada uno de ellos; en los estudios descriptivos transversales, la unidad de análisis es un grupo (por ejemplo, las trabajadoras, o un país o una región) y se cuenta con el promedio de eventos o de exposición para el grupo, desconociéndose a nivel individual la condición del evento o exposición para cada individuo de la población.

Este tipo de estudios conlleva problemas importantes en su interpretación ya que, dado que los datos se encuentran agrupados, no es posible corregir por diferencias en otras variables (posibles variables confusión) que pudieran explicar los resultados observados. Por esta razón, los resultados de este tipo de estudios tienen el peso más bajo en

la escala de causalidad clásica en estudios de asociación. Los principales límites que se expresan (Hernández-Avila *et al.*, 2000) para este tipo de diseño son:

- Problemas para definir y medir exposición
- Sesgos de selección
- Sesgos por casos prevalentes
- La relación causa efecto no siempre es verificable
- Sobrerrepresentación de enfermos con tiempos prolongados de sobrevivida o con manifestaciones con mejor curso clínico
- Se puede presentar causalidad débil

Otra debilidad, como bien señalamos, es que la falta de estudios analíticos de cohorte y medidas de asociación como riesgo relativo y riesgo absoluto en las morbilidades y mortalidad de las trabajadoras domésticas no permiten, por el momento, realizar otros tipos de análisis complementarios al efectuado en este estudio.

Posiblemente, un punto a ver como debilidad es la existencia de un posible subregistro en la información sanitaria y epidemiológica de los(as) trabajadores(as) en la República Dominicana, que también atraviesa al trabajo doméstico. Se constatan inexistencias de categorías de estudio sobre trabajo y salud en el sistema de información de salud en las comparativas de las interfaces local, provincial y nacional, así como las diversas fuentes de información pública y en las bases de datos sobre la epidemiología y la salud colectiva de los(as) trabajadores(as), en general; y de las trabajadoras domésticas, en particular.

Aunque no fue objetivo de estudio los sistemas de información, sin duda, se visualiza la necesidad de tomar medidas para articular de forma efectiva los diversos niveles de producción de información epidemiológica para la toma de decisiones de campo y de política pública donde la categoría, procesos de trabajo y salud-trabajo, sean consideradas en su complejidad y profundidad.

Otro límite fue la falta de un número mayor (“n”) de mujeres trabajadoras domésticas encuestadas en esta primera etapa del estudio, como también analizar las diferencias entre lo urbano y rural. Esto permitiría completar una caracterización nacional más abarcadora sobre la problemática abordada que en el contexto epidémico de SARS-CoV-2 tuvo algunos límites operacionales para ampliación.

En el caso de las fortalezas es que, en primer lugar, el estudio asume una perspectiva metodológica combinada (cuantitativo-cualitativo). Asume las limitaciones que la teoría crítica latinoamericana viene planteando sobre la epidemiología tradicional de los estudios de asociación, basados en la concepción de riesgo que se caracterizan por relacionar la exposición de grupos de personas a uno o más factores con los resultados de dicha exposición en términos de morbilidad, mortalidad o de condiciones fisiológicas. La unidad de análisis continúa siendo el individuo, aunque se trabaje con grupos/poblaciones pensando a estos como la simple sumatoria de individuos (Urquía, 2006).

Al asumir un diseño descriptivo en lo cuantitativo, se tuvieron en cuenta varias ventajas de los mismo para el contexto del trabajo (Hernández-Avila *et al.*, 2000):

- Se pueden estudiar grandes grupos poblacionales
- Relativamente fáciles de realizar
- Aumenta el poder estadístico

- Aumenta la variabilidad en exposición
- Se puede utilizar información de estadísticas vitales

Utilizar una combinación de métodos y técnicas de investigación cualitativa, nos permitió acercarnos a algunas de las representaciones, percepciones, relatos y narrativas que los propios sujetos y actores desearon “visibilizar” desde su punto de vista (Menéndez, 2012) sobre el problema de estudio. Aunque, también, sabemos que hay otros aspectos que son invisibilizados o no expresados.

La combinación con una perspectiva de investigación cualitativa, a primera vista, representó una complementariedad clave asumiendo las limitaciones, sesgos y problemas del pensamiento positivo (útil) de lo cuantitativo. Esto implica asumir en este trabajo el campo de conocimiento complejo, ya que se ha desarrollado a partir de numerosas disciplinas y corrientes de pensamiento en el ámbito de las ciencias sociales y las ciencias de la salud (Vásquez et al, 2006).

6.1 Posibles aproximaciones-recomendaciones finales

El presente estudio inicia un punto de partida que nos lleva a plantear dos cuestiones claves: el porqué y para qué de estudios epidemiológicos críticos sobre el proceso de trabajo doméstico, caracterizar el perfil epidemiológico de las trabajadoras del hogar e interpelar en general la situación de salud colectiva de las y los trabajadores en República Dominicana.

En el terreno actual, debemos ser conscientes que el presente estudio hacia una Epidemiología del Trabajo Doméstico, resulta también una herramienta de las y los “sin poder”, o de las que tienen algún poder pero lo ejercen con un sentido democrático, abierto, intercultural y emancipatorio.

Son las fuerzas económicas y políticas en un contexto histórico y social -dentro de un escenario cultural- en el que se trabaja la investigación las que ejercen un profundo modelaje e influencia en los contenidos, direcciones, categorías de análisis, operaciones metodológicas y proyecciones prácticas del quehacer investigativo en salud.

Por lo cual es y fue clave partir de *otras preguntas*, para construir otras respuestas (desde un pensamiento complejo y decolonial). La *direccionalidad*, *contextualidad* y *posicionalidad* del quehacer investigativo en el proceso colectivo de producción de conocimiento crítico en salud en este estudio implica un *giro decolonial* de los modelajes clásicos, funcionalistas y eurocéntricos que se repiten en informes, consultorías, estudios a “la carta”. Este estudio entonces es una aproximación en el ejercicio continuo de investigar/hacer crítico, apostando a hacer visible las huellas epidemiológicas sobre la vida, los cuerpos y el trabajo de las trabajadoras del hogar.

En este sentido, aquí se describen 5 aportaciones claves desde la especificidad de un espacio insular periférico del Caribe y sus intersecciones con las luchas de las trabajadoras domésticas en América Latina y el Sur global:

- **INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA Y TRABAJO, INTERPELACIÓN A LA ACADEMIA:**

Uno de los hallazgos claves de este estudio, es un “*agujero*” en tanto vacío de conocimiento epidemiológico crítico sobre los procesos de trabajar, enfermar y morir sobre el particular proceso de trabajo, modos de vida y salud colectiva de las trabajadoras del hogar en República Dominicana.

La ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica “...es una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad” (Bourdieu, 1998). Las huellas epidemiológicas del modo neoliberal de progreso y de las tesis del desarrollo fue invisibilizado por una operación simbólico-política en las academias latinoamericanas y caribeñas.

El estudio de los procesos epidemiológicos en el trabajo doméstico como un movimiento socialmente determinado requiere de una nueva comprensión renovada de este proceso laboral atravesado por las relaciones de poder que se mueven en la sociedad dominicana. La consolidación del dominio en el capitalismo mundialmente periférico de reglas de una acelerada recomposición financiera productiva desigual y combinada, que penetra unas veces por la reingeniería del involucramiento (estrategia “toyotista”) y en otras mediante los cambios duros de una agresiva flexibilización, sobreexplotación y servidumbre (Breilh, 1999).

En la esfera de los espacios de trabajo doméstico operan mecanismos (re)productivos directos como mediadores de una variada patogénesis destructiva: la saturación de estresores en los procesos de trabajo y formas de alienación/sometimiento; la proliferación de procesos formales e informales de desgaste y daños; la utilización de formas incontroladas de uso de químicos y actividades peligrosas que elevan los índices de lesiones musco-esqueléticas, intoxicaciones y accidentes; la creciente exposición y desregulación frente a sustancias y materias cancerígenas, el maltrato patronal especialmente de las mujeres hacia otras mujeres racializadas, entre otras.

En el andamiaje de las reformas al Estado y a los sistemas sanitarios, aparecen las aseguradoras de riesgos laborales, que necesitan de una epidemiología especial: la epidemiología del riesgo y la salud ocupacional.

La consolidación de una nueva Epidemiología en el Trabajo, la asumimos entonces en este estudio como un reto hacia espacios institucionales, tanto académicos y sociales, como de acción sindical y de investigación acción crítica; con el desafío de una tarea participativa de nuestras organizaciones e instituciones que necesitan quitarse de encima el tutelaje de un pensamiento reduccionista del salubrismo ocupacional de riesgos, de una epidemiología de los mínimos que se refugia en paradigmas de la tríada sistémica de Leavell Clark y en las redes de multicausalidad de MacMahon, y construir con autonomía nuestros propios lentes epistémicos, sentidos e identidades desde *comunidades* de producción de conocimiento crítico para la acción en el campo de la “*salud y trabajo*” que vuelva a entrelazar a la organización sindical y popular con la academia crítica desde el Sur.

Proponer trayectorias o aproximaciones finales en esta dimensión, implica considerar algunos esbozos de propuestas para el caso en estudio en República Dominicana:

- Continuar procesos de investigación-acción desde y con las trabajadoras domésticas basado en nuevas prácticas epidemiológicas críticas como el monitoreo participativo de salud colectiva (ver apartado).
- La necesidad de promover investigación crítica epidemiológica para observar, describir y caracterizar los nuevos perfiles epidemiológicos en la *diversa y heterogénea* clase trabajadora dominicana en el siglo XXI según sus condiciones de empleo, procesos de trabajo, desgaste y modos de vida grupales.
- Construir estudios de cohorte dando seguimiento a las trabajadoras del hogar y su exposición al uso de sustancias químicas, a sus padecimientos como también al desgaste y envejecimiento prematuro.

Estas premisas antes enunciadas, parten del sentido de una investigación-acción crítica como práctica emancipadora marcando una dirección donde la teoría de la acción es un recurso útil para forjar nuevas redes de estudios críticos de epidemiología en el trabajo y perfiles epidemiológicos de procesos de trabajo en República Dominicana.

Este movimiento requiere entrelazar universidades, centros de investigación, academia crítica en salud trazando caminos de encuentro con los intereses, preocupaciones y problemas colectivos desde y con las trabajadoras del hogar en particular, y quizás con las y los trabajadores dominicanos en general.

En el siglo XXI hay una demanda creciente de canalizar la acción colectiva hacia el cuidado de la vida y la salud colectiva, comprendiendo mejor los procesos laborales que afectan y dañan, como recuperar un trabajo vivo protector y constructor de ciudadanía, y cómo actúan y responden los sistemas sanitarios. Las y los trabajadores tanto de sectores registrados como de la economía popular y otros actores de base tienen un papel crucial para responder a esta demanda y plantear problemas colectivos claves así como para construir conocimiento nuevo y estimular acciones encaminadas a transformar la salud de las y los trabajadores dominicanos. Existe una gama creciente de estrategias metodológicas, instrumentos y capacidades –viejas y nuevas—para aumentar la participación, el poder popular-sindical y generar nuevos conocimientos mediante la investigación participativa.

Para explicar el trazado de este primer camino, podemos partir de la idea planteada por gran parte de la teoría crítica de la salud según la cual el sistema de educación superior, de investigadoras e investigadores sanitarios dominicanos problematizan rupturas epistémicas con la visión reproductora y administradora del conocimiento en salud *instituido* del sistema capitalista periférico dependiente mediante la constante difusión de una ideología de los sectores sociales dominantes, sean estos de clase social, género, etnia o en la colonial salud pública.

Es decir, si el sistema de seguros de riesgos laborales con la generación de un tipo de información en salud laboral sesgada y reduccionista que es meramente de notificación de enfermedades ocupacionales y accidentes ordena una lógica *transaccional* de protección financiera para comprender la salud colectiva de las y los trabajadores, siendo además que solo se encuentra accesible para una porción mínima de la clase trabajadora del país, es sustancial romper desde la producción de información y conocimiento epidemiológico con este modelaje de respuestas para poner en el centro el cuidado integral de la salud de las trabajadoras domésticas dominicanas.

Esta primera aproximación entonces pone en el centro enlazar un engranaje de articulaciones entre academia, trabajadoras del hogar y sus sindicatos, las organizaciones y centros de investigación, centrales sindicales y actores sanitarios que pueden transformarse en un experiencia disruptiva y nueva para América Latina y Caribe.

Es un esfuerzo persistente por convertirnos en epidemiólogas&os de los “sin poder”, con una práctica epidemiológica como un saber-hacer útil para la humanización y transformación de la salud, el trabajo y la vida.

- **REDES DE MONITOREO PARTICIPATIVO DE SALUD COLECTIVA DESDE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR:**

Con frecuencia en la epidemiología convencional y la salud pública funcionalista va tomando fuerza la influencia del cambio de comportamientos y promoción de estilos de vida, ligado a procesos de simplificación y abaratamiento de las acciones de la salud colectiva con el intento por utilizar recursos de movilización “comunitaria” de bajo costo y transfiriendo responsabilidades a las personas, familias, grupos, colectividades.

Es decir, promover en este caso redes de trabajadoras del hogar que asuman tareas y acciones funcionales de lo que el Estado e instituciones sanitarias públicas no hacen ni plantean realizar.

Justamente en este estudio partimos desde una trayectoria y perspectiva inversa (Morin, 1996).

Fortalecer y construir desde la propia *reflexividad* y *capacidades* de las organizaciones dominicanas de trabajadoras del hogar tramas organizativas para enlazar las intersecciones críticas entre sus procesos de trabajo y la salud integral de las mujeres empleadas domésticas. No sólo significa construir mayor volumen de capacidades de monitoreo colectivo de las trabajadoras, sino primordialmente darle visibilidad sociopolítica, organicidad, producir conocimiento situado y especialmente construir demandas de respuestas institucionales vinculantes de abordaje. Es una trama de acción que se articula al primer eje establecido en este apartado final.

Entonces el monitoreo participativo es un instrumento para promover con las mujeres, sus asociaciones y sindicatos, organizaciones sociales y centros de investigación y actores de salud pública la producción de conocimientos epidemiológicos *situados* y *posicionados desde las voces, cuerpos y vidas de las trabajadoras*. Punto de partida en el colectivo dominicano de mujeres trabajadoras domésticas logren hacerse visibles pero especialmente convertir en *problemas públicos* sus procesos de salud-enfermedad grupales, el prevenir y monitorear los riesgos laborales como sus determinaciones estructurantes, fortalecer su formación crítica e identidad grupal, promover mejor organización para garantizar sus derechos a vivir bien y trabajar saludable.

Promover monitoreo participativo de salud colectiva desde y con las propias trabajadoras del hogar comprende organizar colectivamente la identificación, descripción y mapeo de *procesos críticos* que se dan desde su clase social en sus espacios de trabajo y en el territorio en este caso de las mujeres trabajadoras domésticas, que protegen o dañan su salud durante su ciclo de vida. Esos procesos protectores o nocivos, forman parte de sus modos de vida grupales, y determinan sus estilos de vida familiares y personales malsanos actualmente.



Fuente: Elaboración propia.

El planteamiento epistemológico de esta recomendación parte del modelo obrero (Oddone, 1977), de la epidemiología comunitaria (Tognoni, 1997) y monitoreo participativo en salud colectiva (Breilh, 2003) resultando clave para comprender que es imposible acceder al conocimiento sobre el mundo del trabajo y la salud de las trabajadoras si no es a través de la propia experiencia obrera de las(os) trabajadoras(es).

- **SISTEMAS DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES TRABAJADORAS DEL HOGAR DESDE EL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO:**

¿Y mientras tanto qué hacer con la salud colectiva de las trabajadoras domésticas desde el sistema sanitario dominicano imperante? Habría múltiples abordajes incluyendo el punto de partida de pensamiento estratégico de la refundación del sistema de salud en su arquitectura e institucionalidad sanitaria (Basile, 2021).

Ahora bien, en el proceso de responder a las necesidades de la materialidad de la vida y la salud colectiva de las trabajadoras domésticas en República Dominicana en un corto plazo bajo la inmediatez se pueden considerar:

- Incorporar la categoría “trabajo” en los sistemas de registros de atención, historias clínicas, notificación obligatoria de eventos de salud en los servicios sanitarios del Servicio Nacional de Salud(SNS).
- Asumir desde las unidades de Género de los Hospitales públicos y en los Centros de Primer Nivel de Atención(CPNA) del SNS la creación de un modelo de atención clínica centrado en las mujeres trabajadoras donde se desarrollen servicios de salud pública especializados para cuidado, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud-enfermedad de las mujeres en las intersecciones críticas con sus procesos de trabajo.
- Intensificar formaciones técnicas en “salud colectiva y trabajo” en las áreas de epidemiología, programas de salud de las poblaciones y servicios de salud pública tanto de las gerencias, direcciones del Servicio Nacional de Salud como de las áreas y direcciones provinciales del Ministerio de Salud Pública.
- Incorporar la categoría “trabajo” en los análisis de situación de salud colectiva de la Dirección General de Epidemiología, introducir boletines epidemiológicos nacionales de “Salud y Trabajo” centrados en reportes de eventos de salud en los procesos de trabajo según sector, actividad y ocupación desde el Ministerio de Salud Pública cruzando bases informacionales con SNS, IDOPPRIL y SISALRIL.
- Introducir en el viceministerio de Salud Colectiva del Ministerio de Salud Pública y sus direcciones generales de salud, un programa de salud colectiva y trabajo doméstico contruyendo una mesa de acción por la salud colectiva en el trabajo doméstico especialmente para acciones preventivo-promocionales.

- **AGENCIA NACIONAL DE SALUD Y TRABAJO:**

Basados en las lógicas imperantes de política pública y matriz teórico-metodológica, el IDOPPRIL es un organismo creado y operacionalizado por los mandatos resignados a la reforma neoliberal del sistema sanitario dominicano.

Aunque existe escasa literatura científica del rol de las ARL, del papel del propio IDOPPRIL en relación a la situación de salud colectiva de las y los trabajadores dominicanos, de los vacíos epidemiológicos sobre las y los trabajadores en general, este estudio describe y caracteriza resultados tangibles del flujo entre la indefensión, la desprotección y las huellas epidemiológicas sobre los modos de vida de las trabajadoras del hogar en el país.

En este sentido en una dimensión de refundación y reimaginación del sistema sanitario dominicano implicado y comprometido con los perfiles epidemiológicos destructivos de las clases trabajadoras del país, podría ser necesario replantear y recrear una *nueva institucionalidad* sanitaria que *reemplace* al instituido IDOPPRIL.

Iniciativas de creación de Agencias Nacionales de Salud y Trabajo o de una *Agencia Nacional de Salud Colectiva de las y los Trabajadores*, es estratégicamente producir un espacio público con autonomía relativa, desde una co-gestión y co-gobierno entre Estado y representaciones de trabajadores sindicalizados y de la economía popular

en el Siglo XXI, que construya una robusta institución de investigación, educación y formación, monitoreo epidemiológico, sistemas de información y respuestas a la salud de las y los trabajadores en el país.

Tanto en República Dominicana como en toda América Latina y el Caribe existe una latente subjetividad transformadora, organicidad intelectual y diversos saberes con su propia riqueza. No necesitamos pedir prestados y repetir colonialmente ni los sueños de “copiar-pegar” del Norte global, ni el talento, ni las orientaciones para pensar, educar, conocer y actuar en el campo de la *salud y el trabajo*, ni en ningún otro campo.

- **AGENDA LEGISLATIVA DE PROTECCIÓN LABORAL PARA EL TRABAJO DOMÉSTICO:**

Las asociaciones y sindicatos de trabajadoras del hogar en República Dominicana como parte de las luchas en América Latina y el Caribe mantienen un activo trabajo de incidencia en el Congreso de la Nación para construir una nueva legislación nacional laboral sobre el trabajo doméstico que produzca una igualación en derechos, protecciones, pensión y accesos a servicios con el resto de las y los trabajadores registrados del país.

Aunque en protecciones sociales, pensiones y el cuidado integral de la salud en el proceso de trabajo, obviamente esto produciría de hecho un acceso a lo ya “*instituido*” con sus imperfecciones de coberturas financierizadas de “lo mínimo” y problemas estructurales, sin duda para las trabajadoras del hogar implica un hito reparatorio revertir la matriz de legislación laboral excluyente, racializada y de servidumbre colonial que aún impera en el trabajo doméstico en territorio dominicano.

Este primer estudio marca que una salud colectiva plena sólo puede concebirse humanizando las formas de trabajo, defendiendo el consumo saludable, posibilitando las máximas expresiones de organización democrática del poder, fortaleciendo la pluralidad y complementariedad cultural y asegurando la defensa de la naturaleza.

Horizontes que hablan de una epidemiología de la esperanza y la clausura de una epidemiología de la resignación.

En definitiva, se necesita no solamente asumir posiciones y compromisos claros con remanidas *enunciaciones*, sino insertarse en procesos vivos de acumulación de poder técnico-político, democrático y descentralizado, donde concurren esfuerzos de planeación, concientización, territorialización, gestión y consolidación; tanto en los espacios de la organización en el trabajo de las trabajadoras domésticas, en la propia sociedad, en la academia crítica y en cuanto espacios democráticos del aparato estatal. Ese es el poder de una “ciencia de los sin poder” (Breilh, 1999).

BIBLIOGRAFÍA



Acosta, A. (2008). "El Buen Vivir, una oportunidad por construir". *Ecuador Debate, Quito* 75 (2008): 33-47.

Almeida Filho, N. (2006). *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones*. Universidad Nacional de Lanús, 2006.

Almeida Filho, N.; Silva Paim, J. (1999). "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos médico sociales* 75 (1999).

Almeida, C. M. (2001). "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud". *Cuadernos Médico-Sociales* 79 (2001): 27-58.

Almeida, C. M. (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cad. Saúde Pública* 18.4 (2002): 905-925.

Álvarez, M. H. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud pública*, 2(2), 121-144.

Antezana Rimassa, P. (2011). La legislación dominicana a la luz del Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (Núm. 189), 2011. OIT. Consultado en http://idwfed.org/es/recursos/la-legislacion-dominicana-a-la-luz-del-convenio-sobre-lastrabajadoras-y-los-trabajadores-domesticos-num-189-2011/@display-file/attachment_1

Arango, L. G. (2008). Género e identidad en el trabajo del cuidado: entre la invisibilidad, la profesionalidad y la servidumbre. Ponencia presentada en el Seminario Internacional "El trabajo y la ética del cuidado", octubre 22-23, Bogotá, Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia.

Arango, L. G. (2011). El trabajo del cuidado, ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional? En *El trabajo y la ética el cuidado*, eds. Luz Gabriela Arango y Pascale Molinier, 91-109. Bogotá: La Carreta Editores – Universidad Nacional de Colombia.

Artazcoz, L., Cortès, I., Moncada, S., Rohlf, I., & Borrell, C. (1999). Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit*, 13, 201-207.

Balibar, E. y Wallerstein, I. (1991). *Raza, Nación y Clase*. Santander: Ed Iepala, p- 339.

- Banco Central. Estadísticas del sector Real. Disponible en: http://bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/real
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2003). *Modernización del Estado. Documento de estrategia*. Washington DC: BID.
- Banco Interamericano de Desarrollo-BID. (2009). *Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos*. Washington DC: BID.
- Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud*. Washington DC: BM.
- Banco Mundial. (1997). *Informe del Banco Mundial 1997. El Estado en un mundo en transformación*. Washington DC: BM.
- Banco Mundial. (2011). *“Prioridades en el Sector Salud: de América Latina”* –Washington DC: BM, 2011.
- Barbeito, A.; Lo Vuolo, R.; Pautassi, L. y Rodríguez Enríquez, C. (1998). *Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales*. Buenos Aires, Setiembre.
- Bartley M, Popay J, Plewis I. (1992). Domestic conditions, paid employment and women’s experience of ill-health. *Sociology Health Illness* 1992; 14: 313-343.
- Basile, G. (2018). *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO. Diciembre.
- Basile, G. (2019). *“La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones Biblioteca CLACSO. Publicado en Diciembre, 2019.*
- Basile, G. (2020). *“Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano”, N73, Abril, Buenos Aires.*
- Basile, G. (2020a). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Basile, G. (2021). *Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: apuntes para repensar y descoloniar las Teorías y Políticas*. Ediciones Biblioteca CLACSO. Publicado en Enero, 2021.
- Batthyany, K. (2009). *Autonomía de las mujeres y resistencias a la división sexual del trabajo al interior de las familias. Seminario Regional Las Familias Latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas.*
- Banco Central de la República Dominicana-BCRD. (2020). *Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de la República Dominicana.*
- Bedin, P (2013) *“Críticas y dilemas feministas sobre el universalismo androcéntrico de la ciudadanía liberal clásica”*. *Revista Temas y Debates*. ISSN 1666-0714, año 17, número 26, julio-diciembre 2013, pp. 127-143 Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/61701976.pdf>
- Belmartino, S. (2005). *Una década de Reforma en la Atención médica en Argentina. Revista Salud Colectiva, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo - Agosto.*
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: Como la desigualdad social daña nuestra salud. España: Ediciones de Intervención Cultural: El Viejo Topo.*

- Benach, J., Jodar, P., Alós, R., Tarafa, G., y Juliá, M. (2014). La ruta del capital y el abismo de las reformas laborales. En J. Benach, G. Tarafa, y A. Recio, (Coords.). Sin trabajo, sin derechos, sin miedo: Las reformas laborales y sus efectos sobre el trabajo y la salud. (pp.24-37). España: Icaria editorial.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icaria.
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Madrid: Sesión epidemiología social*.
- Benería, L. (1981) [1979]. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientras Tanto*, n°6, p.47-84
- Betancourt, O. (1994). Reflexiones para la investigación de la salud de los trabajadores. *Salud de los Trabajadores*, 2(1), 35-48.
- Betancourt, O. (1996). Salud y el trabajo: Reflexiones teórico-metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención básica en salud. In *Salud y el trabajo: Reflexiones teórico-metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención básica en salud* (pp. 306-306).
- Bourdieu, P. (1998). O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998. p.60-61
- Bourdieu, Pierre. (1989). "Un gênese dos conceitos de habitus correo de campo". *O Poder simbólico* 3.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Ed. Grijalbo. México.
- Breilh, J., & Granda, E. (1989). Epidemiología y contrahegemonía. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1121-1127.
- Breilh, J. (1990). La lucha por la salud de la mujer: Fetichismo y verdad. *Investigación y educación en enfermería*, 8 (1), 75-92.
- Breilh, J. (1991). La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito, Ecuador, CEAS.
- Breilh, J. (1992). Epidemiología del trabajo. Reflexiones metodológicas para un avance de la línea contrahegemónica. *Rosario. Seminario Internacional sobre Salud y Trabajo*.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Vol. 17. Buenos Aires: Lugar editorial, 2003.
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 937-951.
- Breilh, J. (2008). "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud".
- Breilh, J. (2009). "Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud". Quito: Universidad Simón Bolívar, 2009.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar-Corporación Editora Nacional.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.

Breilh, J. y Tilleria Muñoz, Y. (2009). *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala.

Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil* (No. 233). Lugar Editorial, Buenos Aires.

Bustelo, E. (1992). "La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina". A. Minujin (comp.), *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Losada, 1992.

Canguilhem, G. (1997). "Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud". *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 4, no. 2 (1997): 287-307.

Carby, H. (2008). *Femme blanche écoute! Le féminisme noir et les frontières de la sororité*. Black feminism: Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000, L'Harmattan, Paris (2008/1982), pp. 87-111

Cassá Calzada, L. (2000). *La marginación de las trabajadoras domésticas en el derecho del trabajo*. Tesinas UNIBE. Santo Domingo, RD.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard.

Castellanos, PL. (1990). "Sobre el concepto de salud enfermedad". *Descripción y explicación de la situación de salud. Bol Sanit Panam* 10, no. 4 (1990): 1-7.

Castillo, P. R., & Zavala, H. A. (2015). Estrés laboral en mujeres trabajadoras y amas de casa. *Jóvenes en la Ciencia*, 1(1), 459-463.

Cástor, S. (1983). Estructuras de dominación y de existencia campesina en Haití. *Boletín de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, (35), 71-84.

Castro, M. (1982). ¿Qué se compra y qué se paga en el servicio doméstico?: el caso de Bogotá. En *Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe*. Tomo I: *La realidad colombiana*, ed. Magdalena León, 99-122. Bogotá: ACEP.

CEPAL (2020), *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes* (LC/CRM.14/3), Santiago.

Césaire, A. (1950). *El discurso sobre el colonialismo*- Akal, Madrid (2006/1950).

Chaney, E. M. y García Castro, M. (1989). *Muchachas No More. Household Workers in Latin America and the Caribbean*. Temple University Press. Philadelphia, USA.

CIPAF. (1990). "La Vida Mía no es Fácil": La Otra Cara de la Zona Franca- I 30. Santo Domingo, Colección Minerva Mirabal.

Collins, P.H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. Routledge, Nueva York (2000).

COMMCA/SICA. (2009). *Puertas Adentro: Mitos y Realidades del Trabajo Doméstico Remunerado en Centro América y República Dominicana*. Programa "La Agenda Económica de las mujeres - AGEM" (UNIFEM - PNUD) y Programa de Cooperación Regional con Centroamérica de AECID.

COMMCA/SICA. (2010). *La Institucionalización sociocultural y jurídica de la desigualdad: el trabajo doméstico remunerado: resúmenes de estudios de la región de Centroamérica y República Dominicana*, 1ª. ed., San Salvador, El Salvador.

- Connell, R. (2013). Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. *Nómadas (Col)*, (39), 63-77.
- Congreso de la República Dominicana. (1992). Código de Trabajo de la República Dominicana (Ley 16-92, Gaceta Oficial No. 9.836.) y normas complementarias. Santo Domingo, República Dominicana.
- Consensus on musculoskeletal disorders. Research New. Swedeen. (1993). Strategic for prevention of work related musculoesketal disorders. *News Apped ergonomic* 1993;24(1):64-7.
- Córdova, A. (1978). "La dimensión humana del accidente de trabajo", *El Gallo Ilustrado (El Día)*, n. 814, México, 1978, pp.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago: University of Chicago Legal Forum.
- Crenshaw, K. (1995). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color." In *Critical Race Theory* edited by Kimberlé Crenshaw, Neil Gotanda, Gary Peller, and Kendall Thomas. New York, The New Press.
- CSA. (2013). "República Dominicana aprueba el Convenio 189", 3 de julio. Comité Intersindical de la Mujer Trabajadora, República Dominicana. Disponible en: http://www.csa-csi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=7598%3Aconvenio-189-rep-dominicana&catid=25%3Anotas-y-articulos&Itemid=258&lang=pt
- Cubillos, J. A. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora revista internacional de ética y política*, (7), 119-137.
- Cumes, A. E. (2014). La "india" como "sirvienta". *Servidumbre doméstica, colonialismo y patriarcado en Guatemala*.
- Curiel, O. (2013). La Nación Heterosexual Grupo Latinoamericano de Estudios, Formación y Acción Feminista (GLEFAS), Brecha Lésbica, Bogotá, Buenos Aires.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist theory*, 9(1), 67-85.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage
- Domingos P, Souto BGA. (2018). Musculoskeletal Risk Related to Housework. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Fev 16];28:e-1928.
- Donnangelo, M. C. F. (1982). A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. *ABRASCO. Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de, 4-19.
- Dorlin, E. (2005). Dark Care: de la servitude a la sollicitude. P. Paperman, S. Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Ethique et politique du care*, EHESS, París (2005), pp. 87-100.
- Dorlin, E. (2008). Introduction: La révolution du féminisme noir! H. Carby, B. Guy Sheftall, L.A. Harris, P.H. Collins, B. Hooks, A. Lorde, et al. (Eds.), *Black feminism: anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, L'Harmattan, París (2008), pp. 9-42
- Dorlin, E. (2009). Introduction: Vers une épistémologie des résistances. E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, PUF, París (2009), pp. 5-20.
- Durán, M. A. (1988). "De puertas adentro". Serie Estudios, 12, Instituto de la Mujer, Madrid.

- Engels F. (1965). La situación de la clase obrera en Inglaterra. Buenos Aires: Editorial Futuro.
- ENHOGAR. (2016). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples de la Oficina Nacional de Estadísticas, República Dominicana.
- ENI. (2017). Oficina Nacional de Estadística, UNFPA y UE. *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana* (ENI-2017). Santo Domingo: ONE, UNFPA y UE, 2017.
- Escobar, A. (2007). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre, 2007.
- Espinosa, Y., Gómez, D., Lugones, M., & Ochoa, K. (2013). Reflexiones pedagógicas en torno al feminismo descolonial. Una conversa en cuatro voces. *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir*, 1, 403-441.
- Espinosa-Miñoso, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, (184), 7-12
- Esquivel, V. (2010). Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), 529-547.
- Esquivel, V. (2010). Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), 529-547.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Fanon, F. (1952). *Piel negra, máscaras blancas*. Akal, Madrid (2009/1952)
- Fassler, C. (1978). "Salud y trabajo", *Salud Problema*, n. 2, México, 1978, pp. 3-7.
- Fayol, H. (1937). "The administrative theory in the state". *Papers on the Science of Administration* (1937): 99-114.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2004.
- Federici, S. (2011). Sobre el trabajo de cuidados de las personas mayores y los límites del marxismo. *El trabajo de cuidados. Historia teoría y políticas*.
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. Oakland.
- Federici, S., Durán, R. R., Pizaña, P. A., Linsalata, L., Guervós, C. F., & Ponz, P. M. (2013). *La revolución feminista inacabada: mujeres, reproducción social y lucha por la común*. Escuale Calpulli.
- Feo Istúriz, O. (2010). Crisis global y su impacto sobre el trabajo y la salud. *Salud de los Trabajadores*, 18(2), 91-95.
- Feo Istúriz, O. (2004). "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22, no. 99 (2004): 61-71.
- Fernández de Sanmamed MJ y Calderón Gómez C. (2003). "Investigación cualitativa en atención primaria," in *Atención Primaria.*, Martín Zurro A y Cano Pérez JF, eds., Harcourt International, Barcelona, pp. 224-249.
- Ferreira, C. N. L., Zerbetto, S. R., Gonçalves, A. M. D. S., Briones-Yozmediano, e., Ronda, E., & Galon, T. (2020). Percepciones de las trabajadoras domésticas sobre los derechos laborales y los efectos sobre las condiciones de trabajo y de salud. *texto & contexto-enfermagem*, 29.

- Filgueira, F. (1997). "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". Versión revisada y modificada del documento presentado en el marco del proyecto "Social Policy Citizenship in Central América". Guadalajara: Social Science Research Council.
- Fleury, S. (1997). *Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fleury, S., y Molina, C.G. (2002). "Modelos de Protección social". Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES (2002): 3-6.
- Fleury, S. (2004). "Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad". *Revista Instituciones y Desarrollo* 16 (2004): 133-170.
- Fleury, S., & Lobato, L. D. V. C. (2009). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Fleury, S. (2010). ¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusión social en América Latina. *Medicina Social*, 5(1), 41-60.
- Fleury, S. y Vasconcelos Costa Lobato, LV. (2011). "Participación, Democracia y Salud". <http://cebes.org.br>, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Flexner A. (1910). *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foucault M. (2011). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Francesse, R. G., & Reif, L. (2018). Condiciones de empleo, cuidado y salud en trabajadoras de casas particulares. *Cartografías del Sur. Revista de Ciencias, Artes y Tecnología*, (7), 99-114.
- Franco TB y Merhy E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 7(1)9-20.
- Fraser, N. (1994). "After the Family Wage. Gender Equity and the Welfare State". En *Political Theory* (22-4). Pp. 591-618.
- Fraser, N. (2015). "El Capital y los cuidados". En *New Left Review* 100. Sep.-oct. Pp. 111-132.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia do oprimido*, 43.
- Fresneda Moreno, F. J., Gómez Santana, J. C., & Bascopé Quintanilla, H. (2013). Riesgo de cáncer de mama en trabajadoras de turno nocturno. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(230), 146-158.
- Gálvez, T. y Todaro, R. (1984). La especificidad del trabajo doméstico asalariado y la organización de las trabajadoras. En *La mujer en el sector popular urbano: América Latina y el Caribe*, ed. CEPAL, 155-159. Santiago: Naciones Unidas.
- Garduño A. (1979). Las condiciones de trabajo de las mujeres ocupadas en el servicio doméstico en el Distrito Federal. Tesis para obtener el título de licenciada en sociología. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Garduño A. y Márquez M. (1995). "El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras". *Cuadernos de Saúde Pública, Reports in Public Health*, Vol. 11 (1) jan-mar/95, Brasil.
- Garduño, A. (2001). Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres. *Salud de los Trabajadores*, 9 (1), 35-43. Recuperado de: <http://www.higieneocupacional.com.br/download/trabajodomestico-salud.pdf>

- Garduño, A. y Rodríguez, J. (1990) Salud y Doble Jornada: Taquilleras del- Metro- Salud Problema, 20: 41-45, 1990.
- Gilligan, C. (1994). La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de cultura económica.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., y Tobar, S. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. ISAGS.
- Girón, A. (2008). "Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina". En Lechini, G.: " *La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur*". Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Goldsmith, M. (2007), "Disputando fronteras: la movilización de las trabajadoras del hogar en América Latina", *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, nro. 14.
- Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy". *Revista Cubana de Salud Pública* 30, no. 2 (2004).
- Greenberg, J. A. (2002). "Definitional Dilemmas: Male or Female? Black or White? The Law's Failure to Recognize Intersexuals and Multiracials" en *Gender Nonconformity, Race, and Sexuality. Charting the Connections*. Toni Lester (ed.). Madison, University of Wisconsin Press.
- Gross, D. R., & Underwood, B. A. (1971). Technological Change and Caloric Costs: Sisal Agriculture in Northeastern Brazil. *American Anthropologist*, 73(3), 725-740.
- Gudynas, E y Acosta, A. (2011). "El buen vivir o la disolución de la idea del progreso". En M. Rojas (coordinador), *La medición del progreso y del bienestar - Propuestas desde América Latina. Forum for scientific and technological consultation in Mexico*.
- Guillén, A. (2007). *Mito y realidad de la globalización neoliberal*. Universidad Autónoma Metropolitana; Miguel Ángel Porrúa.
- Guzmán González, R. (2009). "La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud". *Medicina Social* 4, no. 2 (2009): 135-143.
- Hammarström, A. , Elwér, S., Harryson, L., y Bolin, M. (2013). Evidence for age-dependent in vivo conformational rearrangement within A β amyloid deposits. *ACS chemical biology*, 8(6), 1128-1133
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social science & medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Harlow SD, Cerón-Mireles P, Sánchez-Carrillo CI. (1994). Methodological problems for studying the health of domestic workers. *Salud Publica Mex* 1994; 36: 420-42
- Heller A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Ed. Península, Barcelona.
- Hernández, M., & Torres-Tovar, M. (2010). Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social*, 5(4), 241-245.
- Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 144-154.
- Herrero, M.D. (2011). El empleo doméstico ¿de madres a hijas? Un estudio de caso de dos generaciones. *La Aljaba Segunda Época*, XV, 189-204.

- Hochschild, A. R. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. In *En el límite: La vida en el capitalismo global* (pp. 187-208). Tusquets Editores.
- Holzmann, R. y Jørgensen, S. (2001). "Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond." *International Tax and Public Finance* 8.4 (2001): 529-556.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Rev. Panam. Salud Pública* 17.3 (2005): 210-220.
- Horkheimer, M. (2000). *Teoría tradicional y teoría crítica*. Barcelona: Paidós.
- Houtart, F. (2011) "El concepto de Sumak kawsay (buen vivir) y su correspondencia con el bien común de la humanidad". *Revista de Filosofía* 69, no. 3 (2011).
- Hsiao W. C. y Shaw, P. (2007). *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. Washington DC.
- Huertas, B. F. (2006). "Planificar para gobernar: el método PES, entrevista a Carlos Matus". Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza.
- Hunt K. y Annandale E. (1993). Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology Health Illness* 1993; 15: 632-664
- IDOPPRIL. (2020). Boletín 85. | Año 13 | Mayo-Julio | Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales, Santo Domingo, República Dominicana.
- Informe Beveridge. (1942). Social Insurance and Allied Services ("Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan"). http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf
- Iriart, C., Merhy, E., y Waitzkin, H. (2000). "La atención gerenciada en América Latina". *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Emerson Merhy, E. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos". *Revista Panamericana Salud Pública* 12, no. 2 (2002): 128-136.
- Jelin, E. (1998). Pan y afectos. *La transformación de las familias*.
- Jelin, E. (2007). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. En: *Familia y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros-LC/G. 2345-P-2007-p. 93-123*
- Juárez, G. F. (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Univ de Castilla La Mancha.
- Kaplan, J. (1976). *Medicina del trabajo*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires. 1976, p. 337.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. En Dorlin, D. (Ed.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, PUF, París (2009), pp. 111-126
- Kitzinger J. (1995). "Qualitative Research: Introducing focus groups", *BMJ*, vol. 311, no. pp. 299-302.
- Knaul, FM., Arreola-Ornelas, H., y Méndez, O. (2005). "Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004". *Salud Pública de México* 47.6 (2005): 430-439.

Kutzin J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organization* 2013; 91: 602–11.

Kuznesof, E. (1993). Historia del servicio doméstico en la América hispana (1492-1980). *Muchacha, cachifa, criada, empleada, empregadinha, sirvienta y más nada. Trabajadoras del hogar en América Latina y el Caribe*, 25-40.

Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79.

Laurell, A.C. (1995). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. In *Estado e políticas sociais no neoliberalismo* (pp. 244-244).

Laurell, A.C y Ronquillo, J.H. (2010). “La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios”. *Revista Salud Colectiva* vol.6 no.2 mayo/ago.

Laurell, A.C. (2012). “Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México” - Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza / Serie documentos breves, diciembre 2012.

Laurell, A.C., Noriega, M., López, O., Ríos, V. (1990). “La experiencia obrera como fuente de conocimiento”. *Cuadernos Médico-Sociales*, N2 51,1990, pp. 5-2.

Laurell, A.C.; Noriega, M.; Lira, R.; Villegas, J. et al. (1990). *Programa simplificado de trabajo y salud (PSTS)*, paquete para microcomputadores, México, UAM-X.

Laurell, AC., Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica*, México, ERA, 1989, pp. 65-69.

Lautier, B. (2002), Femmes en domesticité. Les domestiques du Sud, au Nord et au Sud, *Revue Tiers Monde* n° 170, abril-junio, IEDES, París.

Lautier, B. (2003), “Las empleadas domésticas latinoamericanas y la sociología del trabajo: algunas observaciones acerca del caso brasileño”, *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, nro. 4, oct-dic (pp. 789-814), México.

Leavell, HR y Clark, EG (1958). Medicina preventiva para el médico de su comunidad. Un enfoque epidemiológico. *Medicina preventiva para el médico de su comunidad. Un enfoque epidemiológico*.

Lee WR. (1964). Robert Baker: the first doctor in the factory department. Part I. 1803- 1858. *British Journal of Industrial Medicine* [Internet] 21:85-93.

León, M. (1991). Estrategias para entender y transformar las relaciones entre trabajo doméstico y servicio doméstico. En *Género, clase y raza en América Latina*, ed. Lola Luna, 25-61. Barcelona: Universidad de Barcelona.

León, M. (1993). Trabajo doméstico y servicio doméstico en Colombia. *Chaney, E. y García Castro, M.(comp.) Muchacha, cachifa, criada empleada, empregadinha, sirvienta y... más nada. Trabajadoras del hogar en América Latina y el Caribe. Venezuela: Editorial Nueva sociedad*.

León, M. (2013). Proyecto de Investigación-acción: trabajo doméstico y servicio doméstico en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, (45), 198-211.

Ley 123-15 del Congreso de la República Dominicana. (2015). Servicio Nacional de Salud. (Ley 123-15) y normas complementarias. Recuperado en: https://srseste.gob.do/transparencia/wpfd_file/ley-123-15-que-crea-el-servicio-nacional-de-salud-sns/

- Londoño, J. L., y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Lugones, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *RIFP*, 25 (2005), pp. 61-75.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, (09), 73-101.
- Lugones, M. (2012). Interseccionalidad y feminismo decolonial. *Lugares descoloniales, Espacios de intervención en las Américas*.
- Lugones, M. (2014). Colonialidad y Género. *Coloniality and Gender. y. Espinosa*.
- Maldonado-Torres, N. (2008). La descolonización y el giro decolonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.
- Malgesini, G., & Giménez, C. (2000). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Martínez Galiano, J. M., Molina García, L., & Molina García, G. (2012). Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. *Metas de enfermería*, 15(2), 59-65.
- Marx C. (1982). El Capital. Capítulo V, México: Siglo XXI.
- Marx, C. (1975). *El capital*, México, Siglo XXI, 1975, tomo 1, capítulo 5.
- Matamala, M. (2003). Cuerpo/sexualidad: discursos y realidad cotidiana. En Valdéz y Guajardo (Eds.) *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile* (pp.135-146). Santiago de Chile: FLACSO, Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana; Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.
- Matus C. (1980) *Planificación de Situaciones*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Medina, D. (2015). Discurso de Rendición de Cuentas del Presidente Danilo Medina ante la Asamblea Nacional 2015. República Dominicana. Consultado en <http://eldia.com.dodiscurso-de-rendicion-de-cuentas-del-presidente-danilomedina-27-de-febrero-2015/>
- Mendoza, B. (2010). La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano. Y. Espinosa Miñoso (Ed.), *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano*, En la Frontera, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2002). "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. XVI(46):37-67.
- Menéndez E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 1(1)9-32.
- Menéndez, E. (1990). "El modelo médico hegemónico". *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica* (1990): 83-117.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (No. 614). Lugar.

- Menéndez, E., y Spinelli, H. (2006). *Participación social, ¿Para qué?*. Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- Merhy EE. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mesa-Lago, Carmelo. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL, 2005.
- Mesa-Lago, Carmelo. *Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas*. CEPAL, 2009.
- Messing K. (1997). "Buscando el rastro de lo invisible: indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres", *Vivir con salud haciendo visibles las diferencias*. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Barcelona.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses: la science est-elle aveugle?*. Éditions du remue-ménage.
- Minayo MCS. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo, SP; Rio de Janeiro, RJ(BR): Hucitec/Abrasco.
- Minayo, MCS. (2010). "Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa". *Revista Salud Colectiva*. 2010; 6(3):251-261.
- Ministerio de Industria, Comercio y Mipymes. (2020). *Boletín #18 Salarios y Mipymes*. Marzo 2020.
- Miñoso Espinosa, Y., Correal, D. G., & Muñoz, K. O. (Eds.). (2014). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Universidad del Cauca.
- Mkandawire-Valhmu L. (2010). "Suffering in Thought": An Analysis of the Mental Health Needs of Female Domestic Workers Living with Violence in Malawi. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2010 Feb [acceso 2018 Mar 22];31(2):112-8.
- Mohanty, C. (1991). *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and colonial discourses*. C. Mohanty, A. Russo, L. Torres (Eds.), *Third World Women and the Politics of Feminism*, Indiana University Press, Indianapolis (1991), pp. 51-80.
- Mohammed, P. (1993). *Trabajadoras domésticas en el Caribe*. Chaney, Elsa y García Castro, Mary (editoras). *Muchacha, cachifa, criada, empleada, empregadinha, sirvienta y nada más. Trabajadoras del hogar en América Latina y el Caribe*. Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.
- Montalvo, J. F., & Piñol, E. (2000). *Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5(3), 207-222.
- Montesó, P. (2014). *La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres*. Comunitaria. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 8.
- Morín E. (1996). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996. p.336.
- Navarro, V. (1998). *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. Ariel.
- Neffa, J. C. (1999). *Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate*. *Orientación y sociedad*, (1), 127-162.
- Noriega, M. (1989). "¿Qué es la Salud en el Trabajo?", *Manual para Trabajadores- México*, SITUAM.
- Oddone, I. (1977). *et al., Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio*, Roma, Editrice Sindacale Italiana.

- Oficina Nacional de Estadísticas. *IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de RD* Disponible en: <http://censo2010.one.gob.do/>
- Oficina Nacional de Estadísticas-ONE. (2009). *Trabajo doméstico remunerado en la República Dominicana*, Panorama Estadístico, Año No.2, #9, Boletín mensual, Septiembre, Santo Domingo.
- OIT (2016) Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe. Ginebra
- OIT (2019) Panorama Laboral 2019. Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la OIT. Lima.
- ONU-Naciones Unidas. (1949). – Declaración Universal de los Derechos Humanos - <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2001). *“Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia”*, Durban.
- OIT. Organización Internacional del Trabajo. (2010). Un trabajo decente para las trabajadoras domésticas remuneradas del continente. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@srosantiago/documents/publication/wcms_178173.pdf
- OIT-Organización Internacional del Trabajo. (2013). Manual de buenas prácticas. Trabajadoras y empleadoras de servicio doméstico. Santiago, Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de: http://www.iLO.org/wcmsp5/groups/Santiago/documents/publication/wcms_219955.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). http://who.int/mediacentre/events/meetings/2013/universal_health_coverage/es/index.html
- OMS. (2000). ¿Qué es un Sistema de Salud?. Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Organización Panamericana de la Salud(OPS-OMS). (2014). CD53/5, Rev. 2. Octubre. Recuperado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27632&Itemid=270&lang=es
- Oyewumi, O. (1997). *The Invention of Women. Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Patton MQ 1990, “Qualitative analysis and interpretation,” in *Qualitative Evaluation and Research methods*, Second Edition edn, Sage Publication, London New Delhi, pp. 371-436.
- Pereyra, F. (2012). La regulación laboral de las trabajadoras domésticas en Argentina: situación actual y perspectivas. *Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelín, Elizabeth, Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado, Buenos Aires: IDES–UNICEF–UNPFA.*
- Pereyra, F., y Tizziani, A. (2014). Experiencias y condiciones de trabajo diferenciadas en el servicio doméstico. Hacia una caracterización de la segmentación laboral del sector en la ciudad de Buenos Aires. *Trabajo y sociedad*, (23), 5-25.
- Portugal, A.M. y Matamala, Ml. (1993). “Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década”. En *OPS. Publicación Científica*, no. 541 (1993):292-304. Organización Panamericana de la Salud.
- Poulantzas, N. A. (1982). *Hegemonía y dominación en el Estado moderno*. Ediciones Pasado y Presente.
- Quijano, A. (1999). “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina”. *Dispositivo* (1999): 137-148.

- Quijano, A. (2000). "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina" en Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales. 201-246. CLACSO-UNESCO 2000, Buenos Aires.
- Ramírez, A. (2013). *Seguridad Social y Trabajo Doméstico en la República Dominicana*. Centro de Estudios de Género-INTEC, Santo Domingo, República Dominicana
- Rifkin J. (2002). El fin del trabajo: Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Buenos Aires: Paidós. Ritzer G. (2002). La Mac Donalización de la Sociedad. Barcelona: Ariel.
- Riihimaki H. (1995). Back and kimb disorders. En: Mc Donald CD. Ed. *Epidemiology of work related diseases*. London: BMJ; 1995.p.207-38.
- Ris, CH. y Preuss, RW. (1998). Risk Assessment and risk management: a process, in: Mehlalman, M.A., *Risk Assessment and Risk Management of Industrial and Eni'ironmental Chemicals*, New Jersey, Princeton Scientific Pub., 1988, pp. 1-21.
- Rivera Cusicanqui, S. (1993). «La raíz: colonizadores y colonizados», en Xavier Albó y Raúl Barrios (coords.), *Violencias encubiertas en Bolivia*. La Paz, CIPCA – ARUWIYIRI.
- Rodgers, J. (2009). Cambios en el servicio doméstico en América Latina. *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, 71-114.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Roth, J. (2013). Entangled Inequalities as Intersectionalities Towards an Epistemic Sensibilization. Working Paper Series No. 43 (2013).
- Rovere, M. (1998). Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. In *Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad* (pp. 174-174).
- Sader, E. (2011). Pensamiento crítico e hegemonía alternativa. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*, 13.
- Salem, S. (2014). Feminismo islámico, interseccionalidad y decolonialidad. *Tabula rasa*, (21), 111-122.
- Samaja, J. (1979). "Lógica, biología, sociología y médicas". *Rev. Centroamericana de Salud* 6-12 (1976-1979).
- Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.
- San Martín, H., & Pastor y Aldeguer, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*, Madrid, Mc.
- Santos, B.S.S. (2010). *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, 2010.
- Santos, B.S.S. (2011). Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, 16(54), 17-39.
- Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de sueños.
- Sigerist, H. (2007). Bases históricas de las enfermedades industriales y ocupacionales. En: G. Molina (Ed). *Historia y sociología de la medicina: selecciones* (pp.99-110). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública.

- Sousa Campos, G. W. (2001). Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. *Gestión en Salud*.
- Sullerot, E. (1988). Historia y Sociología del Trabajo Femenino. Barcelona, Ediciones Península, 1988 (2a ed.), pp.19.
- Tajer, D., Russo, A. L., Reid, G., Gaba, M., Attardo, C., Zamar, A., & Bustamante, L. O. (2007). "Ruta Crítica" de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 14, 251-258.
- Tambellini, A.T. (1987). A contribuição dos estudos sobre as relações trabalho- saúde para o entendimento da "determinação social das condições de saúde/ doença nas comunidades". Rio de Janeiro.
- Taylor, F. W. y Fayol, H. (1981). *Principios de la administración científica*. El Ateneo, 1981.
- Testa, M. (2004). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.
- Testa, T. (1997). *Saber en salud: la construcción del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tetelboin C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973-1990. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Theotonio, D. S. (2003). La Teoría de la Dependencia. Balance y perspectivas.
- Tognoni, G. (Ed.). (1997). *Manual de epidemiología comunitaria*. Cecomet.
- Tolhurst, R., Leach, B., Price, J., Robinson, J., Ettore, E., Scott-Samuel, A., y Theobald, S. (2012). Interseccionalidad y transversalidad de género en la salud internacional: Uso de un proceso de investigación-acción participativa feminista para analizar voces y debates del sur y norte global. *Ciencias sociales y medicina*, 74 (11), 1825-1832.
- Tovar, M. T. (2018). El fracaso de la protección a la salud en el mundo del trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 26(2), 162-166.
- Trujillo, G. (2015). Pensar desde otro lugar, pensar lo impensable: hacia una pedagogía queer. *Educação e pesquisa*, 41, 1527-1540.
- Ugalde, A. (1998). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. *Carta med. AIS Bolív*, 42-9.
- Urquía M. (2006). Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa.
- Viveros Vigoya, M. (2002). De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia CES, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Ford, Profamilia, Bogotá.
- Viveros, M. (2008). Más que una cuestión de piel. Determinantes sociales y orientaciones subjetivas en los encuentros y desencuentros heterosexuales entre mujeres y hombres negros y no negros en Bogotá. P. Wade, F. Urrea, & M. Viveros, *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, 247-279.
- Viveros Vigoya, M. (2015). L'intersectionnalité au prisme du féminisme latino-américain. *Raisons Politiques. Les langages de l'Intersectionnalité*, 58 (2015), pp. 39-55
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.
- Valenzuela, ME. (2012). Situación del trabajo doméstico remunerado en América Latina. Ginebra: OIT; 2012.

Vázquez, M. L., Ferreira, M., Mogollón, A., Fernández, M., Delgado, M., y Vargas, I. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 19-51.

Velásquez, M. Y. C., Guerrero, J. F. R., Pérez, L. G. R., & Bonilla, N. J. V. (2015). Conductas auto-protectoras en trabajadoras del servicio doméstico remunerado. *Cultura del cuidado*, 12(2), 69-78.

Wade, P. (2009). *Race and Sex in Latin America*. Pluto Press, Londres.

Walsh, C. (2006). "Interculturalidad y (de)colonialidad: diferencia y nación de otro modo". *14 Conferencia Internacional Desarrollo e Interculturalidad, Imaginario y Diferencia: la Nación en el Mundo Andino*. Quito, Río de Janeiro: *Academia de la Latinidad*. 2006.

Walsh, C. (2008). "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado". *Tabula rasa* 9 (2008): 131-152.

Weber, M. (2015). Bureaucracy. In *Working in America* (pp. 29-34). Routledge.

Wooding, B. y Sangro, A. (2011). *La presencia de las mujeres migrantes haitianas en el trabajo doméstico en la República Dominicana*. FLACSO/MEPyD, Santo Domingo, República Dominicana.

Zapata Galindo, M. (2011). El paradigma de la interseccionalidad en América Latina. Ponencia leída en el Lateinamerika-Institut, Freie Universität Berlin, November 17, notes taken by Julia Roth.

Zaldúa, G., Loideu, M. T., Bottinelli, M., & Pawlowicz, M. P. (2010). 1.1. Cuestiones desde la Epidemiología Crítica: Trabajo y Salud. *En Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.

Este libro se terminó de imprimir en los talleres gráficos
de Editora Búho, S.R.L. en noviembre de 2021.
Santo Domingo, República Dominicana.



CON EL APOYO DE



GRUPO DE TRABAJO
SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA



ASOCIACIÓN DE TRABAJADORAS DEL HOGAR, INC.



OXFAM

ISBN: 978-9945-509-10-6



9 789945 509106