

La formalización del trabajo doméstico remunerado en Uruguay y Argentina: aprendizajes y desafíos para la salud pública

The formalization of paid domestic work in Uruguay and Argentina: lessons and challenges to public health

Rocío González-Francese^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0249-0878>
E-mail: gonzalezfrancese@yahoo.com.ar

Lorena Funcasta^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9852-8548>
E-mail: lfuncasta@psico.edu.uy

Karina Boggio^b

 <https://orcid.org/0000-0002-4504-0669>
E-mail: kariboggio@psico.edu.uy

Marcelo Amable^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4802-5234>
E-mail: maramable@undav.edu.ar

^aUniversidad Nacional de Avellaneda. Departamento de Ciencias Ambientales. Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral. Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

^bUniversidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.

Resumen

En América Latina, el 15% de las mujeres son trabajadoras domésticas remuneradas. Esta ocupación se realiza casi en el 80% de los casos bajo la informalidad, por lo que se trata de una ocupación sin protección social ni derechos laborales. A su vez, la salud de las trabajadoras domésticas debe considerarse, al menos, bajo una triple determinación: la precarización del empleo, las desigualdades de clase social, y las de género. Es importante generar marcos normativos que reduzcan las desigualdades en salud de los/as trabajadores/as precarios/as, en este sentido, Argentina y Uruguay promovieron la promulgación de leyes laborales sobre trabajo doméstico remunerado. En el presente artículo se describen las experiencias entre ambos países sobre los alcances e impactos en la salud del proceso de regularización de este empleo. Sin embargo, se observa un impacto limitado de la formalización del empleo en el trabajo doméstico remunerado, con dificultades para aplicar el modelo de protección del trabajo asalariado tradicional. La legitimación de los derechos también puede llevar a la salud pública y a la salud de los/as trabajadores/as hacia nuevos desafíos y tensiones, que se agravan en el contexto de la pandemia por covid-19.

Palabras clave: Mujeres Trabajadoras; Trabajo Doméstico Remunerado; Empleo Informal; Salud Pública; Salud Laboral.

Correspondencia

Rocío González-Francese
Mario Bravo, 1460, Piñeyro. Ciudad de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina. CP 1870.

Abstract

In Latin America, 15% of women are paid domestic workers. Being a job without social security or labor rights, almost 80% of this work is done informally. In this sense, the health of these domestic workers should be considered at least under three aspects: precarization of work, social inequality, and gender inequality. Before the need for regulatory frameworks aimed at reducing health inequalities among informal workers, Argentina and Uruguay promoted the enactment of labor laws regarding paid domestic work. This study describes the experiences of both countries, considering the scope and impact of this formalization process on health. The results indicate that formalizing paid domestic work had but a limited impact, with difficulties in applying the traditional model of paid work protection. This legitimization of labor rights may also pose more challenges and tensions for public health and occupational health, which are worsened in the context of the covid-19 pandemic.

Keywords: Working Women; Paid Domestic Work; Informal Workers; Public Health; Occupational Health.

Introducción

En América Latina hay 130 millones de trabajadores que tienen empleos informales. Más de la mitad son ocupados por mujeres (54,3%); además, se estima que el 15,3% de las mujeres de la región se desempeñan como trabajadoras domésticas, una ocupación desarrollada en un 95% por mujeres¹ con una informalidad del 79% (OIT, 2018). Así, el trabajo doméstico posee un interés social relevante en la región por el volumen de empleo que genera y, en particular, para el conjunto de mujeres del ámbito urbano para quienes constituye su principal inserción ocupacional. Sin embargo, y hasta la actualidad, se trata de una inclusión que carece de protección social y derechos laborales, que agrava la situación socioeconómica ya fragilizada de muchas mujeres. La salud de las trabajadoras domésticas debe considerarse, al menos, bajo una triple determinación: la precarización del empleo, las desigualdades de clase social, y las de género.

Con la pandemia del nuevo coronavirus, se hizo más evidente el valor de este trabajo. El trabajo doméstico hunde sus raíces en la historia de la esclavitud, el colonialismo y otras formas de servidumbre, a su vez el capitalismo depende de él para su existencia. La mujer siempre ha sido asociada a las tareas del cuidado doméstico provenientes de la esfera privada como la crianza de sus hijos/as, adultos mayores y las tareas del hogar. Tradicionalmente la capacidad de cuidado se ha entendido más que como un “saber hacer”, como un “don natural” que deberían tener las mujeres. Precisamente la categoría de cuidado nos permite cuestionarnos esta concepción tradicional que se tiene del proceso de trabajo y valorizar esta categoría históricamente invisibilizada. La división sexual del trabajo y la desvalorización que tiene el trabajo de las mujeres por la desvalorización que tiene a su vez el cuidado repercuten en las malas condiciones laborales del sector (González Francese; Reif, 2018), por ejemplo el hecho de ser una actividad marcada por los bajos salarios, la inestabilidad y la informalidad laboral.

1 Por este motivo, de aquí en adelante se hablará de trabajadoras.

En los últimos 13 años, Uruguay y Argentina promovieron la promulgación de leyes laborales sobre trabajo doméstico remunerado (TDR) dando lugar al inicio de un proceso de regularización hacia un avance en la disminución de brechas respecto a la inexistencia de derechos sociales y laborales de estas trabajadoras. Las condiciones de empleo devienen en determinantes sociales de la salud (Benach et al., 2007), por ello es importante generar marcos normativos que reduzcan las desigualdades en salud de los/as trabajadores/as precarizados/as (trabajo informal, temporal o *part-time*). En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han impulsado la formalización del trabajo, mediante iniciativas como el trabajo decente o políticas y programas de seguridad y salud en el trabajo de base (WHO, 2008). Incluso en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se explicitan objetivos (ODS 8, Meta 8.3) que generarán compromisos entre los gobiernos de la región para implementar políticas orientadas a la transición de la informalidad hacia la formalidad (PNUD, 2015). La salud pública, la cual y más allá de la evolución de su concepto busca identificar e intervenir sobre los problemas que afectan a la salud de las poblaciones (OMS, 1973), no puede estar ajena a estos esfuerzos.

Los problemas para la salud pública no siempre derivan de los procesos de vulnerabilidad social y/o laboral. La expansión de derechos también puede llevar a la salud pública y a la salud de los/as trabajadores/as hacia nuevos desafíos y tensiones. No obstante, las experiencias en Uruguay y Argentina muestran un impacto limitado sobre la formalización del empleo en el TDR. La salud de las trabajadoras, por lo tanto, se encuentra fragilizada por algunas dificultades en el proceso de regularización al aplicar un modelo de protección del trabajo asalariado tradicional en el ámbito privado de los hogares familiares.

Leyes para el trabajo doméstico remunerado en el Río de la Plata: el derecho a la salud conquistado

Para la promoción del “trabajo decente”, a nivel internacional y con el objetivo de procurar las

mejores condiciones de trabajo para las personas, la OIT promueve la creación del programa homónimo como elemento base para el fomento del bienestar general de las personas (OIT, 1999). En línea con ello y para las trabajadoras domésticas remuneradas específicamente, se estableció el Convenio n.º 189 (OIT, 2011a). Dicho convenio busca garantizar la protección laboral mínima para los trabajadores de este sector, considerando que esta ha sido una actividad tradicionalmente desprotegida, generalmente, realizada por mujeres, migrantes e informalizadas (OIT, 2011a). A su vez, en el mismo año se formula la Recomendación n.º 201, la cual aporta orientaciones a fin de efectivizar el cumplimiento del Convenio n.º 189 (OIT, 2011b). Ambos documentos proponen incluir a estas trabajadoras en un sistema de derechos y obligaciones laborales, equiparándolos con los trabajadores formales en cuanto al respeto de la privacidad, salarios, horarios, residencia en el hogar donde trabajan, promoción de un entorno de trabajo seguro y saludable, seguridad social, libertad sindical, entre otros aspectos (OIT, 2011a, 2011b).

En el Río de la Plata se consolidaron durante la primer década del siglo XXI gobiernos que cambiaron el paradigma de relaciones y derechos laborales existente, y pusieron en marcha políticas de protección del empleo y mejora de ingresos en los asalariados. No fue extraño que en Uruguay se procurara un avance de derechos para las trabajadoras domésticas remuneradas a partir de la formulación de la Ley n.º 18.065 del año 2006: “Trabajo doméstico. Normas para su regulación” (de ahora en más, LTD-UY) (Uruguay, 2006) y que en Argentina, sucediera lo propio con la ley n.º 26.844 en el 2013: “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares” (de ahora en más, LPCP-AR) (InfoLEG, 2013). Asimismo, a la luz del escenario internacional, Uruguay ratificó en el año 2012 y Argentina en el año 2014, el Convenio n.º 189 de la OIT sobre Trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras domésticas (OIT, 2011a).

En Uruguay (2006) la LTD-UY define al trabajo doméstico remunerado como aquel “... que presta, en relación de dependencia, una persona a otras, o a una o más familias, con el objetivo de consagrarles sus cuidados y su trabajo en el hogar, en tareas vinculadas a éste, sin que dichas tareas puedan representar para

el empleador una ganancia directa”. Estas tareas se establecen y llevan a cabo de forma habitual en un hogar diferente al del trabajador, están relacionadas con la vida interna de la familia del hogar para el cual trabajan pero no implican una ganancia económica directa para quien los contrata (Loustaunau, 2013). A su vez, en la Argentina (InfoLEG, 2013), la LPCP-AR considera al trabajo doméstico remunerado como “toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar”. Se entiende como tales también a la asistencia personal y acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad (Argentina, 2013). En ambos casos, el contrato de TDR es toda relación laboral que se presta en las casas particulares o en el ámbito de la vida familiar y que no implique para el empleador lucro o beneficio económico directo, cualquiera fuere la cantidad de horas diarias o de jornadas semanales en que sean ocupados para tales labores. Por lo tanto, el objeto de aplicación de la ley es exactamente el mismo, lo que hace comparable ambos procesos de protección social.

Si bien desde 1942 Uruguay incorpora a sus trabajadoras domésticas a la seguridad social, y en Argentina existía un estatuto especial vigente desde el año 1956 (derogado con la LPCP-AR), es a partir de la aprobación de las leyes específicas para el sector que se busca equiparar los derechos laborales de dichas trabajadoras con los del resto de trabajadores/as asalariados. Ambas leyes establecen la protección y regulación de los siguientes aspectos laborales: la duración de la jornada laboral y los descansos en y entre las mismas, períodos vacacionales, características salariales de la remuneración, indemnizaciones por despido, subsidios por desempleo, jubilaciones, cobertura de salud por enfermedad común, y prestaciones ante accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. A su vez, ambas leyes contemplan especificaciones para la situación laboral de las trabajadoras sin retiro. Por último, establecen los mecanismos para la vigilancia en el cumplimiento y aplicación de la normativa del derecho del trabajo, así como los organismos encargados de su regulación.

Se podría decir que, de forma general, los enunciados de ambas leyes suponen conquistas en materia de derechos laborales adquiridos a partir de la regularización del sector. Entre estos es posible identificar algunos que apuntan de forma directa o indirecta a la adquisición de derechos en salud para estas trabajadoras. En esta línea, las leyes mencionadas definen, por un lado, las licencias e indemnizaciones por embarazo y maternidad (protección ante el despido en estado de gravidez), y licencia por enfermedad, entre otras. Al igual que la regulación de las condiciones de empleo en materia de duración y descansos de la jornada laboral, implicó para estas trabajadoras una equiparación con trabajadores y trabajadoras de otras ocupaciones. Se considera que el control sobre estos aspectos también incide sobre la salud de las mismas a partir de limitar el tiempo de trabajo y descanso durante su jornada laboral. Asimismo, la cobertura ante accidentes o enfermedades laborales reproduce el modelo general de trabajadores formales sin que existan avances significativos en la regulación de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

En cualquier caso, un punto crítico para la aplicación del modelo tradicional en el TDR es la implementación de la inspección de trabajo y fiscalización del cumplimiento de la normativa. En Uruguay se realizan inspecciones donde, ante la presunción de incumplimiento de la ley laboral o del seguro social, el tribunal de primera instancia emite una orden y se le debe enviar un informe en un lapso de 48 horas. Sin embargo, la constitución uruguaya considera al hogar como un “sagrado inviolable” lo cual dificulta el acceso a este espacio de trabajo. A su vez, la Inspección General del Trabajo y de la Seguridad Social de este país ha creado una división especial encargada de controlar el cumplimiento de las disposiciones relativas al sector. En el caso de Argentina, existe un Tribunal de trabajo para el personal de casas particulares en el que se realizan audiencias y acuerdos espontáneos que funciona para el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y para el resto del país se realizan en cada delegación de los ministerios de trabajo, empleo y seguridad social de cada provincia. En definitiva, ambas experiencias muestran la dificultad de equiparar las categorías de empleador/a y empleada

a las concebidas desde el trabajo tradicional, lo cual dificulta el cumplimiento y control de la normativa. Por un lado, en relación al empleador, la equiparación del hogar de las personas, ámbito exclusivamente privado, a los centros de trabajo, donde prima la responsabilidad social de las empresas, parece ser un problema jurídico que resolver. Por el otro lado, preservar el anonimato de la denuncia y la protección de las trabajadoras ante eventuales represalias es imposible en un vínculo laboral individualizado.

La situación de las trabajadoras domésticas remuneradas rioplatense: la precariedad laboral y la salud fragilizada

El empleo de trabajadores/as en casas particulares, históricamente, se ha caracterizado por ser un trabajo fuertemente marcado por una alta feminización, baja remuneración, inestabilidad y una extendida informalidad. El alto incumplimiento de la norma laboral encuentra algunas explicaciones en las características del propio proceso de trabajo doméstico y otras en los contextos y formas socioculturales en los que se lleva a cabo. Por ejemplo, no se les reconoce su situación de trabajadoras; no se informa sobre su existencia en los registros oficiales; en ocasiones, las tareas que realizan y que corresponden en realidad a otras ocupaciones -pasear perros, jardinería/limpieza exterior, etc.- generan una dificultad para clasificarlas como trabajadoras domésticas; muchas veces existen trabajadoras migrantes sin regularización adecuada o completa; trabajan por día, a demanda y/o esporádicamente; se las tiende a considerar como trabajadoras por cuenta propia, etc. (Valenzuela; Sjoberg, 2012). A su vez, algunas características de la organización del trabajo propias del proceso de trabajo (desempeño aislado y solitario, órdenes y tareas arbitrariamente definidas, baja prescripción, resultados inciertos, etc.), junto a una alta vulneración de los derechos de dichas trabajadoras a partir de que el trabajo se realiza en el entorno privado de los hogares (Batthyány, 2012), hacen que la agremiación y organización colectiva de las trabajadoras sea muy difícil.

La producción de información y datos estadísticos del TDR es poca. La búsqueda bibliográfica y la revisión de las fuentes de información disponibles en ambos países no permiten realizar estudios comparativos debido a la falta de sistematicidad temporal, homogeneización de definiciones y homologación de indicadores. En consecuencia, a continuación, utilizando los mejores datos secundarios disponibles en cada país, exploraremos los resultados de la regulación según algunas grandes categorías conceptuales de ampliación de derechos laborales.

Aunque el proceso de formalización en ambos países generó una sistematización del sistema de información junto al resto de trabajadores y nuevos indicadores en este grupo de trabajadoras, continúa existiendo una importante proporción de ellos que deben conocerse indirectamente por medio de sistemas generales de información estadística. Por todo ello, se deben tomar los datos existentes sobre el sector con cierta cautela debido a una subestimación de los mismos. A continuación, se resumen algunos parámetros comparativos entre ambos países sobre los alcances e impactos en la salud del proceso de regularización del empleo.

En primer lugar, respecto a la formalización del empleo y los aportes a la seguridad social, los alcances son limitados en ambos países. En Uruguay se observa una evolución en cuanto a los puestos cotizantes superiores en el sector (19%) respecto al total (11%) entre 2010 y 2014 en todos los departamentos del país (Bene, 2015), además se constata una evasión que contribuye a la precariedad laboral de estas trabajadoras, pues si bien en el total de la población trabajadora se redujo, la evasión en el sector doméstico es el más alto -desde el 2012 al 2018 51,7% y 34,4%, respectivamente, en relación al 19,4% y el 16,1% en los totales- (AGSS, 2019). Por su parte, en la Argentina, según datos arrojados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en relación al mercado laboral, en el segundo trimestre de 2015 la tasa de empleo no registrado observando la rama de actividad del trabajo doméstico representa un 79,3% de los trabajadores. La incorporación al Sistema de Riesgos del Trabajo de los trabajadores de casas particulares a partir de los dos últimos meses de 2014 ha ido en aumento hasta consolidarse en el año

2019: se encuentran afiliadas por sus empleadores/as 615.409 trabajadoras en casas particulares, lo que representa un 5% del total de trabajadores cubiertos por este sistema, aunque se estima que el trabajo doméstico corresponde al 17% de las mujeres asalariadas (OIT, 2019).

En segundo lugar, el acceso a la previsión social y la legalización de los aportes jubilatorios es un aspecto propio de la formalización. En ambos países se realizaron esfuerzos por ampliar las coberturas previsionales. Uruguay fue el primer país en tomar medidas para el aseguramiento acorde a las características específicas de este trabajo. La propuesta uruguaya permite la afiliación al Banco de Previsión Social (BPS), aunque no se trabaje jornada completa, y pueden afiliarse las trabajadoras que completen al menos 13 jornales o 104 horas de trabajo al mes. Paralelamente, se han incrementado las prestaciones por jubilación del sector (26,8%), así como las pensiones (10,7%) respecto a otros sectores (rural, escolar, civil, industria y comercio) entre el 2009 y 2014 (Gallo; Santos, 2015) con la variación acumulada más alta (35,6%) también en la comparación con otros sectores -por ejemplo, industria y comercio el cual le sigue en porcentaje con un 26,3%- (AGSS, 2019). En una década, desde la aprobación de la LTD-UY en 2006 hasta 2016, el aseguramiento de las TDR ha aumentado de manera significativa, pasando del 33% al 52%. De esta forma, Uruguay es el país de la región que ha logrado pasar el umbral del 50% (OIT, 2018). En la misma línea de habilitar modalidades de aseguramiento flexibles, Argentina ha logrado concretar una propuesta en 2013 con una estrategia incremental, mediante la cual se acumulan diferentes acciones durante más de una década. En el año 2000 la cobertura jubilatoria con contribuciones obligatorias era para quienes trabajaban 6 horas y más. Sin embargo, fue una reforma parcial, ya que las sumas fijas establecidas para quienes trabajaban entre 6 y 15 horas estaban por debajo del mínimo requerido para acceder a las prestaciones de salud y seguridad social. Posteriormente, en 2005 y 2008 se establecieron beneficios fiscales para promover el aseguramiento hasta que finalmente en 2013, con la aprobación de la LPCP-AR, se reafirmó la inclusión de este sector en el Régimen Especial de Seguridad

Social y se extendió su cobertura a todas las categorías del TDR sin importar el número de horas trabajadas. Justamente, el nuevo esquema prevé aportes diferenciados según la cantidad de horas de trabajo semanales. Si bien no se han alcanzado cifras como las de Uruguay, las diferentes iniciativas han logrado ir de a poco ampliando la afiliación de las trabajadoras domésticas a la seguridad social.

Un tercer parámetro para comparar es la cobertura asistencial a la salud. La formalización introduce a las trabajadoras domésticas en las prestaciones de la seguridad social aunque con resultados dispares entre países. En Uruguay, se observó una disminución en las trabajadoras domésticas remuneradas que se atienden en salud pública y una incorporación de quienes se atienden en el sistema de seguridad social (mutuales). No obstante, mientras que en el 2006, año de aprobación de la ley sobre trabajo doméstico, el 2,6% no tenía cobertura en salud, ese porcentaje aumentó hasta un 8,5% en el año 2014 (Uruguay, 2015). Por otra parte, en Argentina la información disponible es escasa y desactualizada. Al igual que en Uruguay hay un desplazamiento de trabajadoras con cobertura por el sistema público universal hacia el de la seguridad social (obras sociales). Sin embargo, parece ser de mucho menor impacto que en Uruguay. Por ejemplo, con los últimos datos disponibles de la autoridad reguladora de servicios sanitarios, en el año 2015 se registraron 199.775 trabajadoras afiliadas a la obra social de trabajadoras domésticas (Cetrángolo; Goldschmit, 2018); eso representa tan solo el 1,4% del total de trabajadores afiliados y el 43% de las trabajadoras domésticas registradas en el sistema de prevención de riesgos. Es decir, el 57% de las registradas con empleo formal no fueron incluidas en el sistema de cobertura de la seguridad social para la atención de su salud y la de sus familias.

Otro parámetro que podemos aplicar para comparar la situación entre países es la protección ante daños y contingencias en salud por motivos del trabajo. El Banco de Seguros del Estado (BSE) uruguayo, a través de su Monitor de accidentes de trabajo, que contabiliza accidentes de trabajo desde el año 2014, reporta una disminución de la accidentabilidad en el sector. En 2014 se reportaron 430 accidentes, 386 en 2015, 343 en

2016, 335 en 2017 y 350 en 2018 (BSE, 2019). Según la misma fuente, el tipo de accidente más frecuente en el sector son las caídas.

En el caso de Argentina, según el informe de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo durante el año 2017 los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes *in itinere* y reingresos de trabajadoras de casas particulares representaron un 1,66% del total de casos notificados. De los cuales corresponden a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales un 0,87% a trabajadoras particulares. Para el mismo año, se registraron 10 fallecimientos en casas particulares, de un total de 743 trabajadores fallecidos (en unidades productivas y en casas particulares) (Argentina, 2017).

En Uruguay las trabajadoras domésticas remuneradas trabajan un promedio de 16 horas semanales al 2018 (AGSS, 2019), con una mayor cantidad de horas para quienes cuidan enfermos y menor para las cuidadoras de niños (máximo 30 horas semanales). Respecto a la composición del empleo, en 2018, un 69,9% trabajan como trabajadoras domésticas (vinculadas a la limpieza y tareas del hogar), un 17,5% como cuidadoras de niños y un 12,6% como cuidadoras de enfermos (AGSS, 2019). Las limpiadoras son las que poseen mayor cantidad de trabajos (Gallo; Santos, 2015; Uruguay, 2012). En cuanto a los hogares contratantes en el país, un 8,7% cuenta con trabajadoras domésticas remuneradas, 3,1% con trabajadoras domésticas remuneradas sin retiro (AGSS, 2019) y, por último, en general son hogares en los que viven adultos mayores, niños o personas incapacitadas. Estos dos últimos aspectos señalan la importancia del rol del TDR para la conciliación trabajo-familia de los hogares a partir de posibilitar la participación de sus miembros en el mercado de trabajo (Gallo; Santos, 2015). De los datos existentes sobre la contratación de trabajadoras domésticas no se conoce la distribución por horas de acuerdo al tipo de tarea que realizan, ni si cumplen las tareas para las cuales fueron contratadas o si se les solicita otras también (por ejemplo, contratación para cuidados pero se les solicita también que realicen tareas de limpieza). Esto contribuye a una ambigüedad y sobrecarga que puede afectar el bienestar de las trabajadoras.

En lo que respecta a la LPCP-AR se ha definido para el personal con retiro la jornada de tiempo completo igual que para el resto de los trabajadores/as asalariados/as, es decir, 8 horas diarias o 48 horas semanales (sin superar las 9 horas de jornada diaria). En relación al descanso semanal se establecen 35 horas corridas a partir del sábado a las 13 horas. También se establece que en el caso del personal con retiro que se desempeña para un mismo empleador, entre el cese de una jornada y el comienzo de la otra, deberá mediar una pausa no inferior a 12 horas. Por su parte, para el personal que se desempeña bajo la modalidad sin retiro se establece el reposo diario nocturno de 9 horas consecutivas como mínimo, que “sólo podrá ser interrumpido por causas graves y/o urgentes que no admitan demora para su atención” (InfoLEG, 2013). Además, dicha ley dispone que, en los casos de interrupción del reposo diario, las horas de trabajo serán remuneradas con un recargo del cincuenta por ciento calculado sobre el salario habitual si se tratare de días comunes y del ciento por ciento en días sábados después de las 13 horas, en días domingo y feriados. A su vez, el personal sin retiro tiene permitido por ley un descanso diario de tres horas continuas entre las tareas matutinas y vespertinas, lapso dentro del cual quedará comprendido el tiempo necesario para el almuerzo. Por lo que vemos, se encuentra bastante detallado en lo que respecta al horario laboral, lo que sucede es que en la práctica es difícil de comprobar que sea efectivamente como la ley establece, sumado a que no existen inspecciones en Argentina que comprueben si se cumplen los horarios.

Acerca de la remuneración promedio de los puestos cotizantes dependientes de la actividad privada en el Uruguay, es posible visualizar una inferioridad constante del sueldo promedio anual del sector en comparación con el resto de los sectores y con el total. Así en 2006 el promedio salarial para el TDR era de 3.991 pesos uruguayos y, en 2018, 9.255 pesos en comparación con el total de 19.009 pesos y 31.698 pesos para esos años, respectivamente. No obstante, en ese período de tiempo el promedio salarial presenta un incremento acumulado del 67% en el total y del 132% en el sector (AGSS, 2019).

Según otros datos, solo un quinto de las trabajadoras domésticas remuneradas realizan

aportes a la Administradora de Fondos de Ahorro Previsional - AFAP- (Uruguay, 2015). De esta forma, si bien el sector cuenta con la mejora salarial mencionada previamente, dicho salario es aún muy bajo en comparación con el de otros sectores, pues para ingresar a las AFAP los trabajadores deben ubicarse en un determinado nivel de ingresos que se va ajustando por períodos. Así, más allá de los aumentos y ajustes mencionados, la calidad de vida de dichas trabajadoras se ve afectada a partir de obtener bajos ingresos. Un reflejo de esto son los datos acerca de la incidencia de la pobreza, la cual es mayor en aquellos hogares conformados por trabajadoras domésticas (10,7%) en comparación con el total de ocupados (6,3%) y el total de hogares (6,4%) (Batthyány, 2012; Gallo; Santos, 2015) dejando en evidencia que más allá de las mejoras para el sector a partir de la presencia de la ley, las mismas no logran equiparar los derechos de estas trabajadoras a los del resto de la población ocupada.

Alcanzar una remuneración justa para el trabajo doméstico es un punto pendiente en la mayoría de los países de América Latina. En varios países, a pesar de contemplar un salario mínimo para este trabajo, este está por debajo del salario mínimo general o de otros establecidos para actividades con las que podría ser equiparable. En algunos casos, además, el salario mínimo para el trabajo doméstico es el más bajo de la escala salarial.

Existe una marcada brecha de género entre asalariados registrados en lo que respecta a hombres y mujeres trabajadores/as, en el mes de junio de 2018 esta diferencia alcanzó el 19% (Argentina, 2017). La Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares (CNTCP) desde el año 2015 fija el salario mínimo por tipo, modalidad y categoría profesional. Aunque no se encuentra disponible la información salarial de las trabajadoras de casas particulares, si consideramos las remuneraciones mínimas estipuladas por ley y la concentración de mujeres en esta actividad, podemos anticipar que la diferencia salarial es aún mayor que la mencionada entre trabajadores/as de unidades productivas.

En Uruguay, el incremento del salario mínimo se realiza gracias a la reforma normativa que asigna esta responsabilidad al Consejo de Salarios en 2006. Finalmente, en 2008 el Consejo de Salarios convoca

al Grupo Salarial n.º 21 - Servicios Domésticos y logró representar trabajadoras y empleadoras. Este grupo salarial dispone el aumento del salario y realiza la previsión de ajustes semestrales hasta 2010. Desde ese momento, en cada ronda del Consejo de Salarios se ha continuado actualizando el salario mínimo para este sector. Estos ajustes implican entre 2008 y 2014 un aumento real del 97% en el salario mínimo para el trabajo doméstico (Uruguay, 2015) (FUENTE, AÑO).

Nuevos desafíos para la salud pública ante el trabajo doméstico

Las clases sociales poseen posibilidades diferenciales de insertarse en el mundo del trabajo mediante las diversas opciones de empleo. De tal manera que los trabajadores que se encuentran en peor situación social y laboral son quienes se hallan más expuestos a situaciones de trabajo desfavorables, lo que daña su salud y así origina inequidades sociales en salud (Benach et al., 2007).

La precarización del empleo afecta la salud de los asalariados al desestabilizar sus modos de vida, modificando las condiciones de reproducción social y la sociabilidad generada en el proceso de trabajo, debido a la pérdida de derechos laborales derivados de la relación salarial (Amable, 2006). El empleo precario no garantiza al trabajador las condiciones de estabilidad, ingresos suficientes y derechos sociales que habitualmente han sido asociados a efectos saludables del empleo (Amable, 2006; Vives et al., 2013). Por el contrario, cuando estas condiciones son buenas proporcionan seguridad financiera, estatus social, desarrollo personal, relaciones sociales, autoestima y protección acerca de riesgos físicos y psicosociales (Marmot; Wilkinson, 2006). Es decir, si la precariedad laboral se considera como un determinante social negativo para la salud de las personas (o un factor de riesgos en términos de la epidemiología tradicional), entendemos que el empleo justo y digno es un factor protector de la salud.

En el actual contexto de pandemia por el covid-19 ha quedado en evidencia la importancia de los cuidados para el funcionamiento de la sociedad. Sin embargo, la crisis de los cuidados se ha agudizado al incrementar las desigualdades de género en general y entre las trabajadoras

domésticas remuneradas en particular. Muchas medidas gubernamentales adoptadas para enfrentar la pandemia generaron pérdida de empleos en este sector en el que trabajaba un 11,4% de las mujeres ocupadas en la región (CEPAL, 2020).

La promoción de las leyes mencionadas previamente procura la conquista de una serie de derechos para las TDR en el propósito de igualar sus derechos laborales a los de trabajadores/as de otras ocupaciones. No obstante, y de acuerdo a lo que se refleja en algunos datos del sector, esto no sería suficiente de por sí para asegurar una mejora en sus condiciones de trabajo. Por lo tanto, es necesario revertir algunos aspectos centrales que sustentan la perpetuación de algunas desigualdades en salud para estas trabajadoras y que serán fundamentales para una futura “nueva normalidad”.

Fortalecer y profundizar la investigación

En contextos de mercados de trabajo precarizados, la iniciativa de formalización del empleo de un sector tradicionalmente informal como el de las TDR se presenta como una oportunidad para evaluar el impacto de las condiciones de empleo sobre la salud. En este sentido, el primer desafío para la salud pública es comprender el impacto de la desprecariación laboral en la salud de las trabajadoras, entendiendo que el empleo es un determinante de la salud no solo por la protección social que genera la regulación, sino por el fortalecimiento de la subjetividad, autoestima y el sentimiento de pertenencia social producidos por un empleo justo.

Así será importante fortalecer la investigación en pos de conocer cuáles son sus condiciones de trabajo y empleo; cómo impactan dichas condiciones sobre su salud; cómo se negocian dichas condiciones - día a día y cara a cara- con el/la empleador/a en el seno de su hogar; cuál es la percepción de estas trabajadoras sobre su rol como trabajadora, sus condiciones de trabajo, empleo y salud; cuáles son las redes y/o actores de diferentes sectores que ofrecen soporte a estas trabajadoras y que ofician como agentes protectores de su salud. Esas preguntas conllevan el desarrollo de marcos conceptuales que permitan interpretar mejor el proceso de trabajo desde la perspectiva de la salud de las trabajadoras

generando procedimientos de aprendizaje que fortalezcan las capacidades individuales y colectivas para el ejercicio del derecho a la salud en el trabajo.

Por tal motivo, consideramos que sentar las bases para un enfoque regional sobre esta problemática puede resultar de gran utilidad no solo para el desarrollo de investigaciones comparadas, sino para el fortalecimiento mutuo de actores sociales regionales (sindicatos, universidades, organizaciones sociales y territoriales, organismos públicos). A fin de continuar profundizando y capitalizando experiencias universitarias de trabajo con las TDR, es de interés el articular con otros territorios con marcos regionales comunes que permitan la complementariedad a la vez la introducción de la novedad para realizar aportaciones desde distintos dispositivos a la salud pública.

Reducción de las desigualdades de género

En relación a las TDR específicamente, el estudio de las condiciones de trabajo y el impacto de estas sobre la salud de la población ocupada generalmente desatiende la perspectiva de género (Artazcoz et al., 2001). Tal y como se mencionó al comienzo de este artículo, existe una feminización del sector por lo que cuando hablamos de TDR nos referimos a que casi en su totalidad es trabajo realizado por mujeres. El TDR sitúa esta perspectiva en el centro de la problemática laboral en la cual las exigencias y riesgos laborales se confunden e interactúan con la “doble jornada” y la necesidad de la “doble presencia” en función de la composición del hogar de estas trabajadoras (en Uruguay en 2010 un 18,3% integraba hogares monoparentales en comparación con un 10,8% del total de ocupados), así como con el hecho de ser la persona que sustenta el hogar de forma principal (Batthyány, 2012). Además, es necesario analizar la incidencia de la interacción del hecho de ser mujer con su pertenencia a otras características sociales -clase social, etnia, lugar de procedencia de las trabajadoras- sobre la salud de estas trabajadoras (Artazcoz, 2014; Ruiz-Cantero et al., 2007). Por lo tanto, en el TDR hablamos de población laboral mayoritariamente femenina y en condiciones de fragilización social y laboral, lo cual genera la necesidad de pensar las políticas de salud pública y el derecho a la salud laboral desde una perspectiva

de género como determinante de desigualdades en salud que tenga como objetivo central la reducción de las desigualdades de género.

Esta perspectiva requiere integrar el TDR al proceso de cuidado; es decir, debido a la informalidad laboral predominante, el sector público de atención es receptor privilegiado de las demandas y necesidades de estas mujeres, pero debe ser capaz de contextualizarlas también a partir de su condición de trabajadoras. La salud pública tiene un rol a cumplir en la protección de la salud de todos los trabajadores informales en general, pero de las trabajadoras domésticas en particular. Pero no podrá hacerlo si se confunden, por ejemplo, las condiciones de vulnerabilidad social o de pobreza con la realización de un trabajo de bajo nivel salarial sin protección social.

La protección de la salud en la transición de la informalidad hacia la formalización del empleo

Otro desafío se encuentra en la caracterización de la relación laboral en términos salariales, sucede que no responde a un modelo de regulación capital-trabajo clásico del capitalismo. Consideramos que el trabajo doméstico remunerado presenta ciertas características específicas que son diferentes al empleo capitalista clásico (González-Francese, 2020), pero a su vez es una categoría con gran heterogeneidad. Con esto nos referimos a la multiplicidad de inserciones laborales que implica el cuidado para las mismas trabajadoras domésticas.

Se trata de un vínculo laboral en que las características de la patronal y el lugar de trabajo se funden entre la esfera privada y los derechos comunes. Una de las consecuencias que deriva de este aspecto ambiguo es la caracterización del/a empleador/a, que se pone de manifiesto en el rol del Estado y su prerrogativa para hacer cumplir la ley. Si bien en cualquier organización es posible encontrarse con dificultades para la fiscalización, en el caso de las casas particulares tanto por la exhaustividad como por la colisión de derechos, se deberá apelar al desarrollo de modelos de fiscalización distintos a los que rigen en otros lugares de trabajo. En esta línea, la salud pública puede tener un rol destacado en su contribución

a este objetivo porque facilitaría las herramientas de promoción y prevención de la salud por sobre el carácter punitivo típico de las autoridades laborales.

La necesidad de caracterizar el proceso de trabajo para la identificación de riesgos y exigencias laborales

En relación al proceso de trabajo, es necesario reorientar la prevención de daños a la salud considerando las implicancias de la dimensión inmaterial del trabajo; indagando en relación al conocimiento existente sobre los riesgos psicosociales y su impacto sobre la salud de acuerdo a las características de la tarea y del entorno laboral de estas trabajadoras, acompañando con el desarrollo de las herramientas de evaluación, prevención y promoción de la salud y útiles para aplicarlas en el sector.

El rasgo de trabajo inmaterial (compartido por la mayoría de los trabajos del sector servicios) genera incertidumbre sobre los criterios de efectividad y evaluación del trabajo bien realizado. Las consecuencias del temor, la angustia y la ansiedad respecto a esta incertidumbre sobre la salud es un dato que destacar. Por lo tanto, las dimensiones psicosociales del proceso de trabajo de este colectivo de trabajadoras son un riesgo para su salud. Los modelos típicos de evaluación de los factores de riesgos psicosociales responden a modelos de una organización del trabajo orientada a la extracción de plusvalía o como modelos homeostáticos de estrés. Sin embargo, en el TDR encontramos características específicas de la organización que requieren revisar los modelos teóricos sobre factores psicosociales del trabajo: un proceso de trabajo individualizado y en algunos casos hasta de aislamiento social; la asociación débil o la falta de un colectivo de trabajadores que faciliten el apoyo social; un vínculo patronal individualizado con exigencias laborales por fuera de las estandarizaciones de las tareas, con criterios poco claros acerca de la concreción de objetivos y productos con grados de arbitrariedad extremos, sustentado en imaginarios de clase y servidumbre (por ambas partes), matizado por las relaciones afectivas que atentan contra la defensa de derechos laborales o negativa individual sin riesgos a perder el empleo. Estas características, entre otras,

habilitan a la emergencia de riesgos psicosociales, tales como la violencia, el acoso laboral o el acoso sexual, a partir de la vulnerabilidad a la que se expone la trabajadora en este contexto de trabajo. A su vez no se escapan los componentes emocionales de una relación laboral que en ocasiones tiene límites borrosos con lo personal, lo cual aporta una carga específica y significativa dentro de la tarea laboral, fundamentalmente, para las trabajadoras dedicadas a las tareas de cuidado de niños y enfermos. Por último y producto de que es un trabajo que está concatenado a la vida de cada hogar en el cual trabaja la TDR, la conciliación de esta con la propia en ocasiones se ve dificultada a partir de las exigencias de su trabajo remunerado. Desde luego se vuelve un gran desafío la adquisición de conocimientos acerca de la presencia de los riesgos mencionados en este sector, así como generar estrategias de prevención de los mismos.

En consecuencia, se requiere un desarrollo e innovación en la manera de evaluar los riesgos laborales en el TDR. Las metodologías clásicas deben adaptarse para facilitar a las trabajadoras la formación técnica y la autonomía necesaria para proveer la información de riesgos y sobre la manera de registrarlos y documentarlos. No obstante, alcanzado ese objetivo, aún resta el desarrollo de la gestión de la prevención el cual, como se especificó previamente, debiera pensarse desde modelos de fiscalización que trasciendan medidas punitivas. La salud pública, en general, y la salud laboral, en particular, no pueden aplicar al proceso de trabajo en casas particulares los modelos tradicionales en evaluación y prevención de riesgos laborales.

Finalmente, la salud pública debe pensar el sistema de vigilancia epidemiológica para las trabajadoras de este sector. Por un lado, se presenta el reto de establecer los riesgos para la salud, algunos desconocidos y que el propio sistema de evaluación deberá ser sensible para poderlos captar. A su vez, debería pensarse en la consolidación de un sistema de información que sea capaz de dar cuenta de las desigualdades según género, edad, etnia o condición de migración, y también de la alta movilidad y rotación de lugares de trabajo en función de las características de estas trabajadoras y de la incidencia de estos aspectos en la existencia de gradientes

en salud. Por otro lado, se deberán establecer los exámenes, marcadores y evaluaciones de vigilancia adecuadas y oportunas de las posibles enfermedades profesionales, de manera que garanticen la privacidad de las trabajadoras. Por lo tanto, será necesario someter a evaluación los listados de enfermedades profesionales en cada país con el objeto de asegurar una plena cobertura de las mismas.

El proceso de transitar de la informalidad hacia el empleo formal se ha retrasado en los últimos años debido al relajamiento en la intención política de nuevos gobiernos en Argentina y Uruguay. Las restricciones del contexto económico generan presiones sobre el mercado de trabajo que conllevan al aumento de la informalidad y la precarización del empleo en general, y el TDR no escapa a esta tendencia. Por lo tanto, la incertidumbre del futuro ya no es cuántas trabajadoras más se podrán incluir al empleo decente, sino cómo hacer para proteger los derechos laborales y de salud ya alcanzados. La salud pública puede cumplir un rol importante en este sentido. Aunque la incidencia de los riesgos del TDR sea pequeña en la generación de daño a la salud, si las trabajadoras domésticas informales son cada vez más, entonces, los problemas de salud pueden extenderse al ritmo de ese crecimiento. En un contexto de retroceso del empleo digno y protegido, la estrategia poblacional de la salud pública es la única alternativa para incluir a esas trabajadoras en las políticas de promoción, prevención o atención a la salud.

Referencias

- AGSS - ASESORÍA GENERAL EN SEGURIDAD SOCIAL. *Trabajo doméstico remunerado en Uruguay*. Montevideo: Banco de Previsión Social, 2019.
- AMABLE, M. *La precariedad laboral y su impacto en la salud*. Un estudio en trabajadores asalariados en España. 2006. Tesis (Doctorado) - Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España, 2006.
- ARGENTINA. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. *Informe Anual de Accidentabilidad Laboral 2017*. ISSN 2424-9851. Disponible em: <https://www.srt.gob.ar/estadisticas/acc_informe_anual_laboral.php>.

- ARGENTINA - Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. *Encuesta Permanente de Hogares 2015*. Buenos Aires, 2015.
- ARTAZCOZ, L. Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *Áreas*. Revista Internacional de Ciencias Sociales, Murcia, n. 33, p. 139-153, 2014.
- ARTAZCOZ, L. et al. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, v. 15, n. 2, p. 150-153, 2001.
- BATTHYÁNY, K. *Estudio sobre trabajo doméstico en Uruguay*. Ginebra: International Labour Organization, 2012.
- BENACH, J. et al. Employment conditions and health inequalities. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: WHO, 2007.
- BENE, N. *Evolución de puestos cotizantes en el servicio doméstico*. Montevideo: Banco de Provisión Social, 2015. (Comentarios de Seguridad Social, 47). Disponible em: <<https://bit.ly/3iqB6cJ>>. Acceso em: 8 jun. 2021.
- BSE - BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO. *Monitor de accidentes de trabajo*. 2019. Disponible em: <<https://bit.ly/2RC2VE4>>. Acceso em: 7 jun. 2021.
- CEPAL - COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *La pandemia del covid-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. Santiago, 2020.
- CETRÁNGOLO, O.; GOLDSCHMIT, A. *Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina*. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. Buenos Aires: CECE, 2018.
- GALLO, A.; SANTOS, S. *Trabajo doméstico remunerado en Uruguay*. Regulación, resultados y situación actual. Actualización de informe. Montevideo: Banco de Provisión Social, 2015. (Comentarios de Seguridad Social, 43).
- GONZÁLEZ-FRANCESE, R. *Trabajo doméstico remunerado: condiciones de empleo y su relación con la salud en trabajadoras de casa particulares de la Ciudad de Avellaneda*, 2019. 2020. Tesis (Doctorado en Ciencias Sociales) - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.
- GONZÁLEZ-FRANCESE, R.; REIF, L. C. Condiciones de empleo, cuidado y salud en trabajadoras de la salud y de casas particulares. *Cartografías del Sur*, Ciudad de Avellaneda, n. 7, p. 99-114, 2018.
- InfoLEG. Información Legislativa, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.844 Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. Argentina. 2013. Disponible em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/210000-214999/210489/norma.htm>>. Acceso em: 8 jun. 2021
- LOUSTAUNAU, N. *Trabajo doméstico*. Montevideo: Fondo de Cultura Universitaria, 2013.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Enseñanzas teóricas y prácticas de perfeccionamiento en salud pública*. Ginebra, 1973.
- OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Trabajo decente*. Memoria del Director General a la 87.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, 1999.
- OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189)*. Ginebra, 2011a. Disponible em: <<https://bit.ly/3z9vpG1>>. Acceso em: 8 jun. 2021.
- OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *R201 - Recomendación sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 201)*. Ginebra, 2011b. Disponible em: <<https://bit.ly/3ghyKdp>>. Acceso em: 8 jun. 2021.
- OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico*. 3. ed. Ginebra, 2018.

OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Argentina: un millón de trabajadoras domésticas, entre la informalidad y la desprotección social*. Ginebra, 2019. Disponible em: <<https://bit.ly/2T5R9lE?>>. Acceso em: 8 jun. 2021.

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Ginebra, 2015. Disponible em: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/economic-growth/>>. Acceso em: 8 jun. 2021

RUIZ-CANTERO, M. T. et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, Londres, v. 61, suppl. 2, p. ii46-ii53, 2007.

URUGUAY. Parlamento del Uruguay. 27 de noviembre de 2006. Aprueba la Ley nº18065 (Trabajo doméstico. Normas para su regulación). *Diario Oficial República Oriental del Uruguay, Montevideo*, 5 de diciembre de 2006. Disponible em:

<<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3566700.htm>>. Acceso em: 14 jun. 2021.

URUGUAY. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. *Trabajo doméstico e impacto de las políticas públicas en Uruguay*. Montevideo, 2015.

VALENZUELA, M. E.; SJOBERG, C. *Situación del trabajo doméstico remunerado en América Latina*. Ginebra: OIT, 2012. p. 59-67. (OIT/América Latina y el Caribe: temas especiales).

Vives A, Amable M, et al. Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. *Journal of Environmental and Public Health* vol. 2013, Article ID 978656, 10 pages, 2013. DOI:10.1155/2013/978656

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Ginebra, 2008.

Contribución de los autores

Gonzalez-Francesc fue responsable del primer manuscrito. Las cuatro autoras discutieron la estructura del artículo, aportaron información y datos, y contribuyeron a la redacción del artículo.

Recibido: 15/10/2020

Re-presentado: 15/10/2020

Aprobado: 31/05/2021