

# Empleo informal y salud en Centroamérica

Una aproximación desde las  
desigualdades de género

María López Ruiz

---

TESI DOCTORAL UPF / 2016

TESI DIRIGIDA PER

Dra. Lucía Artazcoz Lazcano

Agència de Salut Pública de Barcelona

Dr. Fernando García Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA SALUT





*A toda mi linda familia,  
la “escogida”  
y la “no escogida”*

*Con cariño,  
a Edurne  
a Carmen y Manuel  
a Sílvia y Ana  
a Feministes Indignades*

*Por todos los cuidados,  
por todo lo aprendido,  
por todo lo que vendrá!*



## Agradecimientos

*“Sola no puedes,  
con amigxs sí!!”*

*(La Bola de Cristal)*

*Y cuánta razón...*

*Nos hacen creer que las tesis son fruto del trabajo –sudor y lágrimas– de una sola. Y también, pa’ qué negarlo! Pero no estaría ahora aquí sentada escribiendo estas líneas si no fuera por los cuidados <<desde su concepción más amplia...>>, el apoyo, el cariño, los mimos, las canciones enviadas pa’ levantar los ánimos, las vaquitas que endulzaron mi “encierro”, las comiditas hechas pa’ no perder el más mínimo segundo, las “venidas” al instante tras llamadas de “no puedo más, lo dejo!”, las risas, los hombros puestos para los llantos, los guiños y complicidades de otrxs doctorandxs, las palabras de “venga prima, tú puedes!!” y otras miles igual de empoderantes, los miles de cables con la lectura, los comentarios, la edición, y/o el diseño de la tesis y de sus artículos, y un larguísimo etcétera... que me han aportado tantas y tantas personas que, de una forma u otra, han estado antes, y durante todo el proceso de esta tesis y de este capítulo de mi vida... De hecho, podría hacer otra tesis de ello! Pero no, tranquilxs que con una ya tuve, ya tuvimos, suficiente!!*

***Mamá, papá, gracias!!!***

*Por vuestra incondicionalidad, por haberme ayudado, desde bien bien chiquita, a ver, a entender y a situarme en el mundo de la manera en que lo hago...*

Entre las miles de cosas, la conciencia feminista y la de clase <<trabajadora>> me vienen de ustedes. Fue gracias a haber tenido la inmensa suerte de crecer a vuestro 'lao' que, a día de hoy, gran parte de mí es como es, que, a día de hoy, estoy terminando esta tesis y sobre este tema... vuestra chata, parece, que se hizo grande!!!

**Edurne, gracias!!!**

Bueno, más bien, miles, millones, e infinitas gracias, compañera!!!

Bueno, más bien, ni siquiera con esto alcanzo a expresar con palabras lo agradecidísima que te estoy... desde que nos encontramos no he dejado de aprender a tu lado. A pesar de mis "ceños fruncidos", con tus cuestionamientos, nuestros debates y nuestro día a día me ayudas a estimular y a mejorar mis pensamientos... Han sido tiempos "complicados" estos últimos de "locura" de doctoranda, pero han sido muchísimos más llevaderos gracias a "tot el teu increíble suport" en las múltiples formas que ha tomado, desde arremangarte conmigo discutiendo, leyendo, cuestionando y pensando sobre la tesis en sí (eres mi tercera directora de tesis, que lo sepas!!), hasta todos los cuidados logísticos y, principalmente, emocionales... Pero ya está nena!! Así que, con toda la locura, y con toda la cordura... 25 horas al día... 8 días... si te da la gana... De cor, gràcies per estar aquí i per ajudar-me a créixer com a persona!!!

**Fernando, gracias!!!**

Creo que siempre recordaré ese día en el que nos conocimos en tu despacho y lo pequeñita que me

sentía... pero desde ese primer momento, me apoyaste, me ayudaste a hacerme más “grande”, y me brindaste la oportunidad de entrar en el emocionante mundo de “investigar para conocer, conocer para decidir, decidir para mejorar la salud de la población trabajadora”... así que mil gracias por tu pasión por lo que hacemos y por todo lo aprendido a tu lado!!! Como nos gusta decir, seguimos!!

**Lucía, gracias!!!**

Cuando se planteó esta tesis, yo tenía bien bien claro que quería que fueras una de las personas que me la dirigieses, y encontrar un “sí”, diría, que sin dudarlo prácticamente, fue una gran alegría tanto profesional como personal. Así que por ello, por todo el apoyo recibido, por la enorme sonrisa con la que me recibes siempre, y por la cantidad de cosas que he aprendido, y que me quedan por aprender de ti, millones de gracias!!!

**Tito Miguel, tita Tere, gracias!!!**

Por utilizar términos de nuestro ámbito – quién lo iba a decir!! – es bastante plausible que, gracias a ese día, tito, en que me llevaste a tu trabajo a hablar con tus colegas estadísticas, esté en este mundillo de la salud pública; obviamente, con el posterior “apoyo” de ti, tita! De verdad, gracias por creer en mí, y por haberme apoyado en esto, y en todo!!!

**José Miguel, gracias!!**

Aunque finalmente nuestros caminos laborales se separaran, para mí siempre serás uno de mis “tutorxs” y de las personas que me ayudaron a crecer en este mundillo. Y lo hiciste siempre con la alegría que tan

bien te caracteriza, y con una disponibilidad absoluta cada vez que te necesité! Y poco a poco, de compañero de trabajo te convertiste en amigo... Así que gracias por hacer más fácil mi camino, y por estar ahí, siempre!!!

**Ana, gracias!!!**

Hemos recorrido mucho desde que nos conocimos en los madriles, quién lo iba a decir que encontrarnos de nuevo en Barcelona significaría hacernos compañeras de luchas y, sobre todo, familia... muchísimas gracias por tu tremenda ayuda con la edición de esta tesis, no sería ni la mitad de la mitad de bonita si no fuera por las tardes de trabajo y por “el currazo que tas metío, prima!!”.

**Sílvia, gracias!!!**

Por tus ánimos, por todos tus comentarios y cuestionamientos antropológicos a la tesis, gracias!! Tengo que decir que me costó seguirte! Pero precisamente eso es una de las cosas que me gusta de ti, siempre aprendo mil cosas de la vida, más menos filosóficas, así que gracias por los comentarios a la tesis, pero más gracias por estar cerquita, y por haberte, habernos, convernos en familia!!

**Femininstes Indignades, gracias!!!**

Como hace un tiempo atrás os dije, gracias por todo lo vivido, por todo lo compartido, por las complicidades, por lo aprendido, por lo que vendrá, porque gran gran parte de que esté cerrando esta tesis a día de hoy es por haberme empoderado con ustedes, como feminista, y como María como cuerpo de batalla! Así que, Consol, Nerea (aún más gracias por todo tu apoyo en los



primeros grandes pasitos de esta tesis!!), Bea, Sales, Sara, Mariñas, Bárbara, Laia, Flo, Dam, Inés, Doto, Manuela, Itxasne, Joana, Nebot, Alemany, Mercade, Muries, Carolina, Corinne, Elena, Leyre, etc. gracias!!! Porque con ustedes aprendí bien el significado de las que luchas todos los días, esas, las imprescindibles, sois todas y cada una de ustedes, de nosotras!!!

A “mis” niñas, amigxs, familia y compañerxs salubristas, gracias!!!

Ale, Ali, Lidia, Majo, Montse, Vane, qué os puedo decir... que es un placerazo teneros cerquita en mi vida... que gran gran parte de todo lo aprendido de la epidemiología social <<y de la vida!>> es gracias a nuestras charlas y discusiones acaloradas, pero bien enfriadas birras en mano... que gracias por la parte más material, de ayuda a desenmarañar mis líos conceptuales, de ideas y demases de la tesis, pero sobre todo gracias por la parte más emocional, que me he sentido siempre tan arropadísima por ustedes... que, aunque ahora estemos un poco dispersas por los puntos cardinales, siempre terminamos juntándonos de una forma u otra, física o emocionalmente!!!

Christophe, muchas gracias por los enriquecedores debates que hemos tenido sobre mi tesis y sobre la vida siempre que tenemos ocasión!! El primer artículo de esta tesis tiene un gran pedacito tuyo!! Me encanta que vayamos coincidiendo en sitios más y menos formales, porque siempre me llevo algo aprendido. La próxima caña toca en Bélgica!!!

Joan... lo siento querido, pero aunque no lo estudiaras, por la cantidad de cervezas tomadas

juntxs, ya eres más salubrista que muchxs! Gracias por tu ayuda informática, y por estar siempre dispuesto a una cerve (artesana mejor...) o a lo que se necesite!!!

Al resto de amigxs y compañerxs del Máster de Salud Pública que me ayudaron a entender mejor de qué iba "todo esto", y con las que compartimos momentos tan tan intensos, que perduran a día de hoy, aún en la distancia! Chus, Fité, Sandra, Maite, Llupià, Diana, David, Laura, Eugenio, Núria O., Núria S. gracias!!!

**A todxs mis compañerxs de CiSAL, gracias!!**

En todos estos años que llevo en CiSAL he tenido la enorme suerte de coincidir con personas que me han enriquecido y de las que he aprendido, a todxs, gracias!! Mónica y María, gracias por vuestro cariño, los ánimos, las risas de la comida y por nuestras quedadas, menos frecuentes de lo que me gustaría, que me han ayudado a desconectar y a alegrarme mis días!! Montse y Bárbara, gracias por toda vuestra ayuda con las gestiones, me habéis facilitado mucho el camino!! Jordi, infinitas gracias por las ayudas de última hora, la súper acogida en Houston, los libros regalados y los debates tan interesantes que siempre tenemos!! José María, además de un compañero de trabajo o de master eres un buen amigo, que siempre ha estado ahí cada vez que te pedí ayuda, así que mil gracias!!! Dinora, gracias por tu alegría, siempre recordaré ese mes de agosto encerradas terminando la tesis...fue mucho más llevadero estando juntas!!! Al resto de compis que están o que han pasado: Pamela, Xavi, Elena, Clara, María Buxó, Nuria, Diego, Mireia,

Nuria, Diego, Mireia, Javier, Laura, Albert, Sandra, Emily, David, Consol, Sergio, Isabel, de cada unxs me llevo un pedacito aprendido, gracias!!!

**Marianela y todo el equipo de SALTRA, gracias!!!**

Marta, Raquel, Rocío, Freddy y Douglas, gracias por integrarme en el equipo desde el primer día que llegué, por los cafesito, los buenos momentos y todo lo compartido!! Marianela, gracias por la acogida tan tan linda, por facilitarme absolutamente todo lo que necesité, y por enseñarme la “Pura Vida”!!!

**Al resto de mi familia,**

A Neila por cederme el dibujo preciosísimo de la portada, A Meri por hacerme la portada tan maravillosa (tengo la imagen de la tarde de trabajo grabada pa’ siempre!!), a Silvina por ayudarme a corregir alguna cosilla de la tesis y escucharme siempre que lo necesité, a Ernesto, a Zafra, a Can Olzinelles, a Diego, a la Tejo, a Belén, a Chiki, a la Clemen, a La Fondona, a Elena Ferriols, a mis primxs, por creer en mí, por darme mil palabras de aliento, por los ratitos compartidos, por venir a cantarme las mañanitas al balcón, por traerme la comida, por sacarme unas risas, por todo ello y por más, gracias!!!



## Resumen

El empleo informal es un importante pero poco estudiado determinante social de la salud que afecta a un gran número de personas trabajadoras alrededor del mundo. Las mujeres constituyen una parte importante de la economía informal y, entre otras razones, han utilizado este tipo de empleo como forma de insertarse en el mercado laboral debido a las mejores posibilidades para combinar el empleo y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. El objetivo principal de esta tesis ha sido valorar la relación entre el estado de salud y la informalidad o formalidad del empleo entre la población trabajadora no agrícola centroamericana.

A través de dos estudios empíricos realizados con la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud de 2011 y sobre una muestra de 8.823 personas trabajadoras no agrícolas, hemos obtenido los siguientes resultados principales. Tanto mujeres como hombres con empleos informales tuvieron peor estado de salud en comparación con el perfil más formal de empleo (personas asalariadas con cobertura a la seguridad social y contrato escrito). La falta de cobertura a la seguridad social es un elemento clave del empleo informal, y el predictor más fuerte de mala salud. Asimismo, la asociación entre mal estado de salud y la combinación de empleo y responsabilidades de cuidados se limitó básicamente a las mujeres con empleos informales. Estos resultados muestran cómo el empleo informal no agrícola es un factor significativo en las desigualdades en salud entre la población trabajadora centroamericana. Además, también ponen en evidencia desigualdades en salud en relación con el trabajo no remunerado de cuidados, que depende de la interacción entre el género y el empleo informal. Por tanto, dada la estrecha relación entre las esferas del mercado laboral y de los cuidados, para reducir todas las desigualdades encontradas sería necesario implementar políticas enfocadas a ambas esferas.

## **Abstract**

Informal employment is an important but seldom studied social determinant of health, affecting a large number of workers around the world. Women make up a major portion of the informal economy and they have used such employment as a way to enter the labor market because of the greater possibilities of combining employment and unpaid domestic and care work, among other reasons. The main objective of this dissertation has been to assess the relationship between health status and different patterns of informal and formal employment among non-agricultural workers in Central America.

Through two empirical studies conducted with the I Central American Survey of Working Conditions and Health of 2011 and on a sample of 8,823 non-agricultural workers, we have obtained the following main results. Both women and men in informal employment had poorer health compared to the most formal employment profile (employees covered by social security and a written contract). A lack of social security coverage is a key issue of informal employment and the strongest predictor of poor health status. Furthermore, the association between poor health and the combination of employment and care responsibilities is basically limited to women in informal employment. These results show that informal employment is a significant factor in social health inequalities among Central American non-agricultural workers. In addition, they also reveal health inequalities related to unpaid care work, which depends on the interaction between gender and informal employment. Therefore, and given the close relationship between the spheres of labor market and care, the implementation of policies focused on both spheres would be needed to act in order to reduce the inequalities found.

## Prólogo

A pesar de las graves consecuencias que el empleo informal tiene para la población trabajadora, así como para la sociedad en general, este tipo de empleo constituye un pilar estructural y permanente de una gran parte de los mercados laborales alrededor del mundo. Sin embargo, existen importantes diferencias entre regiones, variando entre el 82% de la población trabajadora del sur de Asia y el 10% de Europa del Este y Asia. Igualmente, las mujeres, junto con las personas jóvenes, mayores y aquellas en situación de pobreza, se encuentran en mayor medida dentro de la economía informal. Por ejemplo, en 2011 en Centroamérica, el 64% de las mujeres tenían empleos informales no agrícolas, frente al 58% de los hombres. Desde que a principio de los años setenta se acuñara el término “sector informal” se ha desarrollado un gran debate internacional acerca de su naturaleza, definición, medición y relación con las desigualdades sociales. Sin embargo, no existe apenas evidencia sobre su relación con la salud, a pesar de ser un importante determinante de la misma.

Esta investigación nace por tanto de la urgente necesidad de abordar el empleo informal y su relación con el estado de salud, desde una perspectiva de género. Para ello, utilizamos la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud, realizada en el año 2011 en colaboración entre el Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), la Universidad de Texas y el el Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL) de la Universitat Pompeu Fabra. En este último centro de investigación es donde he desarrollado la presente tesis, aprovechando la gran experiencia académica y profesional en materia de salud laboral del centro. Asimismo, realicé una estancia doctoral en los meses de junio a agosto del 2013 en el centro del programa SALTRA de la Universidad Nacional de Costa Rica. Esta estancia me permitió conocer mejor la realidad de la región centroamericana gracias a la integración en el equipo de trabajo y a las diferentes reuniones y presentaciones de mi investigación en este centro, así como en los centros de SALTRA de

Guatemala y Nicaragua, además de entrevistarme con otras personas expertas en distintos temas relacionados con mi investigación.

En esta disertación se presentan dos artículos originales de investigación, el primero de ellos publicado en la revista BMC Public Health (IF: 2,26) y el otro preparado para enviar a revistas científicas de ámbito internacional e indexadas en PubMed para que consideren su publicación. Ambos artículos representan una importante contribución al escaso conocimiento sobre desigualdades en salud según empleo informal. Asimismo, hasta donde sabemos, el segundo artículo es el primer estudio que aborda las desigualdades de género en salud en relación con la combinación de trabajo remunerado y trabajo no remunerado entre la población trabajadora con empleo informal.

Esta tesis doctoral ha sido financiada parcialmente por el CiSAL y por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Además ha contado con una beca del CIBERESP para financiar la estancia de 3 meses en el centro SALTRA de Costa Rica. Finalmente, también recibió una ayuda de la School of Public Health de la University of Texas (EEUU) para presentar parte de los resultados de esta tesis en sus “Research Seminar Series”.



# Índice

Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Prólogo .....	xv
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. El sistema sexo-género y la organización social del trabajo .</b>	<b>3</b>
1.1.1. Diferenciando el sexo del género .....	3
1.1.2. División sexual del trabajo.....	5
1.1.3. Desigualdades de género en la esfera reproductiva, organización social de los cuidados .....	8
1.1.4. Desigualdades de género en la esfera productiva.....	16
<b>1.2. Economía informal .....</b>	<b>23</b>
1.2.1. Orígenes, evolución histórica, y teorías en tensión.....	23
1.2.2. Informalidad como concepto estadístico: evolución de las definiciones y marco conceptual .....	34
1.2.3. Informalidad y género en Centroamérica.....	39
<b>1.3. Desigualdades sociales en salud.....</b>	<b>45</b>
1.3.1. Marcos conceptuales .....	45
1.3.2. Informalidad, género y desigualdades en salud .....	50
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>55</b>
<b>3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>61</b>
3.1. Hipótesis .....	65
3.2. Objetivos .....	65
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>67</b>
4.1. Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud .....	69
4.2. Consideraciones éticas .....	70
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
5.1. Artículo 1 .....	75
5.2. Artículo 2.....	111
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>143</b>

<b>6.1. Resultados principales .....</b>	<b>147</b>
6.1.1. Desigualdades en salud según (in)formalidad en el empleo	147
6.1.2. Desigualdades en salud según trabajo no remunerado de cuidados .....	148
6.1.3 Explorando los posibles mecanismos de producción de las desigualdades en salud encontradas .....	150
<b>6.2. Limitaciones y fortalezas .....</b>	<b>160</b>
6.2.1. Limitaciones .....	160
6.2.2. Fortalezas .....	163
<b>6.3. Implicaciones y recomendaciones .....</b>	<b>166</b>
6.3.1. Implicaciones políticas .....	166
6.3.2. Sistemas de información .....	177
6.3.3. Líneas futuras de investigación .....	182
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>187</b>
<b>8. REFERENCIAS.....</b>	<b>193</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>221</b>
• ANEXO 1. Cuestionario de la I ECCTS.	
• ANEXO 2. Aprobación de la I ECCTS por parte del Comité para la Protección de Sujetos Humanos del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston (EEUU).	
• ANEXO 3. Aprobación del proyecto de investigación de la presente tesis, por parte del Comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona.	
• ANEXO 5. Artículo original “Benavides FG, Wesseling C, Delclòs GL, et al. Working conditions and health in Central America: a survey of 12024 workers in six countries. Occup Environ Med 2014;71:459-465”.	
• ANEXO 6. Divulgación científica.	

## Lista de figuras

Fig. 1. Proporción de mujeres con dedicación exclusiva al trabajo doméstico y de cuidados, según posición de parentesco en el hogar. Centroamérica.....	15
Fig. 2. Participación (%) en el mercado laboral por países, según sexo. Centroamérica, 2007.....	17
Fig. 3. Distribución de sectores de actividad (%) según sexo. Centroamérica, 2010. ....	21
Fig. 4. Modelo del empleo informal de WIEGO.....	33
Fig. 5. Figura 5. Marco conceptual del empleo informal .....	39
Fig. 6. Proporción (%) de personas con empleo informal no agrícola del total del empleo no agrícola .....	41
Fig. 7. Proporción (%) de personas con empleo informal no agrícola del total del empleo no agrícola, según sexo. Centroamérica, 2011.....	43
Fig. 8. Proporción (%) de personas con empleo informal no agrícola del total del empleo no agrícola, según sexo. Centroamérica, 2011 .....	46
Fig. 9. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, 2010 .....	47
Fig. 10. Modelo macroestructural de las relaciones de empleo y las desigualdades en salud .....	48
Fig. 11. Marco conceptual del empleo precario, la salud y la calidad de vida .....	50



## **INTRODUCCIÓN**

---



## 1.1. El sistema sexo-género y la organización social del trabajo

### 1.1.1. Diferenciando el sexo del género

*"No se nace mujer: se llega a serlo.  
Ningún destino biológico, psíquico, económico,  
define la imagen que reviste en el seno de la sociedad  
la hembra humana; el conjunto de la civilización  
elabora este producto intermedio entre el macho  
y el castrado que se suele calificar de femenino.  
Sólo la mediación ajena puede convertir  
un individuo en alteridad"  
(Simone de Beauvoir, 1949)*

La mayoría de sociedades occidentales se sustentan en un sistema normativo de género binario, denominado sistema sexo-género, que se basa en la idea de que existen dos sexos biológicos, también definidos de forma dual (femenino y masculino), a los que se asocia cada género respectivamente (Rubin, 1986). El concepto de **sexo** hace referencia a las características biológicas (físicas, anatómicas y fisiológicas) de la especie humana (Esteban, 2006). Desde el discurso médico y científico hegemónico se ha categorizado el sexo de forma binaria (macho/hombre-hembra/mujer), relegando a la esfera de lo patológico otras posibilidades como la intersexualidad (Gregori Flor, 2013). En cambio, el concepto de **género** es una construcción social y cultural que dota de contenido y significado a cada categoría sexual. Es decir, hace referencia a las convenciones, roles y comportamientos (masculinos y femeninos) que están ligados a la cultura y que son asignados a mujeres y hombres, niñas y niños, así como a las relaciones entre ellas y ellos (Krieger, 2001). Ambos conceptos son complejos y, aunque no son intercambiables, están interrelacionados, y dicha relación tiene implicaciones para la salud de las personas, como veremos más adelante (Krieger, 2003).

En este sistema sexo-género las diferencias biológicas tienen gran relevancia ya que se asigna a cada categoría sexual un sistema

determinado de valores, normas y roles estereotipados. De este modo, el estereotipo de feminidad se conforma por elementos como la pasividad, la debilidad, el miedo, la inseguridad, la emocionalidad, la orientación al cuidado, la dependencia, la responsabilidad, la complacencia, la dulzura, etc. Contrariamente, el estereotipo de masculinidad construye la masculinidad tradicional como individuos seguros de sí mismos, activos, valientes, racionales, competitivos, independientes, agresivos, con iniciativa, etc. (Anker, 1998; Lamas, 1986).

Además, la construcción social del sexo viene también determinada por aspectos culturales propios de cada sociedad. Así, en algunos lugares como en América Latina se ha señalado que, junto con estos estereotipos mencionados anteriormente, “lo femenino” también se asocia con el conocimiento ancestral y el respeto por la tierra, siendo desvalorizado mediante las categorías de superstición y atraso. En cambio, “lo masculino” se relaciona con el dominio sobre la naturaleza, dando lugar a una masculinidad “a medida del colonizador blanco” y mejor valorada (Quiroga, 2009)<sup>1</sup>.

Estas características estereotipadas terminan asignando determinados roles de género a mujeres y hombres, definiendo qué puestos ocupan en la sociedad y a qué ámbitos se les relega. De este modo, a las mujeres se les asignan las actividades vinculadas a los cuidados y la reproducción (ámbito privado-doméstico), mientras que a los hombres se les atribuyen las actividades productivas (ámbito público) (Lamas, 1999). Esto es lo que se ha denominado la división sexual del trabajo, que veremos con más detalle en el siguiente apartado.

Otra de las características del sistema normativo de género es que establece unas relaciones jerárquicas, basadas en la asimetría social, entre mujeres y hombres, otorgando a los roles tradicionalmente masculinos mayor importancia, reconocimiento y valor social.

---

<sup>1</sup> Estamos haciendo referencia a la clásica conceptualización dualista de “naturaleza versus cultura”, ampliamente explorada desde disciplinas como la antropología, donde la primera (relacionada con las mujeres) se vería dominada por la segunda (relacionada con los hombres) (Stolke, 2004).



Además, también se les confiere un mayor acceso a todo tipo de recursos, generando por ende situaciones de desigualdad que gozan de legitimidad social (García-Calvente, 2008; Krieger, 2001; Scott, 1986). Por esta razón, el sistema sexo-género se ha denominado también sistema patriarcal. En este sentido, también es importante señalar que, a pesar de que en este sistema se haya promovido la creencia de que los comportamientos, tendencias y gustos de mujeres y hombres son diferentes por naturaleza, el género es aprendido, varía tanto histórica como culturalmente y no viene determinado por la biología de las personas (Beauvoir, 1949). Esta naturalización del género tiene como objetivo la legitimación de las desigualdades entre hombres y mujeres dentro del sistema patriarcal, otorgándole un carácter inamovible y funcional. Sin embargo, se ha señalado que el género y sus mandatos se van aprendiendo desde los primeros años de vida de las personas, a través del proceso de la socialización del género, donde la familia, la comunidad, el colegio, los medios de comunicación etc., actúan como agentes socializadores, transmitiendo los valores, roles y significados de ser “mujeres” y “hombres” (Rodríguez Enríquez, 2015; Subirats Martori, 1991).

### 1.1.2. División sexual del trabajo

*“Mucho ha ocurrido desde que en la década de los años setenta la teoría feminista señaló la importancia de distinguir entre el trabajo productivo y el reproductivo para (...) poner de manifiesto la invisibilidad del trabajo de las mujeres y su concentración en la esfera reproductiva y no remunerada”*  
(Lourdes Benería. 2006)

Las sociedades organizan la producción y reproducción de los bienes y servicios necesarios para la vida humana de acuerdo con un orden de género. Con la revolución industrial, en la mayoría de sociedades dicha organización separa la esfera productiva de la reproductiva como si no tuvieran ninguna relación. Como se ha señalado en el apartado

anterior, esta separación de esferas es lo que se ha denominado clásicamente como la **división sexual del trabajo**.<sup>2</sup> En ésta se ubica a los hombres en la esfera productiva, construyéndolos como cabeza de familia (“breadwiners”) y asociados al espacio público, mientras que a las mujeres se las ubica en la esfera reproductiva, relegadas al espacio doméstico-privado –como a continuación analizaremos– y dedicadas a los cuidados y a la reproducción de la fuerza de trabajo (Benería, 1979).

Es importante mencionar que, aunque los orígenes de esta división de género del trabajo preceden a la industrialización, una de las características principales de la organización del trabajo durante este proceso fue precisamente la separación entre el lugar donde se realizaba la producción mercantil y el hogar familiar, posibilitando una clara diferenciación de las esferas productiva y reproductiva (Anzorena, 2008). Conjuntamente, se fue dando un proceso de jerarquización de dichas esferas. A pesar de que los trabajos realizados en ambas son imprescindibles para la vida humana, el trabajo productivo ha tenido históricamente mayor prestigio y reconocimiento social y, de hecho, era el único considerado como “trabajo” y valorado económicamente con salarios.<sup>3</sup> Como consecuencia de ello, la masculinidad asociada a esta esfera, y los hombres como sujetos detentadores de la misma, han gozado de más poder que cualquier otro grupo social, al tener mayor acceso y control sobre los recursos (trabajo, tierra, capital, información, vivienda, etc.) (CEPAL, 2004).

En cambio, el trabajo doméstico y de cuidados de la esfera reproductiva no ha tenido tanto prestigio ni valor social. Aunque sostiene el funcionamiento de las economías, al cuidar de la vida

---

<sup>2</sup> Aunque esta es la manera clásica de denominar a dicha división, esta separación no responde a cuestiones biológicas ni naturales relativas a la diferencia sexual, sino que hace referencia a la construcción de género y a los roles que se asocian a la masculinidad y a la feminidad, como vimos en el apartado anterior. Es por ello que es más adecuado hablar de **división de género del trabajo**.

<sup>3</sup> El trabajo doméstico y de cuidados es trabajo porque consiste en una actividad que tiene costos en lo que respecta al tiempo y la energía (Esquivel, 2013). Muchas veces se asocia erróneamente la noción de “trabajo” a la de “empleo”, es decir, a aquellas actividades remuneradas y consideradas productivas, que tiene lugar en el marco de las relaciones del mercado laboral (Espino, 2012).

humana y asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, éste trabajo, así como la estrecha relación que mantiene con el trabajo productivo, ha estado generalmente invisibilizado dentro de las mediciones estándares de la economía y de la salud laboral. Ello es debido a que se realiza en el ámbito privado de los hogares, está fuera de los intercambios monetarios, y por ende, como ya hemos apuntado, no se ha reconocido históricamente como “trabajo” y se ha diferenciado totalmente de la esfera productiva, legitimando de esta forma su bajo reconocimiento social (Esquivel, 2011).

En definitiva, se puede afirmar que ambos trabajos juegan un papel importante para determinar la posición que ocupan mujeres y hombres en las sociedades, la construcción de sus identidades y el establecimiento de jerarquías sociales, a la vez que son esenciales para determinar la riqueza relativa, el poder y el prestigio de mujeres y hombres. Todo ello provoca por tanto desigualdades de género en la distribución de los recursos, de los beneficios y de las responsabilidades, siendo las mujeres las que se encuentran en una posición subordinada y desfavorable frente a los hombres (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; Messing & Östlin, 2006; Todaro, 2004)

A pesar de la dinámica que acabamos de analizar, en las últimas décadas, con el desarrollo de los estados del bienestar y la incorporación de muchas más mujeres al mercado laboral, algunas familias deciden externalizar una parte del trabajo reproductivo y de cuidados, transfiriéndolos de los hogares al mercado (empleo del hogar, lavanderías, centros de educación infantil, restaurantes, etc.). Es por ello que la distinción entre trabajo productivo y reproductivo se ha ido diluyendo, y a veces sustituyendo, por los conceptos de trabajo remunerado y no remunerado. Además, cabe destacar que hay cierta “producción” que no es remunerada, como es el caso del trabajo voluntario. De la misma manera, puede haber trabajo doméstico que no es propiamente “reproductivo”, como la reparación de electrodomésticos en el hogar, las actividades domésticas en familias sin niñas o niños, o el cuidado de personas mayores dentro de los hogares. En estos casos, existe mantenimiento de la fuerza de trabajo, pero no así reproducción (Benería, 2006)..

### 1.1.3. Desigualdades de género en la esfera reproductiva, organización social de los cuidados

*El cuidado es una dimensión crucial del bienestar. Todas las personas necesitan cuidado a lo largo de sus vidas para poder sobrevivir. Durante mucho tiempo, se ha considerado que el cuidado es una responsabilidad "natural" de las mujeres, por lo que los costos de su provisión han recaído desproporcionadamente sobre ellas. Entre estos costos está el hecho de privarse de oportunidades en educación, empleo e ingresos, participación política y tiempo libre.*  
(Valeria Esquivel. 2013)

Como ya se ha señalado, la distinción entre trabajo productivo y reproductivo, basada en el sistema normativo de género de las sociedades occidentales, está vinculada con el proceso de construcción social, y con una desigual otorgación de privilegios, reconocimiento y valoración económica entre mujeres y hombres. Es decir, esta lógica favorece un reparto de cargas, tiempos, rentas y derechos que discrimina generalmente a las mujeres. En este contexto, a ellas se les otorga prácticamente todas las responsabilidades del trabajo doméstico y de cuidados, indistintamente de si también trabajan en mercado laboral (PNUD-UNIFEM, 2009).

#### **Definiendo los cuidados**

Desde que a finales de los años sesenta el movimiento feminista empezara a visibilizar todo el trabajo doméstico que era realizado por las mujeres en los hogares de forma no remunerada, se han ido utilizando diferentes conceptos para abordar dicho trabajo. En la actualidad coexisten distintos términos relacionados con el cuidado que varían según las corrientes teóricas y las distintas disciplinas (Esquivel, 2015). Siguiendo el recorrido conceptual que realizan diferentes autoras (Esquivel, 2011; Pérez Orozco, 2014a), matizaremos los conceptos de trabajo doméstico y trabajo reproductivo, hasta llegar al concepto más amplio de los cuidados. A pesar de los matices y

diferencias entre ellos, todos han estado unidos desde sus orígenes a la visibilización de las desigualdades de género (junto con las de clase social o etnia, entre otras), desnaturalizando el cuidado como algo exclusivo de las mujeres y relativo a su “esencia”.

Como se ha señalado, en torno a los años setenta, a través de la conceptualización del **trabajo doméstico** se puso el foco en cómo las personas dentro de los hogares distribuyen de forma desigual su tiempo para salir a trabajar al mercado laboral (principalmente los hombres) o quedarse dentro y encargarse de todo aquello relativo al mantenimiento del hogar de forma gratuita (principalmente las mujeres). El debate sobre el trabajo doméstico buscó comprender la relación entre capitalismo y división de género del trabajo, donde este trabajo era visto como la base material de la opresión femenina, y por ende debía ser abolido (Gardiner, 1996; Himmelweit, 1997).

Más adelante, con el concepto de **trabajo reproductivo** se da un desplazamiento ya no en la definición del fenómeno, sino en su propia conceptualización. Si en un primer momento era entendido como las actividades que se desarrollan en el marco del hogar, ahora se conceptualizará como aquellas actividades totalmente necesarias para reproducir la fuerza de trabajo (Benería, 1979). Por tanto, se saca a la luz la idea de reproducción social basada en sistemas de parentesco que suelen adjudicar papeles desiguales a mujeres y a hombres. Bajo este enfoque, la prioridad ya no era la abolición del trabajo reproductivo, sino entender que tanto la posición de subordinación de las mujeres como su desigual inserción en la esfera productiva, eran debidas a la distribución desigual de género del trabajo. Del mismo modo, también se puso énfasis en visibilizar el coste de la provisión de dicho trabajo para las mujeres (Picchio, 2003).

Posteriormente, a finales de los años noventa, se empieza a hablar de cuidados, partiendo de una concepción más amplia, promovida principalmente por la economía feminista. Desde esta aproximación se pone el foco no sólo en la dimensión material del trabajo doméstico o reproductivo, sino también en la dimensión afectiva e inmaterial del bienestar. Los **cuidados**, entendidos como una dimensión central del

bienestar, son definidos como aquellas actividades y prácticas que regeneran cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas en la sociedad en que viven (Rodríguez Enríquez, 2015).

Las necesidades humanas tienen una dimensión objetiva –bienes y servicios que responden fundamentalmente a aspectos biológicos– y otra más subjetiva que incluye los afectos, el cuidado, la seguridad psicológica o la creación de relaciones –igualmente esenciales para la vida–. Aun así, esta segunda dimensión ocupa un papel secundario en la mayoría de sociedades. El trabajo de cuidado, realizado fundamentalmente por las mujeres, indispensable para la supervivencia y la calidad de vida, tanto de las personas como de la sociedad, continúa siendo invisible (Carrasco, 2001, 2006).

Por tanto, según esta perspectiva el cuidado se da, o puede darse, de forma transversal en todos los ámbitos, desde la esfera del Estado, como la del mercado, del hogar o de la comunidad. Asimismo, los cuidados incluyen (i) el autocuidado; (ii) el cuidado directo de otras personas; (iii) la provisión de las precondiciones de cuidados, es decir, las actividades que establecen las condiciones materiales para realizar los cuidados directos (limpieza del hogar, compra, preparación de alimentos, etc.); (iv) la gestión mental de los cuidados, es decir, la organización, supervisión y planificación necesarias para que los cuidados de las personas salgan adelante (coordinación de horarios, traslados a centros educativos, de salud o a otras instituciones, planificar cuándo ir a comprar o lavar, etc.); y (v) la presencia o el tiempo disponible para realizar todas estas actividades. Por tanto, el cuidado permite atender las necesidades de personas que requieran específicamente determinadas atenciones (menores, personas mayores, enfermas, con alguna diversidad funcional, etc.), así como de aquellas que podrían proveerse a sí mismas de cuidados (Pérez Orozco, 2014a).

Finalmente, también se ha señalado que los cuidados son la base de la mayoría de los sistemas socioeconómicos de las sociedades actuales, en tanto a que generalmente la responsabilidad de cuidar es entendida como un trabajo de las mujeres y suele ser no remunerado; sumado a

que, al no ser remunerados, no se suelen valorar y no se miden y, como no se miden, no se conocen y no se toman en cuenta a la hora de diseñar políticas. En definitiva, porque al ser invisibles permiten que se utilicen gratuitamente como último elemento de reajuste del sistema socioeconómico (Pérez Orozco, 2009a).

### **Organización social de los cuidados**

*“El resquebrajamiento de ese antiguo e injusto modelo de gestión social de los cuidados [basado en la división de género del trabajo] vuelve urgente su reorganización. Sin embargo, ésta no se produce: ni el Estado asume una responsabilidad plena en el cuidado de la población; ni las empresas modifican sus ritmos y espacios de trabajo para facilitar la conciliación (...); ni se construyen otras estructuras comunitarias que se hagan cargo de los cuidados. Esta responsabilidad sigue recayendo en los hogares. En ellos, la ausencia de cambios significativos en las identidades masculinas supone que siga en manos de las mujeres. La insuficiente reacción del conjunto social desencadena una crisis de cuidados”*  
(Amaia Pérez Orozco, 2014a)

La organización social de los cuidados se refiere a la forma en la que cada sociedad establece una correlación entre sus necesidades de cuidado y la manera en que los actores que pueden dar respuesta a estas necesidades (hogares, estado, mercado y comunidad) se combinan y articulan para proveer y distribuir los cuidados (Rodríguez Enríquez, 2015). Por tanto, entendiendo que todas las personas a lo largo de su ciclo vital necesitan cuidados, su bienestar está en parte condicionado a la interrelación de estos agentes y al grado de corresponsabilidad que cada uno asuma (Aguirre, 2009).

La organización de los cuidados varía entre sociedades y, a pesar de que el papel que juega el Estado es clave para conocer su nivel de mercantilización –compra en el mercado– y familiarización –recae en las familias–, en general se trata de una organización injusta que crea desigualdades de género (entre otros ejes de desigualdad como el territorio, la etnia o la clase social). Esta injusticia se basa en que, a

pesar de que en algunos países como los del Norte de Europa existe una participación significativa del Estado, en general se parte de la concepción de que los cuidados deben ser provistos por los hogares y, dentro de los mismos, por las mujeres (Carcedo, Lexartza, & Chaves Groh, 2011; Pérez Orozco, 2009b). En América Latina, al igual que en otras regiones, dicha concepción deviene de la división de género del trabajo, junto con la construcción social de que las mujeres son cuidadoras por naturaleza y que por tanto tienen mayor capacidad para cuidar que los hombres (Rodríguez Enríquez, 2015).

Así pues, la organización actual de los cuidados es injusta en cuanto a que éstos no son asumidos realmente como una cuestión social sino más bien como una responsabilidad de las familias, y de las mujeres en particular, quienes además deben realizarlos en función de los recursos de los que disponen. Es decir, a su vez está marcada por una estratificación socioeconómica que genera fuertes desigualdades en el acceso a los cuidados, ya que los hogares que pertenecen a diferentes estratos socioeconómicos, tienen distintos grados de libertad y de capacidad para decidir cómo organizar los cuidados de las personas. (Batthyány, Genta, & Perrotta, 2015; Carcedo et al., 2011). De hecho, aquellos hogares de ingresos medios o altos pueden acceder a servicios de cuidados en el mercado (por ejemplo, mediante centros de educación infantil o centros de mayores) o bien pagar por ellos a través del empleo del hogar (en su mayoría realizado por mujeres). Estas posibilidades alivian la presión que tienen las mujeres de estos hogares sobre su propio tiempo de dedicación al trabajo no remunerado de cuidados, liberándolas además para poder realizar otras actividades como podrían ser el trabajo remunerado, el autocuidado o la formación (Rodríguez Enríquez, 2015). No obstante, estas posibilidades suelen estar limitadas o son simplemente inexistentes para aquellos hogares y mujeres de estratos socioeconómicos desfavorecidos, donde la presión que tienen sobre el tiempo de trabajo no remunerado de cuidados puede llegar a restringir sus posibilidades para realizar otras actividades como la participación en el mercado laboral o la disposición de tiempo de ocio.



En relación con la situación socioeconómica de las mujeres y de sus hogares, se ha señalado que en algunos países el tiempo que dedican al trabajo doméstico y de cuidados puede ser mucho mayor que en otros, debido a la relación directa que tiene con las condiciones de la vivienda. Por ejemplo, en Latinoamérica se ha visto que esta carga termina siendo más elevada y se ve intensificada en aquellos hogares, generalmente de clases sociales más desfavorecidas, donde no se dispone por ejemplo de electricidad, agua corriente, electrodomésticos que aligeren ciertos trabajos (no disponer de lavadora y por tanto tener que lavar a mano), o si el suelo es de barro (Milosavljevic, 2010; Rodríguez Enríquez, 2005).

En Centroamérica, también se ha constatado que la actual organización de los cuidados es injusta, es decir, está sustentada principalmente por el trabajo no remunerado de las mujeres, con una débil corresponsabilidad social por parte de los hombres o el Estado (Lexartza Artza, 2012). Además, cuando las mujeres combinan empleo y responsabilidades familiares, la carga total de trabajo es mucho mayor que para los hombres. Esto es debido a que, mientras la proporción de tiempo dedicado al trabajo no remunerado de cuidados de las mujeres es mucho mayor que el tiempo empleado en el trabajo remunerado, para los hombres ocurre en el sentido contrario.

Por ejemplo, en 2011 en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica, las mujeres dedicaron más del doble de horas que los hombres al trabajo no remunerado de cuidados (aproximadamente 37 y 16 horas semanales, respectivamente). Asimismo, la carga total de trabajo para ellas fue de casi 73 horas a la semana y de 66 horas para ellos (CEPAL, 2011). También en el mismo año, en el área urbana de Guatemala, las mujeres dedicaron 5.9 horas diarias al trabajo no remunerado de cuidados, frente a las 2.6 horas de los hombres. La carga total de trabajo fue de 13.3 y 11.2 horas diarias para mujeres y hombres, respectivamente (INE, 2011).

En el caso de Honduras, mientras que las mujeres invirtieron diariamente tres horas y 24 minutos al trabajo no remunerado de cuidados, el de los hombres fue de 41 minutos en el 2009. También se

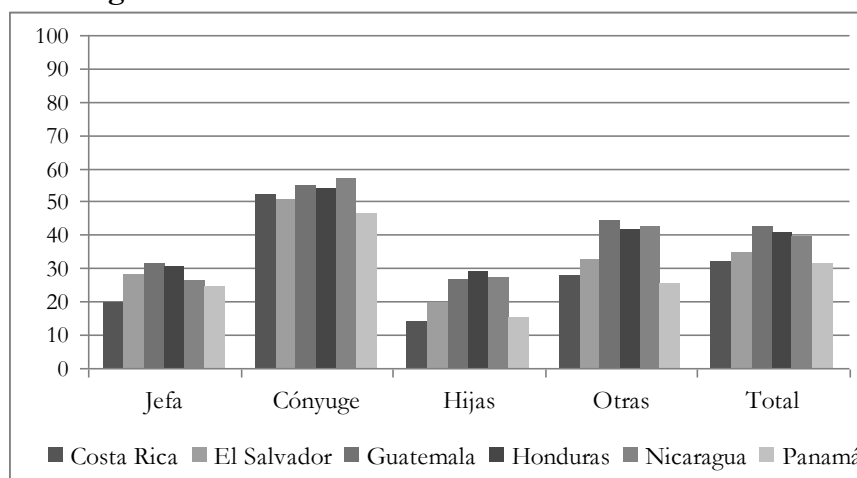
constató que la presencia de menores de seis años en el hogar incrementó en algo más de una hora el tiempo dedicado a estos trabajos en las mujeres, mientras que no hubo diferencias significativas para los hombres. Igualmente, este estudio mostró que la convivencia en pareja implicó un mayor tiempo dedicado al trabajo no remunerado, siendo éste de 4 horas y 48 minutos diarios (INE, 2013).

Es importante señalar que esta organización de los cuidados injusta de la región centroamericana persiste, a pesar de las grandes transformaciones en la estructura familiar que se han producido en las últimas décadas, al igual que ha sucedido en toda la región latinoamericana. Hasta los años setenta, hubo un predominio de familias nucleares de padre, madre y varias niñas y niños, con un modelo clásico de división de género del trabajo. Sin embargo, actualmente este modelo sólo representa alrededor de un tercio de las familias en la región, ya que han incrementado otros tipos de familias (Ariza & De Olivera, 2004). Por ejemplo, alrededor de 2011, la proporción de hogares formados por una sola persona osciló entre el 15% de Panamá y el 4% de Nicaragua; la de familias nucleares sin hijas/os varió entre el 10% de Costa Rica y Panamá al 4% de Nicaragua; y la proporción de hogares monoparentales osciló entre el 14% de Costa Rica, el 13% de El Salvador y el 10% de Honduras (CEPAL, n.d.). Un cambio importante en estas estructuras es que alrededor de un tercio de todos los hogares centroamericanos tuvieron jefatura femenina, principalmente en aquellas familias extensas y monoparentales. De hecho, en este último tipo de familia, la proporción de hogares que tenían jefatura femenina fue del 90% aproximadamente en toda la región (Ariza & De Olivera, 2004).

Asimismo, también es destacable que, como podemos observar en la Figura 1, la estructura familiar, y más concretamente la posición de parentesco dentro del hogar, afecta a la proporción de mujeres que se dedican en exclusiva a los trabajos domésticos y de cuidados. Si en general hay un 37% de mujeres que se dedican sólo a estos trabajos, las proporciones varían entre el 32% de Costa Rica y el 42% de Guatemala y la proporción aumenta hasta aproximadamente un 50%

en aquellas que conviven con su pareja (conyugues)<sup>4</sup>, oscilando entre el 46% de Panamá y el 57% de Nicaragua. Contrariamente, esta proporción disminuye para aquellas que son jefas de hogar, donde la proporción de mujeres que se dedican exclusivamente a los trabajos domésticos y de cuidados varió entre el 19% de Costa Rica y el 31% de Guatemala. En último lugar, también cabe mencionar que las transformaciones en la estructura familiar no se han considerado a la hora de diseñar las políticas públicas actuales de la región latinoamericana, las cuales no tienen en cuenta el trabajo no remunerado de las mujeres, derivando en una sobrecarga de trabajo para ellas y en la generación de significativas desigualdades de género (Arriagada, 2009).

**Figura 1. Proporción de mujeres con dedicación exclusiva al trabajo doméstico y de cuidados, según posición de parentesco en el hogar. Centroamérica.**



Elaboración propia. Fuente: CEPALSTAT. Base de Datos y Publicaciones Estadísticas. Datos del 2010 para todos los países, excepto para Guatemala (2006) y Nicaragua (2009)

<sup>4</sup> La medición estándar que se suele hacer en los censos y encuestas de hogares de la posición en los hogares tiene un sesgo sexista derivado de los roles asignados a mujeres y a hombres en el sistema sexo-género de las sociedades. Ésta se construye en base al sexo de la jefatura del hogar y de la presencia del cónyuge, considerándose siempre al hombre como jefe y a la mujer como cónyuge, y si la mujer es jefa de hogar es asumido que no existe un cónyuge hombre. Además, tampoco se considera la posibilidad de jefatura compartida entre géneros o entre diferentes generaciones etarias (Arriagada, 2002).

### **1.1.4. Desigualdades de género en la esfera productiva**

A pesar de los mandatos de las normas de género y la existencia de la división de género del trabajo, las mujeres también han participado históricamente en la esfera productiva. Sin embargo, lo han hecho en condiciones desiguales frente a los hombres en lo que se refiere a su inserción, permanencia y salida del mercado laboral (Carrasco et al., 2011; Espino, 2011).

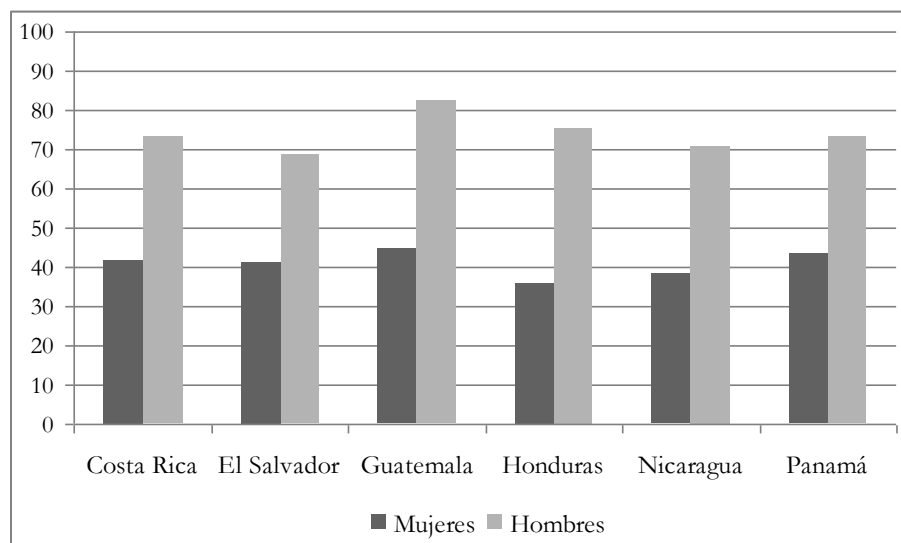
#### **Participación en el mercado laboral**

Entre los indicadores de las desigualdades de género en el mercado laboral se encuentra la baja participación de las mujeres en el mismo, aunque pueden observarse algunas diferencias entre países. Al igual que en muchas de las sociedades occidentales, en América Latina ha habido una entrada masiva de la participación de las mujeres en el mercado laboral desde los años setenta, pero su participación sigue estando muy por debajo de la de los hombres (CEPAL, 2004). Este incremento ha sido en gran parte debido a procesos de autonomía de las mujeres, así como a la mejora del nivel de escolaridad de éstas, el descenso y postergación de la fecundidad, los cambios en las estructuras familiares, el aumento de los divorcios y de los hogares monoparentales con jefatura femenina, y la necesidad de generar ingresos tras la caída de salarios y de empleos estables de los hombres (Espino, 2012).

En Centroamérica, la tasa de participación de las mujeres mayores de 15 años en el mercado laboral ascendió del 35% al 43% de 1999 a 2010, siendo estos porcentajes del 84% y del 79% en el caso de los hombres, respectivamente (ONU, 2010). Además, como se puede observar en la Figura 2, existen ciertas diferencias entre los países centroamericanos. En el 2007, la tasa de participación de mujeres de doce años o más osciló entre el 36% de Honduras y el 43% de Panamá, mientras que la de los hombres varió entre el 69% de El Salvador y el 83% de Guatemala (Obando Montero, Rojas Molina, & Pineda Muñoz, 2009). Finalmente, es importante señalar que, a pesar de que las mujeres se han incorporado al trabajo remunerado, como

hemos visto, los hombres no se han incorporado más a los trabajos reproductivos-no remunerados, lo que repercute en una sobrecarga de trabajo para las mujeres, remunerado y no remunerado, generando lo que se ha denominado como “doble jornada” de trabajo, o triple si se incluye el trabajo comunitario (CEPAL, 2010).

**Figura 2. Participación (%) en el mercado laboral por países, según sexo. Centroamérica, 2007.**



Elaboración propia. **Fuente:** Observatorio Laboral de Centroamérica y República Dominicana, Organización Internacional del Trabajo, 2009.

A pesar del incremento en la participación laboral de las mujeres, éstas suelen ocupar los empleos más precarios, peor remunerados (incluso para el mismo nivel de estudios y de ocupación que los hombres), con altos grados de informalidad, de inseguridad laboral, temporales y con jornadas parciales, generando por tanto desigualdades de género en el mercado laboral (CEPAL, 2004; Obando Montero et al., 2009). Esto a su vez deriva en un acceso restringido a las oportunidades de empleo e ingresos, que está en estrecha relación con la sobrerrepresentación de las mujeres en los grupos sociales con menos recursos o en situación de pobreza<sup>5</sup>, es decir, deriva en lo que se ha denominado como

<sup>5</sup> En la presente tesis, no se utilizarán los términos “personas pobres” o “personas trabajadoras pobres”, sino que siempre nos referiremos a “personas en situación de pobreza”, porque pensamos que es más adecuado, ya que la falta de recursos

“feminización de la pobreza” (Ariza & De Olivera, 1999). Al mismo tiempo, también se ha puesto en evidencia que con la flexibilización y la desregulación de los mercados laborales en el mundo, desde los años setenta ha habido un continuo proceso de “feminización de la fuerza laboral”, por un lado por la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, donde hubo un mayor aumento de la tasa de participación de las mujeres que la de los hombres; y por otro lado, por el deterioro de las condiciones de trabajo en los empleos que eran previamente realizados por hombres, lo que ha conllevado a que la estructura de la fuerza laboral se “feminice”, es decir, los trabajos adoptan características asociadas al trabajo de las mujeres, como por ejemplo los salarios bajos, la parcialidad o la temporalidad (Standing, 1999a).

Otra cuestión importante a señalar es que, mientras la incorporación en el mercado laboral de ellas depende del nivel socioeconómico, de la edad, del nivel de estudios, y de las responsabilidades de cuidados; la participación de ellos es relativamente estable para todos los grupos sociales y sin relación con las características familiares y de cuidados (CEPAL, 2010). Por ejemplo, al analizar la condición de “inactividad” en el mercado laboral en el 2007, para las mujeres centroamericanas, el motivo principal por el cual no buscaban empleo fue el trabajo doméstico. Esta fue la razón para el 56% de las mujeres en Costa Rica, el 65% en El Salvador, el 65% en Honduras, el 57% en Nicaragua y el 59% en Panamá. En cambio, para los hombres en la misma situación, el principal motivo para estar fuera del mercado laboral fueron los

---

materiales no es una característica inherente a las personas. Nuestro enfoque es cercano a la corriente alternativa que prefiere utilizar el concepto de “exclusión social”. En Latinoamérica a partir de los años ochenta se expande el enfoque de la pobreza, centrándose principalmente en resolver la privación material de la población, y donde la única vía para integrarse en la sociedad es a través del consumo. Dicho enfoque ha sido muy criticado por utilizar un concepto neoliberal que se caracteriza por ser estático y no relacional, que despolitiza la parte social inherente del problema (Pérez Sáinz & Mora Salas, 2006). Es decir, pone el foco en lo individual, en lugar de en las estructuras. En cambio, el enfoque de la exclusión social es más holístico y argumenta que en los mercados básicos, como el laboral, hay procesos de extremo desempoderamiento (por ejemplo, la falta de poder de negociación de las condiciones de trabajo entre las personas asalariadas), que puede derivar en una no participación de la ciudadanía social en las dinámicas básicas de pertenencia a la sociedad. Este proceso es el fenómeno de exclusión social.

---

estudios: más del 60% en Costa Rica, Honduras y Nicaragua, 40% en El Salvador, y 49% en Panamá (Obando Montero et al., 2009).

Al mismo tiempo, un estudio realizado alrededor del 2004, en Guatemala, Honduras y Nicaragua, encontró que, al igual que ocurre en el resto de Latinoamérica, la participación de los hombres fue bastante homogénea según diferentes niveles de escolaridad e ingresos. Por ejemplo, en Nicaragua osciló entre el 70% y el 89% en aquellos con mayor y menor nivel de estudio, respectivamente; y entre el 80% y el 82% entre los hombres pertenecientes a hogares con menores o mayores ingresos en el hogar, respectivamente. Sin embargo, para las mujeres existía una marcada diferencia según nivel de estudios, ingresos en el hogar, y responsabilidades de cuidados (Weller, 2009).

Las mujeres de estos tres países pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas reportaron unas tasas de participación entre el 30% y el 42% para aquellas con menos de cuatro años de educación formal, y alrededor del 30% para aquellas del quintil de ingresos más bajo. En cambio, las mujeres de las clases más favorecidas de estos países reportaron las tasas de participación más altas (entre el 62% y el 71% en aquellas con más de doce años de educación formal, y entre el 60% y el 65% para aquellas pertenecientes a los hogares del quintil más alto de ingresos). No obstante, esta participación dependió de las responsabilidades de cuidados: mientras que para las mujeres sin menores (de 6 años) en el hogar la tasa de participación sube aproximadamente hasta el 50% en Guatemala y Nicaragua, y al 43% en Honduras, para las mujeres con tres o más menores la tasa descendió al 34% en Guatemala, 44% en Nicaragua y al 27% en Honduras. Finalmente, también es importante destacar que estas responsabilidades no afectan en la participación de las mujeres de clases sociales más favorecidas que se mantiene bastante estable, pero sí en aquellas de clases más desfavorecidas. En efecto, la tasa de participación en las mujeres con menos de cuatro años de estudios, descendió del 42% al 31% en Guatemala, del 43% al 40% en Nicaragua y del 35% al 32% en Honduras en función de si no tenían menores o si tenían tres o más menores a su cargo, respectivamente.

Por último, las mujeres no sólo tienen unas menores tasas de participación en el mercado laboral, sino que generalmente también tienen tasas de desempleo mayores que los hombres. Con la excepción de El Salvador, esto ocurre en el resto de países centroamericanos. Alrededor de 2013, en Costa Rica el 11% de mujeres frente al 8% de hombres estuvieron desempleadas, siendo estas tasas del 6% versus el 3% en Honduras, respectivamente, del 4% de mujeres versus el 2% de hombres en Guatemala, del 9% frente al 7% en Nicaragua, respectivamente, del 5% frente al 3% en Panamá, respectivamente, y la excepción de El Salvador, donde el 4% de las mujeres estaban desempleadas en comparación con el 7% de los hombres (Jiménez Lara, Quezada García, & Huete García, 2014).

### **Segregación de género en el mercado laboral**

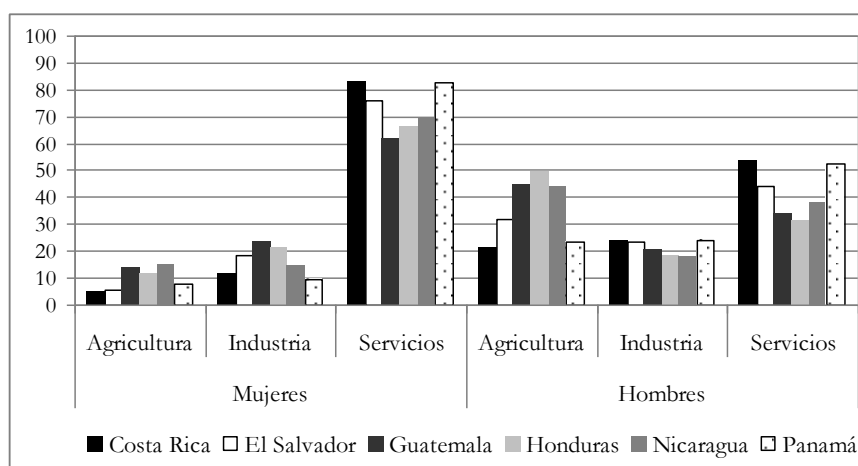
Aunque la entrada masiva de las mujeres en la esfera productiva-remunerada provoca *a priori* una reestructuración del modelo social de género de mujer cuidadora/hombre proveedor, los roles de género asociados a mujeres y hombres, y la situación de desigualdad que se deriva, tienden a mantenerse en un mercado laboral segregado de género (Anker, 1998; Kreimer, 2004).

Por un lado existe una **segregación horizontal**, de manera que mujeres y hombres se concentran en sectores distintos. Así, se produce una feminización de determinados sectores de actividad y ocupaciones que muchas veces tienen que ver con los roles tradicionales de género y que suelen estar caracterizados por altos niveles de informalidad, temporalidad, salarios bajos, pocas oportunidades, así como un acceso limitado a la formación continuada (Espino, 2011). Por ejemplo, en Centroamérica, junto con el proceso de migración del campo a la ciudad, la actividad económica está trasladándose de la agricultura a la industria y a los servicios (Monge, Carmenate, Piedra, Aragón, & Partanen, 2010). En este proceso, podemos observar cómo la concentración de las trabajadoras centroamericanas en los servicios es mucho más elevada que la de los hombres, perpetuando los roles de género que pueden representar muchas de las ocupaciones dentro de este sector. Como se puede



observar en la Figura 3, en 2010, la mayoría de mujeres trabajaba en el sector servicios, variando entre el 83% de Costa Rica y el 62% de Guatemala (OIT, n.d.).

**Figura 3. Distribución de sectores de actividad (%) según sexo. Centroamérica, 2010.**



Elaboración propia. Fuente: KILM 8ª edición, OIT.

Mientras los hombres se concentran más en ocupaciones como directivos de la Administración pública y de la empresa privada, y como profesionales y técnicos de física, química, matemática e ingeniería, las mujeres se concentran más en ocupaciones como profesionales y técnicas de la enseñanza, técnicas y profesionales medias de ciencias biológicas, medicina y salud, apoyo administrativo, y como vendedoras en locales y servicios directos (Obando Montero et al., 2009). En concreto, el empleo de hogar no representa ni el 1% de la ocupación de los hombres en Centroamérica, mientras que para las mujeres representa el 16% en Costa Rica, el 8% en El Salvador y en Honduras, y el 11% en Nicaragua y en Panamá, del total de sus ocupaciones en 2010 (CEPAL, 2012). Por tanto, las ocupaciones de las mujeres, como ya apuntábamos, reproducen los roles de género asignados a la femineidad. Por otro lado, al ser trabajos feminizados gozan de menor reconocimiento social y económico, de forma que se da una discriminación salarial (indirecta) para las mujeres. Además, aunque las ocupaciones “masculinizadas” son las que generalmente

tienen una mejor remuneración salarial, también sucede que a misma ocupación, las mujeres tienen un salario inferior al de los hombres, hecho que configura una situación de discriminación directa para ellas.

Por otro lado, también existe una **segregación vertical** del mercado laboral, es decir, las mujeres suelen estar infrarepresentadas en ocupaciones de alto status y sobrerrepresentadas en ocupaciones de bajo estatus, hecho que refuerza el efecto de la segregación horizontal (Kreimer, 2004). Este fenómeno se ha denominado “suelo pegajoso” y se refiere a que las mujeres quedan relegadas a las ocupaciones de nivel más bajo en la jerarquía organizacional y ocupacional, y por ende con menor productividad, menores niveles de remuneración, poca calificación, menor acceso a la seguridad social, etc. Ejemplo de ello son las ocupaciones de oficina, meseras o enfermeras (Grau Crespo & Artza, 2010). Dicho fenómeno se complementa con el “techo de cristal”, que hace referencia a la existencia de determinados obstáculos a la hora de escalar posiciones jerárquicas para las mujeres. Es decir, en sus carreras laborales existe una superficie superior invisible, que no les permite ascender a puestos de mayor categoría profesional. Es invisible debido a que no existen leyes, dispositivos sociales formalmente establecidos o códigos visibles que impongan esta limitación, sino que ésta se construye en el terreno de las normas no escritas, en la propia cultura de las empresas, con un nivel sutil y difícil de detectar (Espino, 2011).

Por tanto, se generan desigualdades de género en el mercado de trabajo a través de la exclusión o segregación de las mujeres para ciertas ocupaciones mediante ciertas prácticas de contratación favorables a los hombres, así como de obstáculos para obtener ascensos o progresar profesionalmente (OIT, 2003b). Por ejemplo, al igual que ocurre en todas las regiones, en la centroamericana, hay aproximadamente una mujer legisladora por cada tres hombres legisladores. Además, en la enseñanza mientras que las mujeres centroamericanas representan el 83% de las docentes de la escuela primaria, este porcentaje disminuye hasta un 42% entre el personal docente universitario (ONU, 2010). Éste último caso es un claro ejemplo tanto de segregación vertical como horizontal.

## 1.2. Economía informal

### 1.2.1. Orígenes, evolución histórica, y teorías en tensión

*“Es difícil entender los profundos cambios que estamos experimentando sin situarlos en un horizonte temporal mayor, que dé cuenta de las grandes transformaciones que significan la emergencia y la evolución de las sociedades modernas.”*  
(Rosalba Torado, 2004)

La informalidad (en el trabajo) es un fenómeno que ha ido conceptualizándose y modificándose a lo largo de los años, dando lugar a tensiones entre las distintas definiciones y teorías dominantes debido a que otorgaban significados que podían llegar a ser muy diferentes entre sí. Sin embargo, intentando dar respuesta a la necesidad de comprender, definir y medir un conjunto impreciso de gran parte de la población trabajadora mundial, el concepto informalidad fue tomado rápidamente por diferentes disciplinas, por el conjunto de las ciencias sociales, por organismos internacionales, y por la sociedad en general (Busso, 2010).

#### **De la economía tradicional al sector informal: corriente dualista**

La evolución de las teorías, las definiciones, naturaleza y significados de la informalidad han ido desarrollándose a lo largo de la historia, principalmente a través de la óptica de los modelos económicos dominantes. A pesar de que, como veremos posteriormente, el origen del concepto no surge hasta los años setenta, a mediados del siglo pasado existía lo que se denominaba como “economía tradicional”, que englobaba a ciertos tipos de trabajos eventuales, la venta al por menor y a pequeñas empresas de producción a pequeña escala, y donde esta economía era vista como atrasada, marginal e improductiva (Chen, 2012).

En estos años, el modelo económico que predominaba era el del desarrollo, donde los países de renta alta (definidos como

“desarrollados”) tenían una economía moderna, dinámica y con una alta productividad, que se basaba en un modelo de producción fordista sostenido por grandes inversiones de capital y alta tecnología. Dicho modelo se caracterizó por una mejora no sólo de la productividad, sino también de los salarios de la población trabajadora, augurándose además como un modelo económico que generaría empleos estables y bien remunerados (Bueno Castellano, 2009). Sin embargo, este tipo de empleo estaba reservado principalmente para los hombres, promoviendo la división de género del trabajo. Por tanto, la relación laboral característica de este modelo de organización de la producción/reproducción, donde el sistema de protección iba asociado a la producción, pero cubriendo también la esfera de la reproducción, operó como instrumento de regulación de las relaciones de género (Todaro, 2004). Es decir, los derechos sociales iban asociados al trabajo remunerado, pero eran ampliables a la unidad familiar. Por tanto, no eran sistemas de derechos sociales universales, sino asociados a la persona trabajadora (generalmente hombres) y a su familia, no siendo titular de estos derechos quien no tuviera un vínculo con el trabajo productivo.

En contraposición a este modelo económico se encontraban los países de renta media o baja (o “en desarrollo” como también eran definidos) que tenían economías tradicionales, pero que se vaticinaba su extinción y transformación en economías modernas mediante la combinación de políticas adecuadas y de recursos económicos (Chen, 2007). Esta creencia de que a medida que la economía de los países se modernizaran, el sector tradicional (que se podría denominar informal) sería poco a poco absorbido por la economía moderna capitalista (que se podría denominar formal) porque esta última generaría suficientes empleos modernos, unido a que una mayor acumulación del capital revertiría en el incremento de los salarios de la población trabajadora de los países de renta baja o media, es la base del trabajo del economista Arthur Lewis, también conocido como “Lewis turning point” (punto de inflexión de Lewis), y queda reflejado en su trabajo por el que pocos años después recibió el Premio Nobel en Economía (Lewis, 1954). Asimismo, también se ha señalado que esta teoría se afianzó una vez terminada la Segunda Guerra Mundial, gracias a la

exitosa reconstrucción de Europa y Japón, unido al considerable aumento de la producción en masa en Europa y Norteamérica (Chen, 2012).

Para poder llegar a convertirse en economías desarrolladas, una de las medidas que utilizaron los países denominados “en desarrollo” fue el fomento de modelos de industrialización a través de la sustitución de importaciones, favoreciendo la entrada de empresas transnacionales en sus territorios (Bueno Castellano, 2009). Estas empresas no se comprometieron a generar empleos de forma masiva, pero sí que condicionaron su establecimiento a que ciertas medidas fueran llevadas a cabo por los gobiernos de estos países, como inversión para modernizar las infraestructuras o la realización de campañas de alfabetización y de salud para mejorar las condiciones de la población trabajadora. Estas medidas supusieron un gran crecimiento de la población, que a su vez se concentró en las grandes ciudades donde se habían instalado las empresas transnacionales. Sin embargo, en la mayoría de países de renta media o baja la entrada de estas empresas no revirtió en una mejora significativa de su competitividad industrial a nivel internacional, lo que derivó en una marginalización creciente de su industria frente a la de los países de renta alta, y en una gran desigualdad dentro de los países (Mortimore, 1993).

En este sentido, el antropólogo Clifford Geertz ya apuntaba a principio de los años sesenta, en un estudio llevado a cabo en dos ciudades de Indonesia, que la economía en estos países estaba separada en dos (Geertz, 1963). Por un lado estaba la economía centrada en un modelo de empresas (“firm-type”), compuesta principalmente por corporaciones occidentales que se beneficiaban de la protección de la ley estatal; por ejemplo, se les proporcionaba protección de derechos de la competencia, con la consecuente acumulación sistemática del capital. Por otro lado existía una economía de tipo bazar o zoco (“bazaar-type”), que concentraba a la mayoría de personas de la ciudad trabajando en la calle y que se caracterizaba por ser individualista, sin protección institucional y con una nula acumulación del capital.

Desde mediados de la década de los sesenta la teoría de Lewis fue quedando desacreditada, el fracaso del modelo de desarrollo para los países de renta baja o media era evidente, se hacía notable la persistencia e incluso el incremento del desempleo y del subempleo en estos países, así como las enormes desigualdades que existían dentro de los mismos (Singer, 1970). Para intentar dar respuesta a la preocupación existente frente a este panorama, la OIT organizó diferentes misiones multidisciplinarias para estudiar el empleo en países de renta baja o media a principio de los años setenta.

En 1971, en uno de estos estudios, nace el concepto de informalidad de la mano del antropólogo Keith Hart, que lo definió como “sector informal” (1973). Hart analizó el empleo urbano en la ciudad de Accra (Ghana) en función de las oportunidades de ingreso formal e informal, focalizándose en las actividades de bajos ingresos que llevaban a cabo personas sin formación ni estudios que habían migrado a Accra y que no encontraban empleo asalariado. La conclusión de este estudio apuntaba a que coexistían de forma paralela dos economías, una formal y otra informal, distinguiendo además entre empleo asalariado, que definió como empleo formal, y empleo por cuenta propia, definido como empleo informal. El sector informal se componía de pequeñas empresas con escasos recursos, tanto materiales como financieros, que realizaban actividades de baja productividad.

Por tanto, mientras que los ingresos formales provenían de actividades económicas que estaban reguladas, los salarios informales, ya fueran legales o ilegales, estaban fuera de cualquier tipo de regulación. Además de esta dicotomía, este estudio evidenciaba que las personas en situación de pobreza que no tenían empleo asalariado estaban trabajando, no desempleadas, sino que desarrollaban sus propios medios de subsistencia y que, además, este trabajo les otorgaba cierta capacidad autónoma para generar ingresos, aunque éstos eran bajos e insuficientes debido a la baja productividad de las actividades que realizaban. Asimismo, según este autor, el planteamiento de economías paralelas en las grandes ciudades era una realidad extrapolable al resto de países de renta media o baja de África, Asia y América Latina.

En paralelo a este estudio, otra de las misiones de la OIT aplicó el concepto de sector informal en un estudio llevado a cabo en Kenia, para referirse a lo que antiguamente se denominaba sector tradicional (OIT, 1972). Dicho estudio mostró que el sector informal estaba conformado por actividades marginales, pero también por empresas rentables y eficientes que eran productivas y dinámicas, características usualmente atribuidas al sector moderno o formal. De esta forma, también apuntó que el sector informal tenía gran potencial de creación de empleo y de reducción de la pobreza, disminuyendo la brecha entre quienes tenían trabajo (formal) y quienes no y, por tanto, favoreciendo una mayor equidad en la distribución de los ingresos.

Ambos estudios, con una perspectiva que se denominó “**dualista**” de economías paralelas, han sido considerados como el punto de inicio del estudio de la informalidad. Una vez acuñado el concepto de sector informal, durante las siguientes décadas se utilizó en múltiples investigaciones alrededor del mundo que trataban de describir la realidad de los mercados de trabajo, dando lugar a nuevas y/o complementarias teorías acerca de su naturaleza (Chen, 2005). Aunque el debate ha sido y sigue siendo muy extenso, nos centraremos en aquellas perspectivas dominantes a lo largo de la historia, así como en sus autores/as más relevantes.

En América Latina, a finales de los años setenta y durante los años ochenta, surgen otras vertientes explicativas, como la promovida por el economista Víctor Tokman, director del Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC) de la OIT (Tokman, 1978). La interpretación, también de cierto corte dual<sup>6</sup>, que se hace del sector informal urbano lo define como aquel que engloba, bajo una lógica de supervivencia, a quienes no consiguen ingresar en la

---

<sup>6</sup> En la mayoría de la literatura sobre las teorías de la informalidad incluyen la perspectiva de Tokman y de la PREALC dentro de la corriente dualista. A pesar de que la conceptualización que se hace responde a las características de dicha corriente, a mediados de los noventa hacen una puntualización al respecto, acercándose también a otras corrientes explicativas de la informalidad que veremos más adelante: “(...) el marco de análisis establecido entre los dos sectores se distingue del dualismo debido a que existen relaciones entre los dos sectores y diferentes grados de homogeneidad en los mismos” (Souza & Tokman, 1995).

economía formal moderna y que constituyen un excedente de mano de obra que se crea debido a la insuficiente creación de (buenos) empleos en la economía formal, y su incapacidad para absorberlo. Por tanto, debido a la facilidad de acceso en términos de capacidad, como de capital y organización, la informalidad ofrecía una solución a la necesidad de las personas de sobrevivir, a través de la producción o venta a pequeña escala de bienes y servicios. Tokman parte de la tesis de que el sector informal urbano es, por tanto, un fenómeno que se caracteriza principalmente por el hecho de que se da en las urbes, debido al excedente estructural de mano de obra, asociado a situaciones de pobreza, con una pequeña escala de producción y baja acumulación de capital, y que estaba compuesto tanto de microempresas, como de personas por cuenta propia, empleo de hogar o familiares no remunerados.

Por último, este autor también saca a la luz otra de las particularidades de la informalidad. A través del análisis del efecto de la crisis económica y de los programas de ajuste estructural sobre el empleo y los salarios que se dio en Latinoamérica en los años setenta, postuló que en algunos países el empleo en el sector informal, así como el desempleo abierto, crece durante los periodos de crisis económica (Tokman, 1984). Este planteamiento se vio corroborado posteriormente tanto en la crisis de Asia oriental de la década de los noventa, como con los programas de ajuste estructural de África o con la transición económica de la antigua Unión Soviética y de Europa central y oriental, donde hubo un incremento considerable de personas con empleos en el sector informal, debido a la reducción de personal o al cierre de muchas empresas y donde, ante la imposibilidad de encontrar un empleo en la economía formal, terminaban insertándose en la economía informal (Chen, 2012; Lee, 1998).

### **Economías paralelas, desde un enfoque neoliberal: corriente legalista**

De forma más o menos paralela durante los años ochenta, y también en la región latinoamericana, otra de las corrientes que destaca en cuanto al estudio y la formulación de teorías sobre la informalidad es



la propuesta por Hernando de Soto que, con una perspectiva neoliberal denominada **“legalista”**, se focaliza en el marco regulatorio formal. De Soto abre esta nueva corriente con un estudio realizado en los barrios marginales de Lima, siendo un encargo del gobierno, con el propósito de solucionar el problema de recaudación de impuestos de la gran cantidad de pequeños negocios en las zonas urbanas (De Soto, 1987).

Desde esta perspectiva se concibe el sector informal como aquel que funciona de manera “extralegal” o ilegal, es decir, al margen de la ley y de la regulación del estado. Entre los hallazgos más importantes que apuntaba este autor destaca la visión positiva de las empresas y personas microempresarias informales que se erigían como actores eficientes y productivos y que eran la base de la economía de los países de renta baja o media. Asimismo, encuentra que existe toda una red de apoyos y alianzas entre este tipo de empresas que trabajan con sus propias normas independientemente de la estructura encorsetada de la burocracia del Estado. En este sentido, hace una fuerte crítica al Estado, ya que sostiene que la informalidad emerge como una respuesta popular a la excesiva, costosa y rígida regulación estatal. Por tanto, las personas optan por mantenerse en una situación de informalidad como manera de evitar los costos, el tiempo y el esfuerzo del registro formal. De esta forma, el gobierno favorece y beneficia con sus políticas a los intereses “mercantilistas” de las empresas formales. Finalmente, argumenta que para formalizar el sector informal, el gobierno debería romper las barreras burocráticas flexibilizando y simplificando la burocracia que las empresas tienen que llevar a cabo para su registro formal.

Esta perspectiva fue adoptada por diferentes gobiernos y agencias privadas como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo, que fomentaban programas para capacitar a las personas “emprendedoras”, se formulaban propuestas para simplificar la tramitología, pero a su vez también se generaban mecanismos coercitivos de control de las actividades “ilegales” que llevaban a cabo las empresas informales (Biles, 2009; Bueno Castellano, 2009).

### **De las economías paralelas a la relación entre las economías desde una perspectiva marxista: corriente estructural**

Tanto las perspectivas dualista como la neoliberal o legalista fueron criticadas por asumir que las actividades informales están desvinculadas del sector formal y por idealizar las actividades informales empresariales que *a priori* no parecen resolver los problemas de desempleo y de pobreza en los países de renta media o baja (Moser, 1978). Es entonces cuando, de la mano de la antropóloga Caroline Moser y el sociólogo Alejandro Portes entre otras personas, surge una nueva corriente explicativa, de corte neo-marxista, que parte de una perspectiva denominada **“estructural”** (Breman, 1976; Portes, Castells, Benton, 1989). Este abordaje entiende la economía informal como unidades económicas (microempresas) y personas trabajadoras subordinadas y dependientes de la economía capitalista formal, que son utilizadas para reducir costes de mano de obra y de esta forma incrementar la competitividad de las grandes empresas.

Por tanto, señala que la economía informal se relaciona directamente con la economía formal, ya que se da como resultado de las prácticas de las empresas formales a través, por ejemplo, de la subcontratación o de la externalización de actividades. Esto responde a la necesidad de descentralización y de adaptación a la globalización de los mercados de trabajo (con sus consecuentes cambios en la división internacional del trabajo) por parte de las empresas. En esta teoría se sostiene además que los gobiernos deberían regular y controlar las relaciones comerciales y de empleo entre grandes empresas capitalistas y las personas trabajadoras subordinadas, debido a que se trata de relaciones desiguales.

Otras de las grandes aportaciones de esta corriente de pensamiento fueron, por un lado, y a diferencia del resto de perspectivas explicadas con anterioridad, que se comenzaron a incorporar cuestiones de género, ya que empezó a contemplar la estrecha relación entre el ámbito de la reproducción y el de la producción, aunque la profundización en los temas de género siguió siendo insuficiente dentro de esta perspectiva (Bueno Castellano, 2009).

Por otro lado, reconoce la presencia del sector informal como fenómeno globalizado que también se daba en países de renta alta así como en zonas rurales. Efectivamente, desde la década de los ochenta en muchos países de renta alta, como los norteamericanos o los europeos, se estaba llevando a cabo una reorganización de la producción pasando de la producción en masa a una producción a pequeña escala, descentralizada y flexible. Ello derivó en la informalización de las relaciones de empleo, con el incremento de los trabajos atípicos o no-estándar, trabajos a destajo, subcontratados, bajos salarios y con pocas o ningunas prestaciones sociales. Por tanto, al igual que las crisis económicas hacen que se expanda la economía informal, la globalización de la economía que se inició en los años noventa también supuso, y ha supuesto, la informalización del empleo en muchos sectores y países, a través de la flexibilización en el trabajo en los países industrializados (Standing, 1999b).

Además, la globalización dio lugar a que empresas de países industrializados o de renta alta subcontrataran la producción a otras empresas o, en muchos casos, incluso llevaran sus procesos de producción a países de renta media o baja, a modo de abaratar los costes de salarios y de reducir el número de personas trabajadoras con contratos permanentes.

### **Corrientes de pensamiento en la actualidad: visiones más integradoras**

Con el comienzo del siglo XXI aflora de nuevo el interés por el estudio de la informalidad y también por su medición estadística. De hecho, como veremos en el siguiente apartado, a principios del 2000 la OIT añade un nuevo elemento al debate sobre la informalidad, para intentar superar las tensiones entre las diferentes perspectivas, acuñando el término de “economía informal” con el fin de englobar no sólo a las personas que trabajan en el sector informal, sino a todas aquellas que trabajan sin protección en empleos informales, dentro o fuera del sector informal (OIT, 2002).

Asimismo, en esta nueva era surge otra perspectiva, también de corte neoliberal, denominada “**voluntarista**”, que es introducida por el

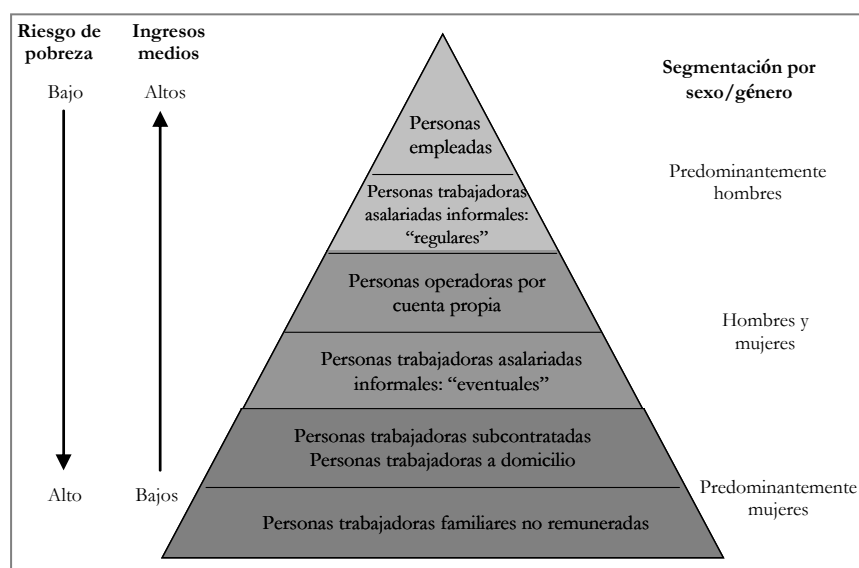
economista del Banco Mundial William Maloney, y que se aplica a todos los países independientemente de su nivel de renta (Maloney, 2004). Al igual que la perspectiva legalista, este autor argumenta que las personas con empleos informales prefieren trabajar en la informalidad, pero a diferencia de dicha corriente, no por la excesiva regulación del estado ni por falta de oportunidades, sino porque es una alternativa libre y voluntariamente elegida debido a la autonomía, flexibilidad y libertad que les ofrece. Es decir, pone el foco en las características individuales más que en las estructurales de las instituciones. También comparte con la perspectiva legalista que quienes trabajan en la informalidad tratan de evitar los costes de los impuestos y de la regulación formal después de sopesar los costes-beneficios de operar en la informalidad frente a la formalidad.

En la actualidad cada vez están más extendidas visiones holísticas de la economía informal, que integran parte de las perspectivas mencionadas con anterioridad, reconociendo la heterogeneidad del empleo informal con las múltiples formas que puede tomar, los diferentes factores causales del mismo, y cómo cada una de dichas perspectivas se podrían aplicar a determinadas formas de empleo y en determinados contextos (Williams & Lansky, 2013).

En este sentido, destaca el modelo sobre la composición y las causas de la informalidad propuesto por la División Latinoamericana del Banco Mundial en 2007 (Perry et al., 2007). En dicho modelo, la informalidad se puede explicar en cualquier contexto a través de la coexistencia de la lógica del escape (voluntario) y de la exclusión (involuntario). En general, aunque no en todos los casos, la lógica del escape (que toma principalmente las causas y características defendidas por las corrientes más neoliberales) se presenta principalmente en personas por cuenta propia con empleos informales (incluyendo a microempresarias), en poblaciones más favorecidas y en países de renta alta. Contrariamente, la lógica de la exclusión (toma en su mayoría las causas y características defendidas por las corrientes dualistas y neo-marxistas) se presenta principalmente en personas con empleos asalariados informales, en grupos poblacionales más desfavorecidos, y en países de renta media o baja.

También cabe mencionar otro modelo holístico multisegmentado del empleo informal que fue definido en función de los diferentes estados del empleo informal, ha sido desarrollado por la red WIEGO (“Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing” por sus siglas en inglés) (Chen, 2012) basándose en dos revisiones realizadas a finales de los años noventa sobre informalidad, pobreza y género (Charmes, 1998; Sethuraman, 1998). Como se puede ver en la Figura 4, utiliza las categorías internacionales de situación laboral y les añade las categorías de personas asalariadas eventuales y de personas trabajadoras a domicilio o subcontratadas. Las diferentes categorías son definidas según el tipo y/o grado de riesgo económico (pérdida de trabajo y/o de ingreso) y de la autoridad (sobre el establecimiento y otras personas trabajadoras), y se realiza una segmentación según género de las mismas.

**Figura 4. Modelo del empleo informal de WIEGO**



Por tanto, a pesar de que desde que se empezara a debatir sobre la informalidad muchas teorías han abogado por que terminaría desapareciendo, en el contexto actual de globalización y nuevas crisis económicas, es muy probable que la economía informal continúe e

incluso aumente (Chen, 2012). En esta nueva era globalizada donde ha habido una caída del pleno empleo masculino y estándar del fordismo, y que ha dado lugar a la liberalización, privatización y erosión de las relaciones de empleo, surgen nuevas interpretaciones y existe más reconocimiento de la conexión entre la economía informal y la formal, y de la existente entre informalidad, pobreza, género y desigualdad (Chen, 2005; Chen, Vanek, & Heintz, 2006).

### **1.2.2. Informalidad como concepto estadístico: evolución de las definiciones y marco conceptual**

Debido a la gran variedad de teorías y heterogeneidad de definiciones de la informalidad, su análisis y medición resulta difícil. Principalmente ha sido la OIT, en colaboración con otras organizaciones como el Grupo de Expertos sobre Estadísticas del Sector Informal (Grupo Delhi) y la red internacional WIEGO (M. Chen, 2012), quien ha ido proponiendo distintas definiciones operativas de la informalidad, que han ido evolucionando a la vez que se desarrollaban los marcos teóricos y que han servido de referencia para la elaboración de estadísticas nacionales e internacionales sobre la informalidad.

Desde que se empezara a usar el concepto de sector informal a comienzos de los años setenta las diferentes definiciones y teorías que se fueron desarrollando no terminaban de concretar una definición que fuera operativa para la medición del sector informal. No es hasta dos décadas después, en la XV Conferencia Internacional de Estadísticos del trabajo de 1993, que el sector informal, y por ende el empleo dentro del sector informal, se define de forma operativa y medible, incluyéndolo además en la revisión del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (OIT, 2003a). El **sector informal** es definido como el conjunto de unidades de producción que funcionan generalmente a pequeña escala, con una organización rudimentaria, y con poca o ninguna distinción entre el trabajo y el capital como factores de producción, y que se dedican a la producción de bienes o a la prestación de servicios con la finalidad primordial de

crear empleos y generar ingresos para las personas que participan en esa actividad.

Asimismo, en esta definición se incluyen tanto las empresas informales de personas que trabajan por cuenta propia como las empresas de personas empleadoras informales, donde dichas empresas no constituyen una entidad jurídica independiente del hogar propietario ni de sus integrantes, es decir, no están registradas ni constituidas en sociedad y, además, no llevan una contabilidad completa. Además, también se señala que aquellas empresas de actividades profesionales o técnicas se incluirán en el ámbito del sector informal si cumplen con los criterios definidos con anterioridad.

Igualmente, cabe resaltar que entre las directrices también se hacen algunas consideraciones de limitación de los datos en función de la disponibilidad de cada país. El sector informal debería abarcar tanto empresas de las zonas urbanas como rurales, y tanto actividades agrícolas como no agrícolas, pero en el caso de no disponer de los datos, se puede limitar a las zonas urbanas y a las actividades no agrícolas. Igualmente, el empleo de hogar también está sujeto a su inclusión o exclusión del sector doméstico en función de las circunstancias propias de cada país. En el caso de incluir las actividades agrícolas y el empleo de hogar, deberían identificarse en categorías separadas por razones prácticas de la recogida de datos e incluso apuntan a que se podrían poner fuera de la distinción de los sectores informal y formal. Además, cada país también puede decidir a partir de qué tamaño las empresas son incluidas en el sector informal. Sin embargo, en 1999 la tercera reunión del Grupo Delhi (ONU, n.d.) recomienda que el criterio internacional debería de ser aquellas empresas de menos de cinco personas empleadas (Husmanns, 2004b).

Otra de las conclusiones de esta reunión es que el grupo debería formular recomendaciones para la identificación de otras formas de empleo precario, incluyendo el trabajo a domicilio y el empleo de hogar, tanto dentro como fuera del sector informal (Vanek, Chen, Carré, Heintz, & Husmanns, 2014). Esto se debe a que esta

definición del sector informal toma a las empresas como unidad de observación y desde su adopción fue criticada por no terminar de recoger bien todo el empleo informal. Por ejemplo, deja fuera ciertos trabajos que no se enmarcan propiamente en dicha definición, como pueden ser el trabajo de temporada, el empleo de hogar, la agricultura de subsistencia, o aquellas personas que tienen empleos informales dentro del sector formal (Husmanns, 2004b).

Es por ello que en 2002 se propone un marco conceptual, preparado con anterioridad para la 90ª conferencia de la OIT (Husmanns, 2001), para definir el empleo informal en su informe sobre “El trabajo decente y la economía informal” (OIT, 2002). Asimismo, en este informe también se termina de consolidar el concepto de **economía informal**, incluyendo tanto el sector informal como el empleo informal, y definida como todas las actividades de personas trabajadoras y de unidades económicas que –legalmente o en la práctica– no estén cubiertas o suficientemente cubiertas por acuerdos formales. Durante la discusión en dicha conferencia de la terminología a emplear, algunas personas consideraban que el término “empleo informal” era demasiado positivo y por ende potencialmente engañoso para fines políticos. Sin embargo, se mantuvo este término al no haber consenso en el uso de uno alternativo, como la propuesta de “empleo desprotegido” (Husmanns, 2004a).

En la XVII Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 2003 se recoge este debate previo y se termina de definir de forma más amplia y operativa el concepto (OIT, 2003a). Así pues, el **empleo informal** se define como el “conjunto de trabajos, ya sean llevados a cabo en empresas del sector formal, informal o en los hogares, durante un periodo de referencia dado, donde la población trabajadora no está reconocida, registrada, regulada o protegida bajo la legislación laboral y la protección social”.

Además, se termina de establecer la matriz de Husmanns como marco conceptual de medición del empleo informal (Figura 5). En dicha matriz se divide el empleo en función de dos ejes: el tipo de las unidades de producción, definido en términos de la organización legal



y otras características de la empresa (empresas del sector formal, empresas del sector informal y hogares); y el tipo de puesto de trabajo, definido según la situación en el empleo y otras características del puesto de trabajo (personas trabajadoras por cuenta propia, empleadoras, trabajadoras familiares o auxiliares, asalariadas y pertenecientes a cooperativas de productores).

Como se puede observar, este marco conceptual permite distinguir entre empleo informal, empleo en el sector informal y empleo informal fuera del sector informal. El empleo informal abarca por tanto a personas trabajadoras por cuenta propia dueñas de sus propias empresas del sector informal, empresarias de sus propias empresas en el sector informal, trabajadoras familiares en el sector formal o informal, personas pertenecientes a cooperativas de productores informales, por cuenta propia que producen bienes exclusivamente para el propio uso final de su hogar, y personas asalariadas informales del sector formal o informal, o en los hogares.

También se señala que las personas asalariadas tienen un trabajo informal si, legalmente o en la práctica, su relación de empleo no está sujeta a la legislación laboral nacional, del sistema de tasas, de la protección social o de derecho a ciertos beneficios como vacaciones pagadas, indemnización por despido, incapacidad por enfermedad, pensión de jubilación, etc. De esta manera, se incluyen todos aquellos trabajos que anteriormente no se incluían en la definición de sector informal, como pueden ser el trabajo ocasional, de temporada, a tiempo parcial, el empleo de hogar, o el trabajo a domicilio, entre otros.

Asimismo, también es importante señalar que en el año 2012, la OIT publicó un primer manual de encuestas sobre el empleo informal y el sector informal, que fue actualizado en el año siguiente (OIT, 2012, 2013b). Este manual se hizo en colaboración con el Grupo Delhi y la red WIEGO, y ofrece orientación técnica sobre la implementación de las normas internacionales vigentes hasta entonces sobre el sector informal y el empleo informal, proporcionando una guía práctica para implementar dichas normas a través de metodologías alternativas de

medición con ejemplos basados en experiencias de distintos países, e incluye directrices para la difusión de estadísticas sobre el sector informal y el empleo informal.

Finalmente, otro aspecto importante que cabe mencionar es que el origen, desarrollo y contexto de todas estas definiciones estadísticas y recomendaciones internacionales están basados principalmente en países de renta baja o media, donde la economía informal tiene un gran peso. Por tanto, los criterios utilizados para la medición del empleo informal no siempre son aplicables en países de renta alta (Carré & Heintz, 2013). A pesar de ello, en los países de renta alta están emergiendo nuevas formas de empleos, a veces denominados atípicos, no-estándar o precarios, que se caracterizan porque proporcionan a la población trabajadora limitadas prestaciones y protección social y que, por tanto, podrían ser considerados empleos informales en los países de renta baja o media. Entre estos empleos atípicos se encuentran gran parte de las personas que trabajan por cuenta propia, subcontratadas, o a tiempo parcial (OIT, 2013c). Con el fin de lograr un marco común, poder medir de una forma más completa el empleo informal en todo el mundo, y facilitar la recogida de datos entre países, la OIT y la red WIEGO están realizando diferentes actividades para impulsar el debate y la investigación (Carré & Heintz, 2013).

Figura 5. Marco conceptual del empleo informal.

Unidades de producción por tipo	Empleos según la situación en el empleo									
	Personas trabajadoras por cuenta propia		Personas empleadoras		Personas trabajadoras familiares auxiliares	Personas asalariadas		Personas pertenecientes a cooperativas de productores/as		
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Informal	Formal	Informal	Formal	
Empresas del sector formal					1	2				
Empresas del sector informal <sup>(a)</sup>	3		4		5	6	7	8		
Hogares <sup>(b)</sup>						10				

(a) Según la definición de la Decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (con exclusión de los hogares que emplean a personas trabajadoras domésticas asalariadas).

(b) Hogares que producen bienes exclusivamente para su propio uso final, y hogares que emplean a personas domésticas asalariadas.

**Nota:** Las casillas en gris oscuro se refieren a empleos que, por definición, no existen en el tipo de unidades de producción en cuestión. Las casillas en gris claro se refieren a los empleos formales. Las casillas no sombreadas representan los varios tipos de empleos informales.

**Empleo informal:** Casillas 1 a 6 y 8 a 10.  
**Empleo en el sector informal:** Casillas 3 a 8.  
**Empleo informal en el sector informal:** Casillas 1, 2, 9 y 10.

### 1.2.3. Informalidad y género en Centroamérica

*“La evidencia empírica respecto a la dinámica de la informalidad y la precariedad en América Latina muestra que estos fenómenos son relevantes en todos los países de la región. Con diferencias subregionales y nacionales, y variaciones a lo largo del tiempo, puede decirse que cerca de la mitad de la población económicamente activa de América Latina, queda fuera del alcance de las regulaciones laborales. (...) Estudiar la dinámica y características del sector informal y de los empleos informales si no se considera una perspectiva de género solamente permite encontrar explicaciones parciales a estas problemáticas. No se trata exclusivamente de una búsqueda de sobrevivencia ni de aceptar condiciones desprotegidas sino de quién y por qué se encuentra en estas situaciones.”*  
(Alma Espino. 2012)

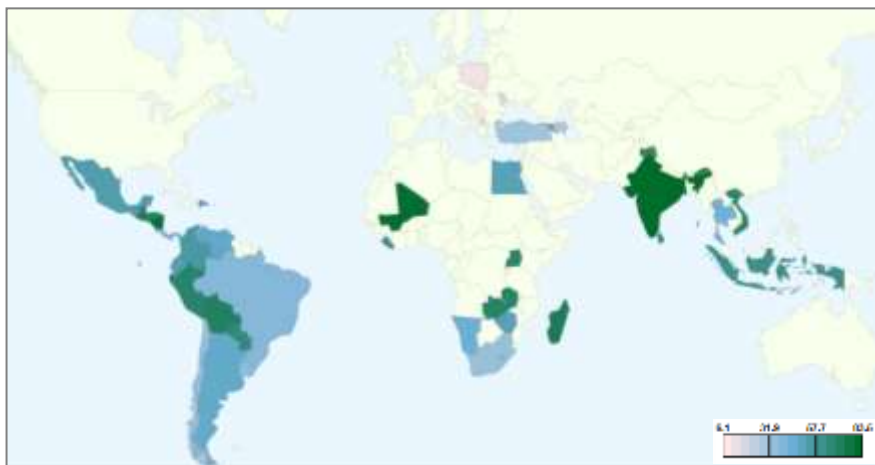
La economía informal suele crecer durante los periodos de crisis, entre otras razones, por la falta de control en la aplicación de las diferentes regulaciones de empleo, así como por la relativa facilidad de crear nuevos trabajos para aquellas personas que no pueden insertarse en la economía formal (Chen, 2007). Por ejemplo, en Latinoamérica se ha estimado que seis de cada diez nuevos trabajos que se crearon entre 1990 y 2003 fueron generados en el sector informal (OIT, 2004b).

En Centroamérica, los programas neoliberales de ajuste estructural que se adoptaron a raíz de la crisis de los ochenta significaron una apertura de sus economías al mercado globalizado (Pérez Sáinz, Segura Carmona, & Fernández Montero, 2012). Esto derivó en una reestructuración del mercado de trabajo, que condujo a una desregulación del sector formal –ya de por sí débil en cuanto a los mecanismos de control por parte del Estado– un incremento del desempleo (principalmente en personas con empleos formales), y a la consolidación de la economía informal, la cual se ha convertido en un pilar estructural y permanente del mercado laboral centroamericano, al igual que ocurre en la mayoría de países de renta media o baja (Biles, 2009; OIT, 2002; Trejos Solórzano, Del Cid, 2004). Estos cambios

dieron lugar a un mayor deterioro de las condiciones de trabajo para la mayoría de la población ocupada en la región, pero especialmente para aquellas personas que trabajaban con empleos informales, entre las cuales el objetivo de alcanzar los criterios de trabajo decente está aún lejos de convertirse en una realidad.

Al comparar la región centroamericana con aquellos países alrededor del mundo de los que se dispone de datos estadísticos, podemos observar que algunos países de la región presentan de los porcentajes más elevados de empleo informal no agrícola (Figura 6). De hecho, de los 42 países analizados, Nicaragua con 81% y Guatemala con 75% ocupan el tercer y cuarto puesto de mayor empleo informal no agrícola, respectivamente, después de India (84%) y Mali (82%). Honduras (71%) ocupa el séptimo puesto, El Salvador (66%) el doceavo, Panamá (40%) el puesto número 29 y Costa Rica (34%) el número 33.

**Figura 6. Proporción (%) de personas con empleo informal no agrícola del total del empleo no agrícola.<sup>1</sup>**

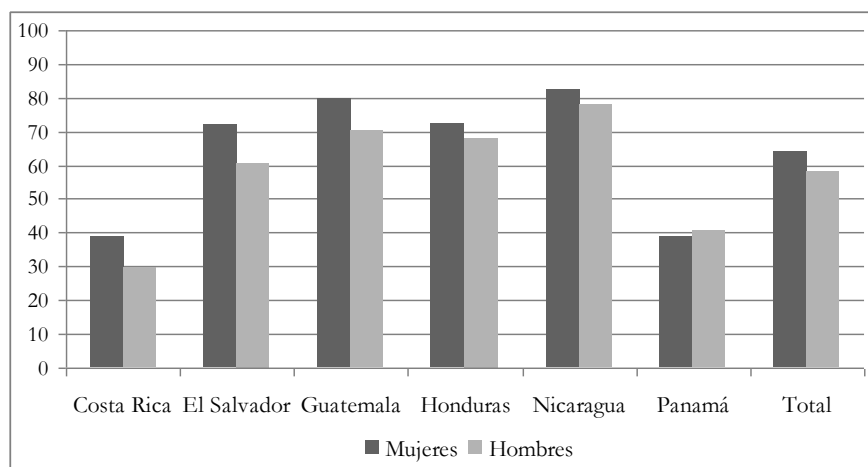


**Fuente:** KILM 8ª edición. OIT. **1.** Datos de 1998 para Polonia; del 2000 para Chile; del 2004 para Mali y Zimbabwe; del 2005 para India y Madagascar; del 2008 para Armenia, Namibia y Lesotho; del 2009 para Bolivia, Zambia, Viet Nam, Sri Lanka, Indonesia, Egipto, República Bolivariana de Venezuela, Turquía, Azerbaijan y República de Moldavia; del 2010 para Nicaragua, Uganda, Liberia, Territorio Ocupado de Palestina, Tailandia, Sudáfrica, Timor-Leste, Macedonia y Serbia; y del 2011 para Guatemala, Honduras, El Salvador, Paraguay, Colombia, México, Ecuador, República Dominicana, Argentina, Panamá, Brasil, Uruguay, y Costa Rica.

Igualmente, es importante tener en cuenta que generalmente las mujeres, junto a los jóvenes, las personas mayores y aquellas en situación de pobreza, constituyen una parte importante de la economía informal (Chen et al., 2006; OIT, 2002). En concreto en relación a las mujeres, en 2011 en los países de habla hispana de Centroamérica, el 64% de las mujeres tenían empleos informales no agrícolas, frente al 58% de los hombres (Figura 7). Las mayores diferencias se encuentran en El Salvador (72% mujeres, 61% hombres), Guatemala (80% mujeres, 70% hombres) y Costa Rica (40% mujeres y 30% hombres). Por contra, es importante señalar que en Panamá no sucede así, pues este es el primer año desde el 2006 en el que los hombres superan a las mujeres en la proporción de empleo informal no agrícola.

Al igual que ocurre en el conjunto de la región latinoamericana, estas desigualdades de género se explican en gran medida por el trabajo por cuenta propia, mucho más frecuente entre las mujeres, y dentro del mismo por el empleo de hogar. Éste es un trabajo con un gran peso en la región, mayoritariamente informal, y altamente feminizado, ya que casi en su totalidad son mujeres las que desarrollan dicho trabajo (OIT, 2011). Por ejemplo, en Costa Rica el empleo de cuidados representa aproximadamente una cuarta parte del empleo informal no agrícola de las mujeres (Chen et al., 2005), y de éstas casi la mitad son migrantes (OIT, 2013c). Contrariamente, la mayoría de los hombres con empleos informales se concentra en mayor medida dentro del sector informal. De igual forma, dentro de la economía informal mujeres y hombres tienen diferentes ocupaciones, mientras que para las mujeres, junto con el empleo de hogar, la venta en la calle es de las ocupaciones predominantes, los hombres se concentran más en la construcción y otras ocupaciones no manuales (OIT, 2013c).

**Figura 7. Proporción (%) de personas con empleo informal no agrícola del total del empleo no agrícola, según sexo. Centroamérica, 2011.<sup>1</sup>**



**Fuente:** KILM 8ª edición. OIT. 1. Datos del 2010 para Nicaragua.

A pesar de que, tanto para mujeres como para hombres, el empleo informal mantiene una estrecha relación con la desprotección social, las malas condiciones de trabajo, la precariedad laboral y la pobreza, las mujeres tienden a concentrarse en las formas de trabajo informal más precarias y peor remuneradas (Bromley & Gerry, 1979; Chen et al., 2006; Wintour & Garzaro, 2013). Entre las principales razones para ello se encuentran las responsabilidades familiares y el trabajo no remunerado de cuidados asociado que, como vimos con anterioridad, recaen casi en su totalidad en las mujeres. Este trabajo restringe las opciones de las mujeres para participar en el mercado laboral, de qué forma, por cuánto tiempo, y cómo de lejos de sus hogares (Cassirer & Addati, 2007).

Por estas razones, las mujeres han visto la informalidad como una alternativa y una manera fácil de insertarse en el mercado laboral, debido a las menores barreras de acceso relacionadas con el nivel de escolaridad, los requisitos legales o el capital, la flexibilidad que caracteriza a muchos de estos empleos informales, así como por la posibilidad que les brinda para combinar el empleo y las demandas familiares, posibilitándoles, a su vez, obtener un ingreso y, en muchos casos, poder tener un puesto de trabajo situado cerca de sus hogares,

cuestión necesaria para asumir sus responsabilidades en la familia (Addati & Cassirer, 2008; Benería, 2001; Bueno Castellano, 2009).

Asimismo, también se ha señalado que el nivel educativo es un factor importante para ingresar al mercado laboral formal y para el salario. Generalmente existe una relación positiva entre los años de educación formal y la posibilidad de obtener un empleo formal, tanto para mujeres como para hombres, sin embargo, ellas (en promedio) necesitan más años de estudios que ellos para conseguir un empleo formal (Espino, 2012).

Por último, es importante señalar que, a pesar de las diferentes restricciones de acceso al mercado laboral para las mujeres, la alta participación de estas a través del empleo informal en América Latina en general, y en Centroamérica en particular, deriva de la necesidad y/o motivación de obtener un ingreso que les permita tener cierto grado de autonomía, así como realizar actividades más allá del trabajo doméstico y de cuidados (Schkolnik, 2004). De hecho, existe una correlación positiva entre la tasa de participación de las mujeres en el mercado de trabajo y la proporción de empleo informal según los diferentes países latinoamericanos. Por tanto, en aquellos países con mercados laborales muy informalizados, la inserción a los mismos de las mujeres es facilitada mediante los empleos informales. Igualmente, la excepción la constituye Panamá, donde, seguramente, la necesidad de especialización en el sector formal de servicios con actividades financieras y comerciales del Canal de Panamá, implica una alta demanda de mujeres con empleos formales.



## 1.3. Desigualdades sociales en salud

*“¿No comprobamos que las enfermedades del pueblo nos llevan siempre a los defectos en la sociedad?”  
(Rudolf Virchow. 1985)*

### 1.3.1. Marcos conceptuales

Partiendo de un concepto amplio de salud, definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948); las desigualdades sociales en salud se han definido como aquellas diferencias en la salud producidas socialmente que son sistemáticas, evitables e injustas, y que se dan entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (Whitehead, 1992). Las desigualdades sociales que se dan en este contexto se manifiestan por ende como desigualdades en salud; es decir, que aquellas personas que estén en una posición social más desfavorable en general tienden a tener peor estado de salud, más enfermedades y mueren antes que aquellas que están en una mejor posición social.

Desde una perspectiva de salud pública y, por tanto, también de salud laboral, nos interesa mirar la salud colectiva más que la de cada persona. La salud de las poblaciones se ve influenciada por determinantes sociales que, lejos de un enfoque determinista a pesar de la connotación de su terminología, son aquellos factores sociales que modulan la exposición a ciertos factores tanto de riesgo como protectores para la salud física y mental de las personas a lo largo de su ciclo vital (Bolívar Muñoz & Daponte Codina, 2008). Es decir, son aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas (CDSS, 2009; Solar & Irwin, 2010). Como muestra la Figura 8, Los determinantes de la salud de la población se pueden representar mediante una serie de niveles concéntricos que están alrededor de ciertas características individuales y algunos factores constitutivos, que

*a priori* no son modificables (Dahlgren & Whitehead, 1991). Estos niveles o estratos interactúan entre sí, y van desde los factores más individuales hasta los más estructurales, pudiendo ser modificables a través de la acción política. Entre estos determinantes encontramos por ejemplo las redes sociales, el nivel de estudios, las condiciones de trabajo y empleo o la vivienda. De esta forma, los determinantes sociales de la salud son los mecanismos a través de los cuáles operan las desigualdades en salud (CDSS, 2009), ya que se distribuyen de forma sistemática y de manera desigual entre grupos poblacionales que están en posiciones más desiguales o desfavorecidas en la sociedad, según los diversos ejes de desigualdad como, por ejemplo, el género o la clase social (Graham, 2004).

**Figura 8. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, 1991.**



Existen varios modelos conceptuales explicativos. En esta tesis partimos del marco conceptual desarrollado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Como vemos en la Figura 9, existen dos grupos de factores de las desigualdades en salud: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. En cuanto a los determinantes estructurales, encontramos el contexto socioeconómico y político (tradición política, gobiernos que determinan las políticas

macroeconómicas que regulan el mercado, poder de los agentes sociales como patronales y sindicatos, grandes corporaciones, etc.), que a su vez incide sobre la estructura social y sobre la distribución de poder y los recursos dentro de la misma. En esta estructura social se sitúan los diferentes ejes de desigualdad que establecen jerarquías de privilegio y poder en la sociedad (género, clase social, edad, etnia y territorio) que otorgarán generalmente mejores niveles de salud a aquellas personas que se encuentran en posiciones de privilegio como los hombres, las clases sociales más favorecidas, las personas adultas, aquellas de etnia blanca, o las de territorios geográficos más ricos (o enriquecidos).

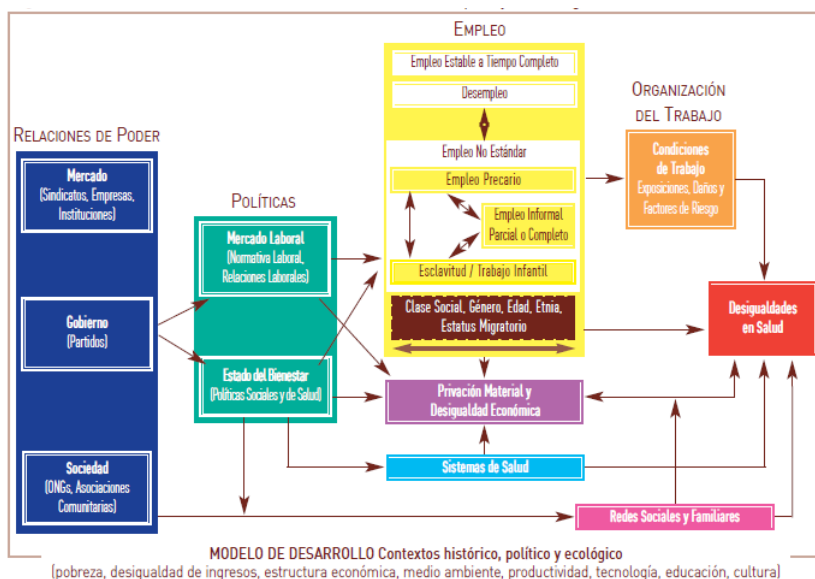
**Figura 9. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, 2010.**



Por su parte, esta estructura social afecta de manera desigual sobre los determinantes intermedios, que a su vez influyen en que se produzcan desigualdades en la salud de las poblaciones. Dentro de estos factores intermedios señalar que, dentro de los recursos materiales, se encuentran las condiciones de empleo, y donde se sitúa tanto el empleo informal como el trabajo doméstico y de cuidados.

Dado que este marco conceptual es muy amplio, en la presente investigación es importante poner el foco en el trabajo y en el empleo, en concreto, tanto en el empleo informal como en el trabajo doméstico y de cuidados. Asimismo, como partimos de la salud laboral, las desigualdades en salud deben de ser puestas en un contexto sociopolítico, el cual es determinado tanto por las relaciones de poder, como por las estructuras productivas, así como por las políticas sociales y del mercado laboral. Para ello avanzamos hacia otro marco conceptual (Figura 10), consistente con el anterior, pero centrado en los las relaciones de empleo y las desigualdades en salud (Benach, Muntaner, & Santana, 2007).

**Figura 10. Modelo macroestructural de las relaciones de empleo y las desigualdades en salud.**



En este modelo, comenzando con la interacción entre las relaciones de poder político y la elaboración de políticas, se parte de la idea de que una redistribución de las relaciones de poder en la esfera política puede promover nuevas políticas respecto al mercado laboral y al estado del bienestar. Asimismo, estas últimas pueden ser una forma de redistribución económica, en cuanto a que podrían cambiar el comportamiento del mercado laboral, lo que, a su vez, incide en las

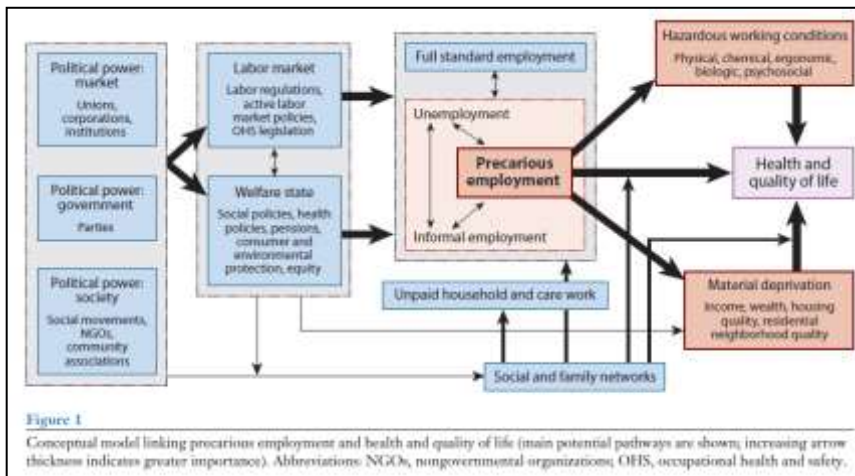
condiciones de empleo (Benach & Muntaner, 2010). Asimismo, las regulaciones del mercado laboral y las políticas de protección social que pueden ser promovidas por el estado de bienestar tienen la capacidad de modificar la estratificación social y por ende actuar como amortiguador de las desigualdades en salud laboral (Muntaner, Chung, et al., 2010).

Tanto las regulaciones del mercado laboral y las políticas de protección social también pueden repercutir en una redistribución más equitativa del trabajo no remunerado doméstico y de cuidados. Pero este marco conceptual, más allá de poner el género como eje de desigualdad, no tiene demasiado en cuenta ciertos factores, vistos anteriormente, que afectan a las desigualdades de género como la estrecha relación entre trabajo remunerado y no remunerado, así como su vinculación con el empleo informal. Por ejemplo, como ya se ha apuntado, en Latinoamérica a raíz de los mercados laborales altamente informalizados, con una gran desigualdad de ingresos, unido a la diversidad de estructuras familiares más allá de la familia nuclear, la tensión o el conflicto entre producción y reproducción se dirime en el plano de las negociaciones interpersonales. En este plano, donde además las mujeres tienen ingresos inferiores a los hombres, con un mercado segmentado, una falta de accesos a servicios de cuidado y el conjunto de normas de género, se refuerzan las diferencias de capacidades y de poder entre mujeres y hombres, así como entre mujeres de diferentes estratos económicos (Esquivel, 2011). Por tanto, a este modelo le falta profundizar e incorporar la esfera reproductiva/no remunerada. A pesar de que sí incluyen las redes sociales y familiares, éstas no están unidas al empleo, cuando, como también hemos visto, para las mujeres tanto su inserción, como la salida o la estancia en el mercado laboral dependen principalmente de la situación de los hogares.

Igualmente, y con el fin de añadir estos elementos, la Figura 11 muestra otro marco conceptual, basado en este último modelo, del empleo precario, la salud y la calidad de vida (Benach et al., 2014). A pesar de centrarse en el empleo precario, tanto la informalidad como el trabajo doméstico y de cuidados están estrechamente relacionados

con la precariedad (Benería, 2001). Por tanto, este modelo también será de utilidad en la presente tesis ya que añade o hace visible algunos elementos importantes que hemos señalado con anterioridad, como pueden ser las redes sociales y familiares, la privación material con la falta o no de recursos como los ingresos, la calidad o condiciones del hogar; a la vez que introduce el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Igualmente, y teniendo en cuenta que este marco refleja bastante bien los mecanismos de las desigualdades en salud, el trabajo doméstico y de cuidados sigue sin vincularse con el empleo precario y con la informalidad. Además, como pone el foco en el empleo precario como determinante social de la salud, el empleo informal – otro importante determinante de la salud– queda en un segundo plano, aunque perfectamente podrían ser intercambiables.

**Figura 11. Marco conceptual del empleo precario, la salud y la calidad de vida.**



### 1.3.2. Informalidad, género y desigualdades en salud

El empleo informal es un importante pero poco estudiado determinante social de la salud que afecta a un gran número de personas trabajadoras (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008). No obstante, la literatura sobre empleo informal y/o economía informal y su relación con el estado de salud es aún muy escasa. La

gran mayoría de las investigaciones existentes que estudiaron dicha relación muestran que aquellas personas trabajadoras informales (principalmente con empleos informales, o en menor medida que trabajan en el sector informal) tienen peor estado de salud que las formales.

Así, un estudio mostró que la prevalencia de depresión, artritis, reumatismo, bronquitis y enfermedades crónicas fue mayor entre personas trabajando a tiempo parcial o completo sin cobertura de seguridad social (una de las características principales de la informalidad) en comparación con aquellas que trabajaban a tiempo completo y con cobertura (Giatti, Barreto, & Comini César, 2008b). También en Brasil, un par de estudios señalaron que el empleo informal se asocia a mayores prevalencias de trastornos mentales comunes, en comparación con quienes tuvieron un empleo formal, aunque sólo se encontró asociación significativa para las mujeres (Ludermir & Lewis, 2003; Ludermir, 2000).

Otro estudio mostró que las personas que trabajaban informalmente como recicladoras (recolectando, separando, reciclando y vendiendo materiales desechados) reportaron prevalencias más altas para la mayoría de los riesgos ergonómicos –principalmente trabajo repetitivo, levantar objetos pesados, vibración y ponerse en cuclillas– en comparación con personas con otras ocupaciones, así como a la población general en la ciudad brasileña de Pelotas.

Además, no sólo tener un empleo informal impacta de forma negativa en la salud, sino que incluso convivir en un hogar donde hay al menos una persona que tiene un empleo informal se asocia a peor estado de salud percibido, aunque es un estudio realizado sólo en hombres (Giatti, Barreto, & Comini César, 2008a).

Estudios centrados en muestras formadas exclusivamente con mujeres también observaron que aquellas con empleos informales tuvieron más probabilidad de reportar peor salud mental en comparación con trabajadoras formales (Ludermir & Lewis, 2005; Santana, Loomis, Newman, & Harlow, 1997). En el caso de trabajadoras de hogar, principalmente informales, éstas reportaron peores indicadores de

salud mental como depresión o síntomas de ansiedad que mujeres con otras ocupaciones generalmente formales (Sales & Santana, 2003). En un estudio realizado en mujeres vendedoras ambulantes de la ciudad Africana de Johannesburgo, más de la mitad reportaron no estar cómodas con el entorno de trabajo, y entre las principales razones para ello fueron la falta de vivienda y la suciedad, el ruido o tener que encargarse de la limpieza de la zona (Pick, Ross, & Dada, 2002). Asimismo, aproximadamente una de cada cuatro reportaron algún tipo de abuso –físico o verbal–, el 7% informó de que habían sufrido acoso sexual, y a casi un tercio de ellas les habían robado dinero o bienes mientras trabajaban.

Otro factor importante en la relación entre informalidad y salud es la condición de migrante. Por ejemplo, las mujeres inmigrantes nicaragüenses con empleos informales en Costa Rica reportaron tener riesgos de explotación sexual infantil y adolescente, violencia, explotación laboral, estrés, cansancio, depresión, infecciones respiratorias, anemia, mala alimentación, etc. (Loría Bolaños, Partanen, Berrocal, Álvarez, & Córdoba, 2005).

Sin embargo, existen un par de limitaciones en la mayoría de estos estudios. Por un lado, se han basado en una medición unidimensional de la informalidad, ya sea mediante la falta de cobertura a la seguridad social, la ausencia de contrato, o ser una persona trabajadora por cuenta propia. A pesar de que estas dimensiones son cruciales para la medición del empleo informal, según las recomendaciones de la OIT (2013b), sería importante considerar la interacción de todas ellas, en lugar de estudiarlas de forma separada o agregada.

En segundo lugar, la mayoría de los estudios realizados no estratificaron por sexo, o ajustaron por dicha variable o bien por características familiares y/o trabajo doméstico y de cuidados, asumiendo por tanto que el impacto del empleo informal sobre la salud es similar para mujeres y hombres. Sin embargo, la asociación entre empleo informal y salud seguramente difiere según género (Ludermir & Lewis, 2005), por lo que como mínimo es necesario separar los análisis por sexo/género, así como mirar la interacción



entre el empleo informal y el género, teniendo en cuenta el las características del hogar y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007).

Como ya hemos señalado, las esferas productivas y reproductivas están estrechamente relacionadas (Batthyány et al., 2015), es por ello que las investigaciones de las desigualdades en salud laboral deben de incorporar la perspectiva de género y añadir a los análisis aquellas dimensiones que ayuden a comprender los diferentes mecanismos que están operando en dichas desigualdades (Messing & Östlin, 2006). Aunque, hasta donde sabemos, no existen estudios que analicen el empleo informal y los trabajos no remunerados de la esfera reproductiva, sí que existe amplia evidencia en cuanto a cómo la carga total de trabajo, remunerado y no remunerado, afecta a la salud de mujeres y hombres de forma diferenciada.

En este sentido, y a pesar que diferentes estudios han reportado un mejor estado de salud entre las mujeres con empleo (incluso con responsabilidades familiares) en comparación con aquellas que trabajan a tiempo completo en la esfera reproductiva, la sobrecarga de trabajo, que resulta de la combinación de empleo y trabajo doméstico y de cuidados puede afectar negativamente al estado de salud, principalmente entre las mujeres (Arcas, Novoa, & Artazcoz, 2013; Buvinic, Giuffrida, & Glassman, 2002; Ludermir, 2000). Sin embargo, esto se da principalmente en aquellas mujeres solteras, pero no entre las casadas, o bien que entre aquellas que son madres sólo tienen mejor estado de salud si tienen un trabajo a tiempo parcial (Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007).

Asimismo, hay estudios que muestran un mayor riesgo de mal estado de salud asociado a la sobrecarga del trabajo doméstico para las mujeres que conviven en pareja, pero no así para los hombres. Además, este riesgo aumenta a medida que lo hace el número de personas que habitan en el hogar, generando por tanto importantes desigualdades de género en salud (Artazcoz et al., 2001, 2004; Artazcoz, Cortès, Moncada, Rohlf, & Borrell, 1999). Otro estudio

mostró que la combinación entre trabajo remunerado y no remunerado se asoció a peores indicadores de salud entre las mujeres de aquellos países con modelos tradicionales de familia en la organización de los cuidados –mujeres cuidadoras/hombres proveedores– (Artazcoz et al., 2014).

No obstante, la mayoría de estos estudios han sido llevados a cabo en países de renta alta, como los europeos y norteamericanos, con modelos sociales, de mercado laboral, culturales y de género muy distintos a los de países de renta media o baja, como los de la región centroamericana. Así, estos estudios no analizan el papel del empleo informal, esencial para dicha región. El estudio de la relación entre las demandas familiares y el estado de salud debe de tener en cuenta no sólo las características familiares, sino también su interacción con las condiciones de empleo y la situación en el empleo (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004; Artazcoz et al., 2014), entre las que se deberían ampliar al empleo informal. Del mismo modo, también se ha mostrado la importancia de incorporar un enfoque de género al mirar el empleo informal y las desigualdades en salud (Ludermir & Lewis, 2005; Ludermir, 2000).

## **JUSTIFICACIÓN**

---



Entre las características de la mayoría de personas trabajadoras que tienen empleos informales destacan la escasa o nula protección social, las malas condiciones de empleo y de trabajo, así como la precariedad laboral, que muchas veces ponen a las personas a una situación de pobreza y/o exclusión social, de la que resulta difícil salir (Carr & Chen, 2004; Sauma, 2003). Sin embargo, aunque estas características suelen ser generales entre quienes tienen empleos informales, las mujeres tienden a concentrarse en las formas de trabajo informal más precarias y peor remuneradas (Wintour & Garzaro, 2013). Entre las principales razones para ello se encuentran las responsabilidades familiares y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado asociados a dichas responsabilidades, que recaen casi en su totalidad en las mujeres (Cassirer & Addati, 2007).

Esta desigualdad en el reparto del trabajo no remunerado deviene del proceso de construcción social y cultural del sistema normativo de género de las sociedades occidentales y su correspondiente división de género del trabajo, que atribuye a las mujeres las actividades vinculadas a los cuidados y a la reproducción –ámbito privado-doméstico–, mientras que asigna a los hombres las actividades productivas del mercado laboral –ámbito público– y, en los países con modelos tradicionales de familia, el papel de persona principal sustentadora del hogar (Lamas, 1999). Mientras la esfera pública recibe reconocimiento, estatus y salario, la privada permanece invisible, “subordinada” y no reconocida. Además, las desigualdades de género en los cuidados también derivan en una situación más desfavorecida para las mujeres en el mercado laboral, ya que ofrece más oportunidades de empleabilidad y mejores condiciones de empleo y ocupación para los hombres.

En Centroamérica, a pesar de las grandes transformaciones familiares que se han dado en las últimas décadas, y al igual que ocurre en muchos países, la actual organización de los cuidados está sustentada principalmente por el trabajo no remunerado de las mujeres, con una débil corresponsabilidad social por parte de los hombres o del Estado. Más aún, cuando las mujeres combinan empleo y responsabilidades

familiares, la carga total de trabajo es mucho mayor que para los hombres (Lexartza Artza, 2012).

Por tanto, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado restringe las opciones de las mujeres sobre su participación en el mercado laboral (Cassirer & Addati, 2007). Es por ello que gran parte de las mujeres han visto la informalidad como una alternativa a la formalidad y una manera más fácil de insertarse en el mercado laboral debido a las menores barreras de acceso en cuanto a nivel de escolaridad, a requisitos legales o capital; a la flexibilidad que caracteriza a muchos de estos empleos informales; así como a la posibilidad que les brinda para combinar el empleo y las demandas familiares, permitiéndoles a su vez obtener un ingreso, y en muchos casos poder tener un lugar de trabajo situado cerca de sus hogares, cuestión necesaria para asumir sus responsabilidades en la familia (Addati & Cassirer, 2008; Benería, 2001; Bueno Castellano, 2009).

El empleo informal es el conjunto de trabajos, ya sean llevados a cabo en empresas del sector formal, informal o en los hogares, donde la población trabajadora no está reconocida, registrada, regulada o protegida bajo la legislación laboral y la protección social (OIT, 2003a). Al igual que el género, este tipo de empleo también es un importante, pero poco estudiado, determinante social de la salud que, como hemos visto, afecta a un gran número de personas trabajadoras, principalmente en países de renta media o baja (Marmot et al., 2008). No obstante, la literatura sobre empleo informal y su relación con el estado de salud es aún muy escasa. A pesar de ello, la gran mayoría de las investigaciones existentes que estudiaron dicha relación muestran que aquellas personas trabajadoras informales (principalmente con empleos informales, o en menor medida que trabajan en el sector informal) tienen peor estado de salud que las formales (Giatti et al., 2008a, 2008b; Loría Bolaños et al., 2005; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Ludermir, 2000; Sales & Santana, 2003; Santana et al., 1997).

Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han basado en una medición unidimensional de la informalidad, ya sea a través de la falta de cobertura a la seguridad social, la ausencia de contrato, o bien

---

mirando la situación de empleo de ser una persona trabajadora por cuenta propia. A pesar de que todas estas dimensiones son cruciales para la medición del empleo informal, según las recomendaciones de la OIT (2013b), sería importante considerar la interacción de todas estas dimensiones, en lugar de estudiarlas de forma separada o agregada.

Asimismo, la mayoría de los estudios realizados no estratificaron por sexo, o bien ajustaron por dicha variable o bien por características familiares y/o trabajo doméstico y de cuidados, asumiendo por tanto que el impacto del empleo informal sobre la salud es similar para ambos sexos. Sin embargo, la asociación entre empleo informal y salud seguramente difiere según género (Ludermir & Lewis, 2005), por lo que como mínimo es necesario separar los análisis por sexo, así como estudiar la interacción entre el empleo informal y el género, teniendo en cuenta el las características del hogar y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007).

Por otro lado, entendiendo las desigualdades sociales en salud como aquellas diferencias en la salud producidas socialmente que son sistemáticas, evitables e injustas y que se dan entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (Whitehead, 1992); existe amplia evidencia que muestra cómo la tensión o el conflicto en el trabajo, remunerado y no remunerado, genera desigualdades de género en la salud. La combinación de empleo y trabajo doméstico y de cuidados no remunerado puede impactar negativamente en el estado de salud, principalmente entre las mujeres, aumentando además el riesgo de mal estado de salud cuando aumenta el número de personas que habitan en el hogar (Arcas, Novoa, & Artazcoz, 2013; Artazcoz et al., 2001, 2004; Artazcoz, Cortès, Moncada, Rohlf, & Borrell, 1999; Buvinic, Giuffrida, & Glassman, 2002; Ludermir, 2000).

El estudio de la relación entre las demandas familiares y el estado de salud debe de tener en cuenta además de las características familiares, su interacción con las condiciones de empleo y la situación en el em-

pleo (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004; Artazcoz et al., 2014). Sin embargo, la mayoría de los estudios anteriores, además de haber sido llevados a cabo en países de renta alta, no consideraron la interacción con el empleo informal, esencial para países de renta media o baja como los centroamericanos.

Finalmente, y a pesar de la importancia de incorporar la perspectiva de género al análisis de las desigualdades en salud laboral (Messing & Östlin, 2006), hasta donde sabemos, no existen estudios específicos que analicen la relación entre el empleo informal, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado y el estado de salud.



## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

---



### 3.1. Hipótesis

Las hipótesis planteadas en esta tesis son las siguientes:

**Hipótesis 1.** La prevalencia de mal estado de salud es superior entre las personas que tienen un empleo informal en comparación con las que tienen un empleo formal.

**Hipótesis 2.** Las responsabilidades de cuidados se asocian a mal estado de salud en las mujeres trabajadoras, pero no así en los hombres.

**Hipótesis 3.** La magnitud de la asociación entre las responsabilidades de cuidados y el mal estado de salud en mujeres es superior en aquellas que tienen un empleo informal.

### 3.2. Objetivos

Para testar las hipótesis planteadas anteriormente, el **objetivo principal** de esta tesis fue valorar la relación entre el estado de salud y la informalidad o formalidad del empleo entre la población trabajadora no agrícola centroamericana. Para ello, se llevaron a cabo los siguientes **objetivos específicos**:

**Objetivo 1.** Valorar las diferencias en el estado de salud percibida y la salud mental entre la población trabajadora centroamericana según la informalidad o formalidad del empleo.

**Objetivo 2.** Examinar si existen diferencias de género en los patrones de asociación entre el estado de salud (percibida y mental) y el empleo informal o formal.

**Objetivo 3.** Valorar la relación del estado de salud percibida y mental con las horas de trabajo remunerado y las características familiares (trabajo no remunerado de cuidados y estado civil) entre la población trabajadora centroamericana.

**Objetivo 4.** Examinar si existen diferencias de género y según empleo informal o formal en los patrones de asociación entre el estado de salud (percibida y mental) y las horas de trabajo remunerado y las características familiares (trabajo no remunerado de cuidados y estado civil).

Los dos primeros objetivos corresponden al primer artículo científico, los dos últimos fueron analizados en el segundo artículo de la presente tesis.

## MÉTODOS

---



Esta tesis está basada en los datos cuantitativos proporcionados por la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud (I ECCTS) (Benavides et al., 2014). El análisis de los datos y la descripción de las variables se discuten en detalle en los métodos de cada uno de los artículos de investigación, por lo que no se repiten en este apartado.

## **4.1. Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud**

La I ECCTS ha sido llevada a cabo a través de la colaboración del Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT - España), el Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL) de la Universitat Pompeu Fabra y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas.

Esta encuesta es un estudio transversal llevado a cabo entre julio y diciembre de 2011 en los seis países de habla hispana de la región centroamericana (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá). La población de referencia fueron todas las personas trabajadoras de 18 años y más, que estaban trabajando, que habían estado trabajando en la semana anterior al momento en el que se realizó la entrevista, o que tuvieran trabajo pero se encontraban ausentes por motivos de enfermedad, vacaciones u otros motivos.

La I ECCTS es una muestra representativa de 12.024 personas trabajadoras en Centroamérica, con 2.004 personas en cada país. El diseño de la muestra fue polietápico, estratificando los departamentos para Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, y las provincias para Costa Rica y Panamá. Se seleccionaron 167 segmentos, proporcionales a la población de referencia, para entrevistar a 12 personas adultas por cada segmento. La última unidad de muestreo fueron los hogares, y se seleccionaron mediante rutas aleatorias con

inicio en el punto más al norte hasta que se encontraba a una persona que cumplía los criterios de inclusión, en función de cuotas por sexo y sector de actividad económica. Cuando la vivienda estaba vacía se volvía a intentar realizar una segunda visita al final de la jornada, y si no había éxito la vivienda era sustituida por la siguiente dentro del segmento. En el caso de que en la vivienda sólo se encontrara una persona empleada del hogar, no era seleccionada para realizarle la encuesta, ya que no vivía en dicha casa. Sólo una persona trabajadora era entrevistada, y si había más de una persona que cumplía los criterios de inclusión se seleccionó a aquella que hubiese cumplido años más recientemente. Si la persona seleccionada no daba su consentimiento para ser entrevistada, se reemplazaba por otra con su fecha de cumpleaños más cercana en la misma vivienda, o bien en la vivienda adyacente. La tasa de participación para esta encuesta, una vez realizado los diferentes reemplazos, varió entre el 50% en Costa Rica, el 60% en Honduras y el 80% en los tres países restantes (Benavides et al., 2014; OISS, 2012).

## **4.2. Consideraciones éticas**

Esta tesis doctoral se basa en los principios éticos para las investigaciones médicas de la Declaración de Helsinki (AMM, n.d.), no existen conflictos de interés, y la base de datos utilizada está anonimizada, y por tanto no se tienen datos de carácter personal. Asimismo, la I ECCTS cuenta con la aprobación del Comité para la Protección de Sujetos Humanos del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston en los Estados Unidos (Anexo 2), y las personas entrevistadas en dicha encuesta dieron previamente su consentimiento una vez que fueron informadas de los objetivos de la encuesta. Finalmente, el proyecto de investigación de esta tesis fue aprobado por el comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (Anexo 3).



## **RESULTADOS**

---



Los dos artículos de investigación que componen la presente tesis son:

**Artículo 1.** Informal employment and health status in Central America.

**Artículo 2.** Informal employment, unpaid care work and health status in Central America: a gender approach.



## 5.1. Artículo 1

López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. [Informal employment and health status in Central America](#). BMC Public Health. 2015 Jul 24;15:698.  
DOI: 10.1186/s12889-015-2030-9





## 5.2. Artículo 2

López-Ruiz M, Benavides FG, Vives A, Artazcoz L. **Informal employment, unpaid care work and health status in Central America: a gender approach.**

Lopez-Ruiz M, Benavides FG, Vives A, Artazcoz L. [Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach.](#) Int J Public Health. 2016 Aug 29. DOI: 10.1007/s00038-016-0871-3





## DISCUSIÓN

---



El propósito de esta tesis doctoral ha sido ayudar a avanzar en el conocimiento aún escaso sobre la relación entre empleo informal y estado de salud, desde una perspectiva de género y en el contexto de países de renta media o baja como son los centroamericanos. Ahora bien, como veremos, muchos de los resultados que a continuación discutiremos podrían ser transferibles a un contexto más global.

Este apartado está compuesto por tres secciones. En primer lugar, presentamos una sistematización de los resultados más relevantes de los artículos que componen la presente disertación doctoral. A continuación se presentan las principales fortalezas y limitaciones, para pasar en último lugar a la discusión de las implicaciones y recomendaciones que de ella se derivan a nivel de políticas, de sistemas de información y de futuras líneas de investigación.

## **6.1. Resultados principales**

La presente tesis añade pruebas plausibles sobre las desigualdades en salud en la población trabajadora no agrícola en Centroamérica. Por un lado, en relación con tener un empleo informal no agrícola, tanto para mujeres como para hombres. Por otro lado, en relación con el trabajo no remunerado de cuidados, el estado civil y las horas de trabajo remunerado, que depende de la interacción entre el género y la informalidad en el empleo.

### **6.1.1. Desigualdades en salud según (in)formalidad en el empleo**

Uno de los principales resultados de esta tesis es que verifica una de la hipótesis de partida, es decir, el empleo informal no agrícola afecta negativamente a la salud de las personas trabajadoras; mostrando por ende, que tanto las mujeres como los hombres que desempeñan este tipo de empleo, de manera significativa, un peor estado de salud en comparación con quienes tienen empleos formales. Este resultado es

consistente con la mayoría de estudios anteriores que muestran peor salud entre la población trabajadora informal (Giatti et al., 2008a, 2008b; Loría Bolaños et al., 2005; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Ludermir, 2000; Sales & Santana, 2003; Santana et al., 1997).

Sin embargo, la mayoría de dichos estudios miden la informalidad a través de una sola dimensión o bien con la simple agregación de varias; prácticas que limitan el análisis de la complejidad de factores e interacciones de las dimensiones de la informalidad y que, por tanto, pueden tener un impacto desigual en la salud. Tratando de superar estas limitaciones o análisis parciales, en nuestro primer estudio combinamos diferentes dimensiones del empleo informal (cobertura a la seguridad social, situación en el empleo y tipo de contrato) y hemos identificado la falta de cobertura a la seguridad social como la dimensión más importante que une el empleo informal y el peor estado de salud en mujeres y hombres.

Asimismo, al examinar las tres dimensiones por separado encontramos asociaciones significativas entre mala salud percibida y mental, en mujeres y hombres, y los siguientes elementos: ausencia de cobertura a la seguridad social, trabajar por cuenta propia, y tener un contrato oral o no tener ningún tipo de contrato —en el caso de las personas asalariadas—.

### **6.1.2. Desigualdades en salud según trabajo no remunerado de cuidados**

El segundo artículo representa una significativa contribución al escaso conocimiento sobre las desigualdades de género en salud en relación con el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado de cuidados entre la población trabajadora con empleos formales e informales. Este estudio verifica las dos últimas hipótesis de la tesis, ya que mientras para los hombres no se observó un patrón consistente de asociación, para las mujeres, básicamente entre aquellas con empleos informales, se encontraron asociaciones positivas y contundentes entre el trabajo no remunerado de cuidados y mal estado de salud percibida

y mental. Este resultado puede explicarse en gran medida por la sobrecarga de trabajo de las mujeres al combinar trabajo remunerado y no remunerado, junto con el posible carácter forzoso o involuntario del empleo informal entre las mujeres con responsabilidades familiares, que también se ha mostrado que puede provocar un peor estado de salud.

De hecho, estudios previos reportaron asociaciones significativas entre la combinación de trabajo remunerado y trabajo no remunerado de cuidados y peor estado de salud principalmente entre las mujeres (Artazcoz et al., 2001, 2004; Buvinic, Giuffrida, & Glassman, 2002; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004). Esto es explicado en gran parte por la división de género del trabajo, que atribuye a las mujeres casi la totalidad de las responsabilidades de cuidados no remunerados, mientras que se espera que los hombres dediquen mucho más tiempo al trabajo remunerado (Batthyány et al., 2015; Esquivel, 2011; Rodríguez Enríquez, 2007). De igual modo, esta repartición desigual de la carga de trabajo no remunerado de cuidados entre mujeres y hombres perdura en el tiempo indistintamente del tipo de régimen del bienestar que se considere (Williams & Nadin, 2012).

Por tanto, la mala salud encontrada entre las mujeres trabajadoras informales que tienen responsabilidades de cuidados, pero no así entre los hombres, puede deberse al modelo tradicional de organización social de los cuidados, que sobrecarga a las mujeres y las conduce a dobles y triples jornadas laborales (Artazcoz et al., 2014). Además, uno de los mecanismos que están operando tanto en las desigualdades en salud de género encontradas, como aquellas entre las mujeres informales frente a las formales, tiene que ver con la naturaleza forzada del empleo informal entre aquellas mujeres que tienen responsabilidades de cuidados, junto a otros mecanismos, como veremos más adelante.

### **6.1.3 Explorando los posibles mecanismos de producción de las desigualdades en salud encontradas**

A continuación, vamos a resumir algunos de los mecanismos, no excluyentes entre sí, que podrían estar explicando la relación entre el empleo informal y el estado de salud. Como hemos visto, es bastante plausible la existencia de un “círculo perverso” entre empleo informal, precariedad laboral, pobreza, malas condiciones de trabajo, empleo y de vida, que podrían estar generando y perpetuando desigualdades en salud entre la población trabajadora. Además, es importante remarcar que este “círculo perverso” se puede intensificar en función de los diferentes ejes de desigualdad como el género, la etnia o la edad, entre otros. Por ejemplo, al igual que se ha visto que la empleabilidad de ciertos grupos, como las mujeres o las personas indígenas, está mediada por dinámicas de exclusión (Medina López, 2007), con nuestro estudio hemos constatado que además, las mujeres con responsabilidades de cuidados se ven atadas a la informalidad, lo que hace aún más difícil la salida de dicho círculo.

#### **Naturaleza involuntaria de la informalidad y responsabilidades de cuidados**

A pesar de que la estabilidad laboral y en el ingreso son valores importantes del empleo, no son los únicos. Como hemos visto, algunas teorías y estudios recientes señalan que una parte del empleo informal es elegido voluntariamente, pudiendo ofrecer ciertos beneficios y oportunidades a algunas personas o grupos (Günther & Launov, 2006; Perry et al., 2007). Sin embargo, estos estudios no hacen un análisis de género en cuanto a esta naturaleza voluntaria. En este sentido, mientras que para muchos hombres es bastante probable la elección de la informalidad sea voluntaria, para gran parte de las mujeres es plausiblemente involuntaria, ya que se ven presionadas a realizar este tipo de trabajo debido a las responsabilidades de cuidados que recaen sobre ellas por los roles de género asignados.

Por ejemplo, en países donde no hay una corresponsabilidad pública o privada de los cuidados, las mujeres con responsabilidades de cuidado

utilizan la informalidad para insertarse en el mercado laboral ya que, en muchos casos, les permite tener un trabajo pagado con suficiente flexibilidad y autonomía, así como trabajar en sus casas o cerca de ellas (Cassirer & Addati, 2007; Lexartza Artza, 2012). Estas características les permiten combinar trabajo remunerado y no remunerado, a la vez que obtienen un ingreso (Benería, 2001).

Pero, como ya señalábamos, es necesario hacer una reflexión acerca de esa supuesta elección. Es posible que las mujeres con responsabilidades de cuidados escojan trabajar informalmente presionadas por su rol de cuidadoras, impuesto socialmente y asumido como tal individualmente, anteponiendo por tanto este rol frente a empleos de mejor calidad o a la mera posibilidad de buscar otro tipo de empleos con mejores condiciones. Una hipótesis que discutimos más adelante.

Dentro de las familias latinoamericanas la estrategia más óptima implica empleo formal para una de las personas, que provee de protección social para toda la familia, y empleo informal para el resto (Galiani & Weinschelbaum, 2012). Por consiguiente, es más probable que las personas trabajadoras secundarias se inserten en la economía informal si alguien del hogar ya tiene un trabajo formal. Lo que significa que, debido a la división de género del trabajo, las mujeres tienen más posibilidades de ser trabajadoras secundarias debido a su rol de cuidadoras (Espino, 2012). Éstas se ven presionadas a trabajar en la informalidad debido a sus responsabilidades de la esfera familiar, priorizando algunas de las características del empleo informal que hace más fácil equilibrar el trabajo remunerado y las exigencias familiares, por encima de mejores condiciones (Cunningham, 2001; Jütting, Parlevliet, & Xenogiani, 2008).

Es decir, que las exigencias familiares pueden estar forzando a las mujeres a la informalidad, caracterizada por peores condiciones de trabajo que se caracteriza por peores condiciones de empleo y trabajo, precariedad y pobreza, y que a su vez puede llevar a una situación extrema de exclusión social (Carr & Chen, 2004; Chen et al., 2006; Sauma, 2003). A su vez, el empleo informal también se asoció con



peor estado de salud (Giatti et al., 2008a, 2008b; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Sales & Santana, 2003; Santana et al., 1997), por lo que sumado a la naturaleza involuntaria o forzada y a la sobrecarga de trabajo, que a su vez también deriva en peor salud (Artazcoz et al., 2014), podrían estar explicando la peor salud encontrada entre las mujeres con empleos informales y responsabilidades de cuidado, en comparación tanto con los hombres como con las mujeres informales sin estas responsabilidades.

### **Condiciones de empleo y trabajo**

La **precariedad laboral** se caracteriza por la inseguridad en el empleo, la vulnerabilidad económica, la temporalidad, el bajo poder de negociación colectiva, los salarios bajos o la falta de protección social, que a su vez pueden afectar negativamente a la salud de quienes trabajan (Benach et al., 2014; Ferrie, Westerlund, Virtanen, Vahtera, & Kivimäki, 2008). Por tanto, teniendo en cuenta que estas características se encuentran presentes en gran parte de los empleos informales, y que en Centroamérica hay una elevada precariedad laboral que afecta especialmente a las personas con empleos informales (Sauma, 2003), es bastante probable que la peor salud de las personas trabajadoras informales esté mediada por las características relacionadas con la salud que se derivan de la precariedad laboral.

Además, la precariedad laboral se relaciona a su vez con una precariedad social más amplia, que incluye, por ejemplo, la privación al acceso a los sistemas de salud, lo que también podría estar afectando a la salud de quienes tienen un empleo informal. En este sentido, se ha identificado el empleo informal y la situación de pobreza como las principales barreras de acceso a los servicios de salud (Dachs et al., 2002; Martínez Franzoni, 2010). Por tanto, esta precariedad en el empleo puede resultar en vidas más precarias, y en la persistencia tanto de pobreza como de peores condiciones de vida y, por ende, en peor estado de salud entre las personas trabajadoras informales frente a las formales (Arnold & Bongiovi, 2012; Benería, 2001)

En estrecha relación con la precariedad laboral, encontramos **peores condiciones de trabajo** entre quienes tienen empleos informales en

comparación con quienes lo hacen formalmente (Muntaner, Solar, et al., 2010). A pesar de que en los dos estudios de esta tesis hemos ajustado los análisis por ocupación, como proxy de condiciones de trabajo, puede seguir existiendo una confusión residual. Es decir, las diferencias en las condiciones de trabajo entre formales e informales pueden seguir persistiendo. Por ejemplo, para la ocupación de vendedor/a, en comparación con quienes trabajan con empleos formales, hay un gran número de quienes lo hacen mediante empleos informales que trabajan en la calle y con peores condiciones de trabajo. Por ejemplo, es más alta la exposición a largas jornadas de trabajo, inseguridad de los puestos de trabajo, contaminación ambiental derivada del tráfico, problemas musculoesqueléticos o incluso acoso sexual para las mujeres (Loewenson, 2002; Pick et al., 2002; Wintour & Garzaro, 2013).

En lo referente a las **largas jornadas de trabajo** son una característica más prevalente en personas con empleos informales que entre las formales, que a su vez puede tener un impacto negativo en la salud de la población trabajadora, con diferentes patrones de género (Artazcoz, Cortès, et al., 2007; Bannai & Tamakoshi, 2014). En nuestro estudio por ejemplo, sólo el 23% de mujeres y 34% de hombres con empleos formales tuvieron largas jornadas; mientras que en las personas informales el porcentaje aumentaba al 40%. Aún más, si nos fijamos solamente en los hombres y mujeres que tuvieron largas jornadas, el porcentaje de informales corresponde al 70% para los primeros, aumentando al 79% en el caso de las mujeres.

Sin embargo, un hallazgo interesante de esta tesis es que, al mirar la asociación entre exposición a largas jornadas y mal estado de salud, en comparación con una jornada laboral a tiempo completo, observamos resultados diferentes según género y según (in)formalidad en el empleo. Para los hombres (formales o informales) no hubo un patrón claro de asociación. En cambio, para las mujeres sólo se encontró un patrón claro de asociación con mala salud entre las que tuvieron empleos informales. Como muestran algunos estudios, dicho resultado podría deberse a que la exposición a largas jornadas de trabajo y peor estado de salud se da principalmente cuando la población trabajadora

se ve forzada a realizar largas jornadas y a la aceptación de otras malas condiciones de trabajo como consecuencia de la vulnerabilidad económica (Artazcoz et al., 2007, 2013; Artazcoz, Cortès, Escribà-Agüir, Cascant, & Villegas, 2009)

Éste podría ser el caso de las mujeres trabajadoras informales con responsabilidades familiares y largas jornadas de trabajo. Como hemos visto, en su gran mayoría tuvieron salarios muy bajos, sumado a que la mitad tenía menores y/o personas adultas dependientes económicamente. Por tanto, podrían verse forzadas a realizar largas jornadas de trabajo remunerado para aumentar el salario del hogar y poder cumplir con sus responsabilidades familiares, lo que explicaría la peor salud encontrada.

Asimismo, teniendo en cuenta que la mitad de estas mujeres también realizaron más de 20 horas semanales de trabajo doméstico no remunerado, la carga total de trabajo podría implicar que prácticamente no tuvieron tiempo para ellas mismas, es decir, tiempo libre, de autocuidado, ocio, descanso y recuperación de todo el trabajo realizado; lo que también podría estar afectando negativamente a su salud. Con respecto a ello, otro elemento a tener en cuenta es que el tiempo que se necesita para realizar el trabajo doméstico no remunerado está directamente asociado a las condiciones del hogar y, a su vez, a las condiciones de vida. Es decir, a peores condiciones de la vivienda, mayor carga de trabajo doméstico (Rodríguez Enríquez, 2005). Por tanto, es muy probable que las largas horas de trabajo, remunerado y no remunerado, conduzcan a las mujeres informales a tener un peor estado de salud.

Por otro lado, se ha mostrado que la **jornada laboral a tiempo parcial** también se distribuye de manera distinta por (in)formalidad en el empleo y por género, pues se relaciona principalmente con las mujeres trabajadoras que tienen responsabilidades familiares. De esta forma, en Latinoamérica y otros países de renta media o baja, no sólo las mujeres tienen una mayor proporción de trabajo remunerado a tiempo parcial respecto a los hombres, sino que entre las mujeres el empleo informal es más frecuente en aquellas con jornadas laborales a

tiempo parcial (Fagan, Norman, Smith, & González Menéndez, 2014). En nuestro estudio por ejemplo, de todas las mujeres que trabajaron a tiempo parcial, más de dos tercios de ellas tuvieron empleos informales.

Además, es importante tener en cuenta que muchas de las mujeres que tienen este tipo de jornada lo hacen de manera involuntaria, pues aquellas que buscan un empleo a tiempo parcial a menudo terminan con empleos informales, ya que no existe prácticamente ninguna oportunidad de encontrar un empleo formal que les permita conciliar el trabajo no remunerado y el remunerado (Fagan et al., 2014). En nuestro estudio, muchas trabajadoras informales a tiempo parcial tenían personas dependientes económicamente a su cargo, por lo que es probable que este tipo de jornada fuera involuntaria, restringiendo sus opciones y forzándolas a mantenerse en la informalidad, aceptando o permaneciendo en trabajos menos deseables, de peor calidad y con peores condiciones de trabajo (Addati & Cassirer, 2008; López Bóo, Madrigal, & Pagés, 2010).

### **Pobreza y exclusión social**

Existe una estrecha relación entre las condiciones de empleo y trabajo, la precariedad laboral y las condiciones de vida fuera del trabajo. Las malas condiciones de trabajo y de empleo, como las que a menudo caracterizan los empleos informales, están conectadas con la pobreza, los riesgos laborales, y las malas condiciones de vida (Forastieri, 1999). Por ello, tanto la pobreza como la exclusión social pueden ser otros de los mecanismos que explican el peor estado de salud entre las personas con empleos informales (Carr & Chen, 2004; Günther & Launov, 2012; Macdonald & Leary, 2005; Morgan, Burns, Fitzpatrick, Pinfold, & Priebe, 2007).

A pesar de que no todas las personas que trabajan de manera informal se encuentran en una situación de pobreza (Günther & Launov, 2012), la mayoría de la población trabajadora en situación de pobreza está empleada informalmente en los países de renta media o baja (Chen et al., 2006). La economía informal es muchas veces una estrategia de supervivencia para la mayoría de quienes se encuentran en esta

situación o en el límite de la exclusión social, ya que supone prácticamente la única manera que tienen para entrar en el mercado laboral. Por ejemplo, a principios de siglo en Latinoamérica, el sector informal acogía alrededor del 70% de todo el empleo urbano entre las personas en situación de pobreza (Ruggeri Laderchi, 2005). En Centroamérica se ha estimado que casi cuatro de diez hogares estaban en situación de exclusión social, y prácticamente todas las personas de estos hogares que entraron en el mercado laboral lo hicieron a través del autoempleo de subsistencia y sin cobertura a la seguridad social (Pérez Sáinz et al., 2012).

Así bien, aunque estos mecanismos operen en la peor salud del conjunto de la población trabajadora informal, no hay que obviar que existe una “feminización de la pobreza” (Ariza & De Olivera, 1999). Además, ésta se agudiza dentro de la economía informal, pues las mujeres tienden a concentrarse en aquellas formas de empleo con salarios más bajos y mayores tasas de pobreza (Chen et al., 2006).

Por tanto, la situación de pobreza y la exclusión social también pueden ser mecanismos que expliquen las desigualdades en salud entre las mujeres informales con responsabilidades de cuidados, frente a las formales. En nuestra investigación, mientras que sólo un tercio de estas últimas ganaban menos de 301\$PPA<sup>8</sup>, en el caso de las primeras la proporción aumentaba a más de dos tercios. De esta forma, es bastante probable que estos los niveles de ingresos de las mujeres informales las ponga en una situación de vulnerabilidad económica que, a su vez, se asocia con problemas de salud (Benach et al., 2014; Menéndez, Benach, Muntaner, Amable, & O’Campo, 2007).

De esta forma, con bastante probabilidad, los bajos niveles de ingresos de las mujeres informales las ponga en una situación de vulnerabilidad económica que, a su vez, se asocia con problemas de salud (Benach et al., 2014; Menéndez, Benach, Muntaner, Amable, & O’Campo, 2007).

---

<sup>8</sup> Cabe recordar que los salarios fueron homogeneizados a través del factor de conversión de la paridad del poder adquisitivo, utilizando como país de referencia Costa Rica. Es decir, muestra la cantidad de unidades de una moneda nacional que se requieren para adquirir la misma cantidad de bienes y servicios en el mercado nacional que se podrían adquirir con dólares de Costa Rica en ese país.

Esta vulnerabilidad económica, mayor entre las informales, también deriva en una vulnerabilidad social más amplia, debida a la falta de protección social y laboral (Lund & Srinivas, 2000). En este sentido, quienes trabajan con empleos informales no tienen acceso a los beneficios sociales como la baja por enfermedad, la incapacidad permanente o el permiso por maternidad, por lo que seguramente se ven forzadas/os a trabajar todo lo que puedan, incluso si están enfermas. Por otro lado, en referencia a las mujeres con empleos formales, es posible que su salud no se viera afectada significativamente por las responsabilidades de cuidados porque pueden permitirse externalizar este trabajo, aliviando su carga total de trabajo (Batthyány et al., 2015; Rodríguez Enríquez, 2005). Sin embargo, es importante señalar que la mayoría del empleo de hogar es realizado por mujeres con empleos informales, se caracteriza por una gran precariedad laboral y es reconocido como una de las peores ocupaciones en cuanto a condiciones de trabajo, falta de protección social y en estrecha relación con la pobreza (Chen et al., 2006; OIT, 2010).

Por otro lado, la situación de pobreza y/o exclusión social también parece desempeñar un papel importante para explicar la peor salud encontrada entre las mujeres con empleos informales que estaban separadas, viudas o divorciadas, frente a las casadas. No podemos olvidar que en Centroamérica más del 60% de hogares monoparentales liderados por mujeres se encuentran en una situación de pobreza (Ariza & De Olivera, 2004). En nuestra muestra, más de la mitad de estas mujeres tuvieron a personas dependientes económicamente de ellas. Por tanto, el peor estado de salud puede deberse a la vulnerabilidad económica y social, sumado a la falta de servicios públicos de cuidados y a la carga total de trabajo sin la ayuda de una pareja. Esta situación les puede atar a la informalidad, dejándolas a ellas y a su familia sin ninguna forma de seguridad social (ni propia ni por su pareja). Asimismo, otro mecanismo, en relación a esto, que también puede estar operando es el estrés financiero. Aunque generalmente se asocia con los hombres que tienen el rol de *breadwinner*, estas mujeres tienen que asumir tanto el rol de cuidadoras

como el de sustentadoras, por lo que también puede estar afectando negativamente a su salud (Artazcoz et al., 2013, 2009).

### **Clase social**

Además del importante papel que juegan las responsabilidades familiares y de cuidados, las condiciones de trabajo, la precariedad laboral, la situación de pobreza y exclusión social, y las condiciones de vida fuera del trabajo como mecanismos causales en la asociación entre informalidad y mala salud, así como su desigual distribución, especialmente en las mujeres, también hemos de valorar el papel de la clase social.

A pesar de haber ajustado los modelos de ambos artículos por ocupación, como proxy de clase social, debemos tener en cuenta que ésta va más allá de este indicador, pues es también estatus, nivel de estudios, acceso a la información, renta familiar, nivel de ingresos, etc. Es por ello, que la clase social puede tener un papel explicativo en los resultados de esta investigación, manifestándose como confusión residual de manera transversal en muchos de los resultados obtenidos, así como de la mayoría de mecanismos descritos con anterioridad. Un ejemplo claro lo encontramos en la desigualdad de género más relevante hallada en el primer artículo, donde las mujeres asalariadas sin seguridad social pero con un contrato escrito no tuvieron peor salud que las asalariadas con cobertura a la seguridad social y con contrato escrito. En cambio, los hombres en la misma situación tuvieron significativamente peor estado de salud. En este caso, estas desigualdades de género pueden estar mediadas por la clase social, ya que ellas pueden tener mejor salud en cuanto están en una posición mucho más favorecida que los hombres, ya que son más jóvenes, con mayor nivel de estudios y en mayor proporción con ocupaciones no manuales.

Finalmente, una reflexión relevante desde la perspectiva de la clase social es que, dado que el empleo formal sigue siendo excepcional en muchos países de renta media o baja, como los centroamericanos, la selección dentro del empleo formal está principalmente reservada a un nivel medio y alto de “cierre social” (*social closure*) (Weber, 1978). Es

decir, que está reservada principalmente a personas de una clase social más favorecida, bien posicionadas en la sociedad, y que tienen acceso a recursos que facilitan su ciclo vital, tales como pueden a educación superior, sistema de salud y buenas condiciones de vida.

Por tanto, es probable que este grupo de personas trabajadoras formales sea, de hecho, una selección muestral de personas altamente acomodadas. Por consiguiente, esto podría estar explicando las fuertes asociaciones que encontramos en el primer artículo donde se comparó el estado de salud entre quienes trabajaban con arreglos informales, frente al perfil de empleo más formal de todos. En este sentido, la distinción entre empleo informal y formal podría convertirse a su vez en proxy de clase social. Del mismo modo que hemos visto que la informalidad es el camino para gran parte de las personas en situación de pobreza, la formalidad puede ser el camino para gran parte de las clases sociales más favorecidas.



## 6.2. Limitaciones y fortalezas

### 6.2.1. Limitaciones

A pesar de todas las fortalezas que veremos más adelante, esta tesis no está exenta de limitaciones y los resultados derivados de la misma deben ser interpretados en consecuencia. La primera limitación importante respecto al primer artículo es que, a pesar de haber seguido el marco conceptual de medición de la informalidad de la OIT (2013b), no pudimos aplicar exactamente toda la clasificación propuesta. En este sentido, la ECCTS no permite distinguir a las personas trabajadoras familiares auxiliares o a aquellas pertenecientes a cooperativas de productores, así como tampoco podemos identificar los hogares, que está dentro del tipo de unidades de producción de la matriz de Hussmmans (2001). Asimismo, y también en relación a las unidades de producción, tuvimos que usar un proxy de sector informal (menos de cinco personas trabajadoras), ya que la encuesta no preguntaba sobre el registro legal de la empresa, como hubiera sido más acertado.

Igualmente, esta forma de medir el sector informal es la más ampliamente utilizada y también reconocida por la OIT para su medición si no se tienen datos más precisos para poder medirlo. Además, debido a la limitación del tamaño muestral, no pudimos separar a las personas asalariadas según sector informal o formal.

En relación con la medición del empleo informal del segundo artículo, tuvimos que limitarnos a utilizar la falta de cobertura a la seguridad social para su identificación ya que al estratificar los análisis por empleo (in)formal, no teníamos suficiente tamaño muestral como para poder utilizar el perfil de empleo construido en el primer artículo. A pesar de ello, hay estudios que muestran que la seguridad social es un factor clave en la definición y medición del empleo informal (Ruiz, Tarafa Orpinell, Jódar Martínez, & Benach, 2015), sumado a que en el primer artículo también identificamos el no tener cobertura como el predictor más fuerte de mal estado de salud para la población trabajadora.

También en relación con la medición del empleo informal no agrícola que hemos utilizado, debemos tener en cuenta que no se excluyeron de nuestra muestra a las personas empleadas en actividades de caza, silvicultura y pesca y, que según la medición de la OIT, pueden formar parte del empleo informal agrícola. A pesar de ello, en el total de nuestra muestra sólo el 2,3% tuvo estas actividades, por lo que es bastante probable que su inclusión no afecte en gran medida a nuestros resultados. De todas formas, para las futuras investigaciones que realicemos corregiremos esta limitación.

Por otro lado, y en relación con las limitaciones en sí de la I ECCTS, en el cuestionario las preguntas sobre el trabajo no remunerado de cuidados son bastante ambiguas, lo que podría inducir a interpretaciones diferentes de mujeres y hombres debido a las distintas subjetividades que los roles y estereotipos de género producen (Rodríguez Enríquez, 2007). Por ejemplo, en la pregunta “¿cuántas personas menores de 15 años atiende o cuida usted?” se está mezclando atender y cuidar, cuando no significan lo mismo y tienen diferentes connotaciones. La mayoría de las mujeres probablemente tengan asumido e integrado su rol de cuidadoras, por lo que dicha pregunta sí que puede ser una mejor aproximación al trabajo no remunerado de cuidados que realizan, a diferencia del caso de los hombres. Es posible que ellos entiendan con esta pregunta si viven o si son responsables de menores, sin que necesariamente implique que asumen realmente su cuidado.

Igualmente, es importante señalar que, como no comparamos estadísticamente entre mujeres y hombres, es posible que esta limitación afecte básicamente a los resultados de los hombres, ya que es probable que el número de hombres que dice tener responsabilidades de cuidados esté sobreestimado. Esto a su vez podría explicar en parte que no se encontrara ningún patrón consistente de asociación entre los hombres, ya que no se está capturando bien el grupo, aunque sea pequeño, de aquellos que realmente tienen responsabilidades de cuidados. A pesar de que son las mujeres las principales encargadas de los cuidados (Lexartza Artza, 2012) y que nuestros resultados son consistentes con la literatura

previa que muestra cómo la combinación entre empleo y trabajo no remunerado de cuidados afecta a la salud principalmente de ellas (Artazcoz et al., 2001, 2004; Buvinic, Giuffrida, & Glassman, 2002; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004), también hay evidencia de que las demandas familiares pueden dañar la salud de los hombres, principalmente por su rol de proveedores (Artazcoz et al., 2013; Kalleberg, 2009).

Asimismo la encuesta no permite conocer la composición de los hogares de las personas entrevistadas, la relación familiar de las personas a las que cuidan ni si son la principal cuidadora/or de éstas. Igualmente, podemos asumir que la mayoría son familiares, y en el caso de menores, serán sus hijas o hijos. Sin embargo, hubiera sido importante poder conocer tanto la composición de los hogares como la relación de parentesco, para poder avanzar en la comprensión de las relaciones de género y las posibles repercusiones en la salud entre quienes tienen responsabilidades de cuidados, así como su interacción con el empleo informal. Esto último es debido a que, por ejemplo, en el caso del cuidado de menores, una de las estrategias entre las mujeres que trabajan en la informalidad y tienen responsabilidades de cuidados es dejarles con alguna persona de la familia o llevarles consigo al trabajo (Cassirer & Addati, 2007).

Por otro lado, no podemos obviar la naturaleza transversal del estudio, por lo que los resultados encontrados podrían estar afectados por la causalidad inversa. Es decir, no podemos descartar que en lugar de que el empleo informal conduzca a un peor estado de salud, las personas que tienen un peor estado sean más propensas a trabajar en la informalidad. Más aún, también podría ser que quienes tienen mejor salud puedan tener mayor probabilidad de trabajar con empleos formales debido a su status social más favorable, como discutíamos en el primer artículo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, esto sería cierto tanto para mujeres como para hombres, y además, los resultados de ambos estudios son consistentes con la literatura previa.

Finalmente, otra limitación que debemos tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, es que los análisis se han llevado a cabo para

toda la región centroamericana, por lo que no podemos descartar las diferencias entre países, derivadas de sus diferencias políticas, sociales y culturales. A pesar de ello, los análisis se ajustaron por la variable “país” para controlar dichas diferencias. Además, los resultados son consistentes con nuestra hipótesis y podemos suponer que son transferibles a todos los países de la región, así como a otros países.

Más aún, el haber realizado los análisis para toda la región nos ha permitido tener una muestra mayor, lo que a su vez nos ha posibilitado la realización de ciertos análisis como por ejemplo poder crear la variable de perfiles de empleo del primer artículo, o estratificar tanto por sexo como por cobertura de la seguridad social en el segundo artículo. Igualmente, como veremos en las recomendaciones, sería importante poder replicar estos análisis de forma separada para cada uno de los países, con el objetivo de verificar que los hallazgos encontrados en esta tesis doctoral se repiten en cada uno de ellos, así como para profundizar en las especificidades de cada país.

### **6.2.2. Fortalezas**

Entre las principales fortalezas de la presente disertación es importante destacar que, hasta donde sabemos, es la primera vez que se ha estudiado la relación entre empleo informal no agrícola y estado salud entre la población trabajadora centroamericana con un enfoque de género y a través de información fiable y homogénea. También hasta donde sabemos, el segundo artículo de la tesis es el primer estudio que analiza las desigualdades de género en la salud en relación con la combinación del trabajo remunerado y el trabajo no remunerado entre la población trabajadora informal no agrícola.

Por su parte, la mayoría de estudios sobre el empleo informal se han centrado más en un análisis de su naturaleza, orígenes y definición, así como en su medición, su relación con el empleo decente o el análisis de diferentes desigualdades sociales producto del mismo en relación con el género, la etnia, la precariedad laboral, la situación de pobreza o exclusión social. Sin embargo, no existen apenas estudios que

examinen la relación del empleo informal con las desigualdades sociales en salud en general y desde un enfoque de género en particular. Por tanto la innovación de la presente tesis procede de la ampliación en la comprensión de dicha relación, dando un paso más, al aportar nuevos conocimientos sobre las desigualdades en salud derivadas de la combinación del trabajo remunerado y el trabajo no remunerado de cuidados.

Asimismo, cabe mencionar que con esta disertación también ponemos de relieve, una vez más, la importancia de analizar y llevar a cabo políticas sobre las esferas reproductivas y productivas de manera conjunta. A su vez alentamos a entender el trabajo más allá del meramente remunerado y a visibilizar las íntimas conexiones entre la esfera productiva y la reproductiva. Si no tomamos esta perspectiva, podemos incurrir en graves errores a la hora de interpretar resultados de investigaciones científicas, así como dar lugar a la ineffectividad de las políticas públicas o colaborar en la perpetuación de las desigualdades en salud según género o (in)formalidad en el empleo.

También cabe resaltar que, aunque estos estudios se han llevado a cabo en la población trabajadora de Centroamérica, es bastante plausible que los resultados de la presente tesis sean transferibles a un contexto más global. Es decir, tanto al resto de países de renta media o baja, ya que es donde la escasa evidencia sobre las desigualdades en salud asociadas al empleo informal ha sido estudiada con resultados que van en sintonía con nuestra investigación; así como también serían aplicables a países de renta alta donde la economía informal parece tener cada vez más peso dentro de los mercados laborales debido, en gran parte, a los cambios en las políticas sociales y laborales derivadas de los ajustes estructurales que se están llevando a cabo a raíz de la actual crisis económica y financiera global.

Otra fortaleza del primer estudio es que ayuda a avanzar en el conocimiento del complejo universo de la informalidad, mediante la construcción de un perfil de empleo más complejo, utilizando diferentes dimensiones de la (in)formalidad en el empleo, en lugar de simplemente dicotomizar en empleo informal o formal mediante una

medida unidimensional o agregada, como hacen la mayoría de los estudios existentes. Asimismo, con este análisis más complejo, hemos podido identificar la falta de cobertura a la seguridad social como un factor clave de predicción de mala salud entre quienes trabajan con empleos informales.

## 6.3. Implicaciones y recomendaciones

Como hemos visto, el estudio del empleo informal como determinante de la salud es un ámbito poco explorado desde la salud pública y, en concreto, desde la salud laboral. Por tanto, quedan muchos aspectos por explorar, analizar y profundizar, lo que representa un desafío importante tanto en el ámbito de la investigación como en el del diseño e implementación de políticas públicas, y los sistemas de información. Por todo ello, a continuación paso a explicar brevemente algunas de las implicaciones y recomendaciones que consideramos se pueden derivar de esta tesis.

### 6.3.1. Implicaciones políticas

A través de esta investigación, hemos mostrado cómo las relaciones formales o informales en el empleo y los roles de género asignados a las personas afectan directamente a su salud. Por tanto, el tipo de políticas públicas implementadas en el ámbito laboral y en el del género, son al fin y al cabo un importante condicionante de la salud que pueden contribuir a prevenir las desigualdades entre la población (Benach et al., 2007).

En este apartado voy a sintetizar algunas de las recomendaciones que podrían ayudar a mejorar las políticas públicas en el marco de la economía informal. Pero previamente quiero señalar dos cuestiones y apuntar un par de recomendaciones generales.

En primer lugar, tal como señala Sonia Yáñez (2004), las políticas públicas están destinadas mayoritariamente a quienes tienen un empleo formal, dejando fuera a una gran parte de la población trabajadora:

“(...) el mundo del trabajo está sometido hoy a transformaciones profundas, que tienen como trans fondo procesos que van más allá de lo netamente laboral (...) Corolario de esta tendencia han sido la erosión de la relación laboral hasta ahora considerada normal, la crisis

de las políticas e instituciones laborales y sociales vigentes, y la consiguiente emergencia de nuevas formas de empleo y de relaciones laborales y sociales. Las sociedades capitalistas actuales se encuentran, entonces, colocadas ante la siguiente paradoja: para un número cada vez mayor de personas, el empleo ha dejado de ser empleo “típico” o “normal”, mientras que las políticas públicas –particularmente las laborales, las de seguridad social y de familia– siguen siendo pensadas en clave de empleo estándar”.

Por tanto, una primera idea de partida es que será necesario aplicar un enfoque integral a las políticas laborales para que incluyan también a quienes tienen empleos informales y se reduzcan así las desigualdades en salud generadas por este tipo de empleo.

En segundo lugar, las políticas laborales, al igual que todas las políticas en general, tienden al androcentrismo en todas sus dimensiones (López, Peterson, & Platero Méndez, 2014; Rodríguez Enríquez, 2005; Waylen, Celis, Kantola, & Weldon, 2013). Así pues, es de vital importancia la incorporación de una perspectiva de género en la formulación de políticas y, en particular, en el ámbito de la economía informal, que tengan en cuenta las especificidades de las diversas experiencias y actividades en este ámbito, así como las diferentes opciones, limitaciones y necesidades de hombres y mujeres. De esta forma se colaborará con la superación de las desigualdades generalizadas que viven las mujeres frente a los hombres al no ser tenidas en cuenta en el diseño e implementación de las políticas públicas (OIT, 2013a).

### **Enfoque de protección social**

En la región latinoamericana, organismos como la CEPAL están promoviendo un enfoque de políticas que integre la protección social de todas las personas, con el objetivo de garantizar un ingreso que permita mantener niveles mínimos de calidad de vida, de posibilitar el acceso a servicios sociales de promoción y de procurar la



universalización del trabajo decente<sup>9</sup> (Cecchini & Bárcena, 2011). Para lograr dichos objetivos, estas propuestas se basan en tres grandes componentes como son la protección social no contributiva (asistencia social), la contributiva (seguridad social), y la regulación de los mercados laborales (normativas y estándares orientados a fomentar y proteger el trabajo decente). Aunque todos estos componentes están estrechamente relacionados, la perspectiva de salud laboral normalmente se centra en los dos últimos. Sin embargo, es importante mencionar que, ante la debilidad del acceso a la seguridad social, la realidad de gran parte de la población trabajadora informal es que requieren del apoyo de sistemas no contributivos.

Por tanto, dado que la informalidad sigue siendo la base de muchos mercados laborales de países de renta media o baja como los centroamericanos, los mecanismos para prevenir ciertos riesgos sociales, como por ejemplo el desempleo o las bajas por enfermedad, así como para mitigar sus impactos, no pueden basarse exclusivamente en los sistemas de seguridad social y laboral tradicionales. Por ello, para formalizar la economía informal, las políticas de protección social, también deben de ir acompañadas y coordinadas con una serie de políticas de empleo y de normas laborales, ya que éstas pueden evitar ciertos riesgos sociales y mitigar sus consecuencias (Cetrángolo, Bertranou, & Casanova, 2015).

### **Enfoque de transición de la informalidad a la formalidad**

Partiendo de que las normas laborales fueron establecidas para proteger a toda la población trabajadora, formal o informal, la OIT

---

<sup>9</sup> Los cuatro pilares básicos del empleo decente son la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, la ocupación, la protección social y el diálogo social (OIT, 1999). Significa contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato. Surge como respuesta de las instituciones a la importancia de una política de empleo que debe facilitar la protección y el diálogo social, con la finalidad tanto de justicia social, como de una política de ajuste eficaz al desarrollo a largo plazo (Chacartegui Jávega, 2014).

también viene desarrollando desde hace unos años una estrategia integradora de transición a la formalidad, con el objetivo a su vez de alcanzar el trabajo decente en la economía informal de manera progresiva, a la vez que se reduce el número de personas que trabajan con empleos informales (OIT, 2013a). De esta forma, este organismo adoptó en junio de 2015, casi de forma unánime, la primera recomendación para toda la población trabajadora de la economía informal (Recomendación 204 sobre la transición de la economía informal a la economía formal), lo que supone un avance importante en el reconocimiento de derechos y una mejora de la protección y las oportunidades (OIT, 2015).

Esta recomendación hace un giro, que nos parece fundamental, en la problematización del fenómeno, ya que pasa de un enfoque punitivo-regulacionista preocupado por la evasión de impuestos, a un acercamiento más social que pone el foco en la vulnerabilidad de algunas personas a causa de sus condiciones laborales y, por consiguiente, en la necesidad de protección e incentivos para la formalización de algunas unidades económicas. Asimismo, además de ser un mecanismo de protección que pueden utilizar quienes están en la economía informal para negociar mejoras en sus condiciones y hacer incidencia política, también proporciona orientación a los gobiernos para desarrollar un entorno normativo y legal que sea propicio. En este sentido, en dicha recomendación se aboga por el diálogo social, que junto con las políticas públicas adecuadas pueden acelerar el proceso de transición a la economía formal.

Estamos de acuerdo con algunas de las políticas que la OIT (2013a) propone para apoyar la transición hacia la formalidad: (1) el crecimiento y la generación de empleos de calidad; (2) la implementación de forma efectiva las normas y regulaciones internacionales del trabajo, estableciendo estrategias de mayor regulación para grupos específicos más desprotegidos como quienes tienen un empleo de hogar informal, que son principalmente mujeres; (3) la promoción, la organización, la representación y el diálogo social, como por ejemplo la creación de organizaciones y sindicatos de personas que trabajan en la economía informal, o cooperativas de

trabajo; (4) promover la igualdad de género, etnia, raza, linaje, discapacidad y edad, así como la lucha contra la discriminación a través del empoderamiento de las mujeres, de marcos de política para la migración o enfoques inclusivos que tengan en cuenta a las personas con diversidad funcional; y (5) la extensión de la protección social, incluyendo la cobertura a seguridad social de la población que trabaja en la economía informal en un término inmediato para poder alcanzar el empleo decente.

Hay que tener en cuenta que la cobertura a la seguridad social es un elemento clave no sólo para formalizar o alcanzar el objetivo de empleo decente, sino para mejorar la salud de las personas con empleos informales, como hemos visto a lo largo de esta tesis. En este sentido, no podemos olvidar que la población que trabaja en la economía informal se encuentra desprotegida y sin acceso a beneficios como la pensión por jubilación, la baja por enfermedad, el permiso de maternidad o paternidad, las vacaciones pagadas, la disposición de días personales, la seguridad laboral (como veremos en el siguiente punto) o el tiempo de lactancia materna. Por tanto, es de vital importancia que en la región centroamericana, así como en el resto de países, se sigan haciendo esfuerzos para proteger a toda la población trabajadora.

En Argentina y Uruguay se están implementando “esquemas simplificados” o “monotributos” para facilitar la formalización –y rebajar los costes asociados– de las personas trabajadoras por cuenta propia, que representan la mayor proporción del empleo informal (OIT, 2008). Además, también es importante mencionar que en algunos países de América latina, como Guatemala, Honduras y Panamá de la región centroamericana, las personas pertenecientes a pueblos indígenas están prácticamente excluidas de los regímenes de seguridad social (Cecchini & Bárcena, 2011). Por tanto, al igual que se plantean políticas específicas para cubrir a las mujeres, también serán imprescindibles actuaciones orientadas a cubrir a estos grupos étnicos. De hecho, una mayor atención sobre la incorporación de medidas antidiscriminatorias de empleo para fortalecer la inserción laboral

femenina y la de pueblos indígenas resulta clave en una región marcada por la persistencia de estructuras de desigualdad.

### **Seguridad y salud en el trabajo**

La globalización se ha asociado con grandes cambios en la estructura de los mercados de trabajo en todo el mundo. La mayoría de países, independientemente de su nivel de renta, se han visto afectados por una disminución de los puestos de trabajo con contratos seguros y duraderos, así como de los beneficios sociales relacionados con el empleo, para dar paso a un aumento del trabajo precario y sin protección. En este contexto, para muchas personas el empleo no garantiza ya la salida con éxito de la situación de pobreza, sino que también contribuye a una mayor vulnerabilidad. En este sentido, una importante fuente potencial de vulnerabilidad para la población trabajadora que ha sido poco explorada en países con altos niveles de informalidad son los daños a la salud derivados del propio trabajo remunerado (Lund & Marriott, 2011).

Esto en sí representa un gran desafío para las políticas de salud laboral, donde el diseño de sistemas de salud y seguridad sostenibles e integradores resulta complicado. Pero trabajar en la economía informal es la realidad de muchas personas trabajadoras en países de renta media o baja, así que se requieren reformas y políticas efectivas en su diseño, aplicación, seguimiento y evaluación. Además, las posibles medidas deberían ser negociadas conjuntamente con organizaciones que den voz a quienes trabajan con empleos informales ya que son quienes mejor pueden saber muchos de los riesgos a los que están expuestas/os. Asimismo, otra cuestión importante es mejorar las estadísticas sobre riesgos laborales, enfermedades profesionales o lesiones por accidentes de trabajo que se dan en la economía informal (Lund, 2012).

El modelo tradicional de seguridad y salud en el trabajo queda por tanto obsoleto para gran parte de la población trabajadora. No existen los procedimientos necesarios para eliminar, disminuir y prevenir los daños a la salud derivados del trabajo entre quienes tienen empleos informales. Por tanto, este modelo deberá complementarse y

combinarse con una estrategia más amplia que tenga en cuenta las transformaciones en el empleo y, en concreto, en ocupaciones como la venta callejera, el empleo de hogar, el trabajo a domicilio u otras ocupaciones informales (Lund, 2012). Una estrategia integradora requerirá cambiar los acuerdos institucionales por los que se rige este modelo, realizados conjuntamente entre las autoridades locales y las organizaciones de quienes trabajan en la economía informal. En este sentido, en la recomendación adoptada recientemente por la OIT (2015), se sugiere a los gobiernos que lleven a cabo políticas eficaces en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como adoptar medidas inmediatas para subsanar las condiciones de trabajo inseguras e insalubres que a menudo caracterizan el trabajo en la economía informal.

Por ejemplo, se propone reforzar los servicios generales de salud para utilizar la atención primaria como lugar donde realizar la detección y prevención de los riesgos laborales de quienes tienen un empleo informal (Lund, 2012). Ahora bien, esta medida llevada a cabo en países donde los sistemas de salud general son limitados y deficientes, no sería muy efectiva. Además, también se correría el riesgo de que se difuminaría la importancia de tener un sistemas de seguridad y salud en el trabajo sólido y enfocado en la prevención de los riesgos específicos derivados de las condiciones de empleo y trabajo (Rosenstock, Cullen, & Fingerhurt, 2006).

Otra estrategia propuesta que, desde nuestro punto de vista, es muy recomendable es la inclusión de las organizaciones de personas trabajadoras de la economía informal en plataformas para la reforma y la formulación de políticas, la aplicación y el seguimiento de las mismas (Lund, 2012). En este sentido, existen ejemplos de buenas prácticas como en la ciudad sudafricana de Durban, donde se llevó a cabo un proceso participativo para abarcar al sector informal, especialmente a las y los vendedores callejeros. El objetivo de dicho proceso fue negociar una solución para, por un lado, contar con una gestión eficaz y segura del comercio callejero y, por otro lado, cubrir la necesidad de un espacio seguro e higiénico en las zonas más transitadas de la ciudad (Lund & Skinner, 2004).

---

Otro ejemplo de buena práctica lo encontramos en Tailandia, donde la red de protección para quienes tienen empleos de hogar (HomeNet) desempeñó un papel importante en una comisión nacional que propició la introducción del “Plan de atención sanitaria de los 30 bahts” que posteriormente fue reemplazado por un plan universal de seguro médico (Lund, 2012).

Una estrategia que también puede ser eficaz, por ejemplo para la prevención de riesgos ergonómicos, es la creación de equipamientos laborales y entornos que promuevan o protejan la salud de quienes trabajan (Lund, 2012). Como muestra esta autora, un primer ejemplo de ello lo encontramos en ciudades como Puna (India), donde se han creado alianzas entre quienes se dedican a recolectar residuos y algunos estudios de arquitectura, avanzando en el diseño adecuado de los carritos que utilizan mientras trabajan, para que puedan manejarlos más fácilmente y se reduzcan los riesgos ergonómicos.

Finalmente, otro ejemplo, también en la India, corresponde a que la SEWA colabora con el Instituto Nacional de Diseño para diseñar mesas que se adapten adecuadamente a los cuerpos y a las mujeres que trabajan enrollando varitas de incienso o amasando *papadams* (panes planos).

### **Equidad de género y transversalización de los cuidados**

Entre las políticas de promoción de la igualdad de género en la economía informal que propone la OIT (2013a), queremos resaltar el desarrollo de las competencias profesionales y la educación formal de las niñas, ya que se ha visto que es una de las medidas más efectivas para romper los ciclos de pobreza, y que podría tener a su vez repercusiones importantes a largo plazo en el acceso a empleos formales.

También se pone de manifiesto la necesidad de reglamentar el empleo de hogar, llevado a cabo en su inmensa mayoría por mujeres en la informalidad y donde se incumple sistemáticamente los derechos laborales y de protección (OIT, 2010).

La falta de regulación de este trabajo está estrechamente relacionada con el poco valor social que se atribuye al trabajo de cuidados en general. En este sentido, las políticas públicas deberían potenciar su visibilización y darle el reconocimiento que socialmente no tiene. Para ello, también se podrían implementar estrategias como: (1) un aumento de los servicios públicos de cuidados de menores, de mayores o de personas con diversidad funcional; (2) subsidios de capacitación; 3) prestaciones para el transporte; y (4) flexibilidad horaria. Existen otras propuestas controvertidas, como por ejemplo dotar de contraprestaciones monetarias a las personas que cuidan en los hogares de manera no remunerada con el objetivo de garantizar cierta autonomía económica a quienes asumen dicha responsabilidad.

Sin embargo, a la hora de implementar este tipo de actuaciones es importante evitar la perpetuación de los roles de género asociados tradicionalmente a las mujeres, por lo que también se deben desarrollar políticas que vayan destinadas a un reparto más equitativo del trabajo no remunerado de cuidados (OIT, 2013a), en la línea de lo que se ha llamado “políticas de corresponsabilidad”, fomentando que los hombres asuman una mayor carga del mismo, e introduciendo cambios en las normativas para garantizar la equidad de derechos y deberes a mujeres y a hombres en los hogares (Lexartza Artza, 2012).

Ahora bien, las empresas también deberían de corresponsabilizarse de los cuidados, ya que éstos son totalmente necesarios para su funcionamiento, en cuanto a que son la base de la reproducción de la mano de obra (Rodríguez Enríquez, 2005). En países como los centroamericanos donde hay una gran informalidad en los mercados laborales, una de las medidas que pueden tomarse para las empresas es abonar parte de las cotizaciones no contributivas a los seguros sociales, sobre todo aquellas empresas transnacionales que se asientan en muchos países de renta media o baja con determinados privilegios como estar exentas de pagar impuestos (Bueno Castellano, 2009).

En definitiva para lograr una redistribución más justa del cuidado (en un sentido amplio) entre todas las personas y en el conjunto social, será necesario que se reconozca como trabajo. Además, también será

preciso que se tenga en cuenta como una dimensión clave del bienestar y que se visibilice la estrecha relación que tienen con la esfera productiva. De hecho, aunque en la mayoría de países de renta media o baja aún no se ha logrado consolidar los tres pilares básicos de los Estados del bienestar (salud, educación y protección), es importante pensar en el derecho al cuidado como un elemento clave de cualquier ruta que se establezca para su consolidación (Vásconez, 2012).

Por tanto, como se ha puesto de manifiesto en esta tesis, sumado a las políticas específicas de cuidados, es necesario que éstos se transversalicen en el conjunto de políticas públicas como la sanitaria, de protección social, de vivienda, de urbanismo, etc. Para ello, se puede utilizar el marco de las Tres R, que proporciona un modelo de análisis de las vías y políticas de cambio hacia formas más justas de distribuir los costos y los beneficios de los cuidados, partiendo del *reconocimiento* en sí de los cuidados; de una *redistribución* de los trabajos entre todos los agentes sociales y de los recursos que se necesitan para satisfacer las necesidades de cuidados; y de la *reducción* de los arreglos del cuidado más precarios, tanto en los no remunerados como en el empleo de hogar a través de la mejora de sus condiciones de empleo y trabajo (Elson, 2008).

Es decir, las políticas deberían enfocarse hacia el reconocimiento pleno de la naturaleza, extensión y papel del cuidado; entendiendo la totalidad de su contribución al desarrollo humano y sin perder de vista que son las mujeres las principales responsables del mismo. Por tanto las políticas no deberían reproducir las normas sociales y los estereotipos que dan por hecho que la provisión de cuidado no remunerado cae en las mujeres; aunque sí deberían cuestionar las relaciones de poder que se dan en torno al mismo (Benería, 2003; Esquivel, 2013).

De igual manera, también se podrían implementar políticas enfocadas a desarrollar la infraestructura social, para contribuir a la reducción de los costos que recaen sobre quienes realizan los cuidados, y sobre todo en las mujeres en situación de pobreza, ya que, como hemos visto, el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado es



muyo mayor cuando las condiciones de la vivienda son deficientes, pero también por la falta de infraestructura social, como por ejemplo, tener que recorrer largas distancias para proveerse de alimentos o de agua (Milosavljevic, 2010; Rodríguez Enríquez, 2005).

Por último, como ya hemos comentado, para la redistribución de cuidados, se pueden desarrollar políticas que respalden la prestación o el acceso a los servicios de cuidados, para mujeres y hombres, y más allá del ámbito de los hogares y las comunidades, es decir en la esfera pública de los mercados (por ejemplo, equilibrio entre las licencias de maternidad y responsabilidad o remuneración adecuada para quienes trabajan en el empleo de hogar), y del Estado (proveyendo de infraestructura social o servicios públicos de cuidados).

Un ejemplo de buenas prácticas que se está llevando a cabo en la región centroamericana, es la provisión de un marco conceptual junto con una propuesta metodológica para avanzar en la definición e implementación de un “piso de protección social con perspectiva de género” (Torada Máñez, Lexartza Artza, & Martínez Franzoni, 2012). Con el objetivo de promover un diálogo social en el que se valore la situación nacional, garantizando la disminución de las desigualdades de género, se planteó la necesidad de atender a la capacidad fiscal y a los planes que ya se estaban llevando a cabo, de identificar las brechas de género en materia de seguridad social, de evaluar el coste y la sostenibilidad de las posibles opciones, así como de diseñar medidas específicas que conformarán el piso de protección social. Asimismo, se definieron unas primeras fases (1) de diagnóstico para obtener perfiles específicos de cada país, identificando la población que queda excluida de los sistemas de seguridad social y determinando el estado tanto de la salud pública, la educación y los cuidados entre otros servicios; (2) de inventario de programas, donde se evalúan los programas que ya estaban diseñados o en ejecución; y (3) de descripción en profundidad de los programas.

Finalmente, nos gustaría remarcar un par de cuestiones más generales. En primer lugar, para que todas estas propuestas de políticas tengan una efectividad notable y ayuden a reducir las desigualdades en la

provisión de cuidados, se deberían implementar una serie de políticas de sensibilización y transformación cultural que contengan los siguientes elementos: (1) avanzar en la deconstrucción de la norma de “la persona trabajadora ideal”<sup>10</sup>; (2) cuestionar el modelo de organización social fundado en la lógica del empleo remunerado y formal; (3) reconstruir a su vez el concepto de trabajo en un sentido más amplio que revalorice el trabajo de cuidados; (4) recrear nuevas maneras de organización del trabajo y del tiempo social de trabajo; y (5) promover una deconstrucción de los roles asociados a la masculinidad y a la feminidad, cuestionando el binarismo heteronormativo del sistema sexo-género explicado en la introducción de la presente investigación (Pérez Orozco, 2014b; Rodríguez Enríquez, 2005; Standing, 1999b)

En segundo lugar, sostenemos que las políticas de empleo deben abordar su relación con las políticas migratorias desde un enfoque de género, pues una parte importante de las mujeres empleadas de hogar son migrantes, dando lugar a lo que se conoce como “cadena globales de cuidados”<sup>11</sup>.

### 6.3.2. Sistemas de información

El establecimiento de sistemas de información es una prioridad de diversos programas de desarrollo y de salud mundial (OISS, 2009;

---

10 Principalmente asociada a los hombres, y que se ocupa a tiempo completo e incluso trabaja horas extras, que destina muy poco tiempo al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (Rodríguez Enríquez, 2005), pero que a la vez llega a su puesto de trabajo con todas las necesidades de cuidados cubiertas (Pérez Orozco, 2014).

11 Las cadenas globales de cuidados se han definido como eslabones que unen a hogares alrededor del mundo, produciéndose transferencias de cuidados sobre la base de ejes de desigualdad y sobre relaciones de poder de género, etnia, clase social y estatus migratorio (Pérez Orozco, 2006). A través del empleo de hogar, ayudan a paliar la crisis de los cuidados en los países de renta alta, a la vez que facilitan la incorporación de mujeres al mercado laboral en todos los países, a través de empleos informales generalmente. En el caso de la región latinoamericana, es una de las principales razones de la migración de las mujeres, tanto a otros países, como dentro de la región, es el caso por ejemplo de mujeres nicaragüenses que emigran a Costa Rica para proveer de cuidados (Carcedo, Lexartza, & Chaves Groh, 2011).

OIT, 2004a; OMS, 2007). Desde finales de los años 70, las Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud (ECTS) se han ido consolidado como una herramienta eficaz para tener una visión más global, identificar y monitorizar las condiciones de trabajo y de empleo, así como mirar su impacto en la salud de la población trabajadora (Artazcoz, 2003; Irigüez, Agudelo-Suárez, Campos-Serna, Cornelio, & Benavides, 2012). Por un lado, las ECTS complementan los sistemas de información de salud laboral referentes a las lesiones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por otro, ayudan a evaluar las políticas de control y los programas preventivos, así como a establecer sus prioridades (Narocki, Zimmermann, Artazcoz, Gimeno, & Benavides, 2009).

En Centroamérica, al igual que en el resto de Latinoamérica, ha habido una gran escasez de información sistemática y de sistemas de vigilancia de las condiciones de trabajo, empleo y salud (Monge et al., 2010; Wesseling et al., 2002). Sin embargo, diversos países latinoamericanos han llevado a cabo sus primeras ECTS en los últimos años (Merino-Salazar, Artazcoz, Campos-Serna, Gimeno, & Benavides, 2015). De esta tesis doctoral se desprenden algunas recomendaciones de mejora de la I ECCTS en relación a los tres elementos centrales de esta investigación en su relación con la salud (empleo informal, trabajo no remunerado de cuidados y género). Dichas recomendaciones también podrían ser aplicables a aquellas ECTS a nivel global que necesiten mejorar estas cuestiones.

En primer lugar, dada la importancia del empleo informal en la región, en futuras ediciones de la ECCTS, el cuestionario debería introducir algunas modificaciones para poder medir y capturar mejor las distintas dimensiones de dicho tipo de empleo. De hecho, en la actual recomendación 204 de la OIT (2015), descrita en el apartado anterior, sobre la transición de la economía informal a la economía formal, se insta a los gobiernos a realizar una adecuada recopilación y seguimiento de la economía informal. Siguiendo las recomendaciones de Hussmanns (2004a, 2004b) y la OIT (2013b), en cuanto al tipo de unidades de producción, sería necesario poder distinguir los hogares, tanto aquellos que producen bienes exclusivamente para su propio uso

final, como los que emplean a personas domésticas asalariadas. Además, también sería necesaria la incorporación de algunas preguntas sobre la empresa en la que trabajan las personas encuestadas, con el fin de poder discernir de una manera más adecuada los sectores formal e informal. Algunas de las cuestiones que se proponen es preguntar si la empresa está registrada, si paga impuestos o si tiene una localización estable. Por otro lado, en cuanto a la situación del empleo, también se deberían incorporar las categorías de personas trabajadoras familiares auxiliares, y de personas pertenecientes a cooperativas de productores/as.

Otras cuestiones importantes que se podrían agregar a la ECCTS en relación al empleo informal son las siguientes:

- Para aquellas personas que contesten que no están cubiertas por la seguridad social, se podría preguntar por los motivos. De esta forma, tal vez podríamos identificar a quienes no tienen posibilidad de costearse la cobertura, si es debido a la dificultad de realizar los trámites, etc.
- La pregunta anterior debería ir acompañada por otra sobre si le gustaría estar cubierta/o, lo que tal vez podría ayudar a averiguar la naturaleza voluntaria o no de trabajar mediante arreglos laborales informales.

En segundo lugar, en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género, presentamos algunas consideraciones específicas en relación a los cuidados:

- Dada la relevancia del empleo de hogar en la economía informal y teniendo en cuenta que con la actual Clasificación Internacional de Ocupaciones, resulta complicada su identificación, se podría añadir una pregunta específica sobre si es o no empleo de hogar.
- La ECCTS tiene algunas limitaciones importantes para poder medir adecuadamente el trabajo no remunerado de cuidados, como hemos comprobado en esta investigación. Por tanto, para futuras ediciones, sería importante incluir preguntas acerca de la

composición del hogar de la persona encuestada, la relación familiar que tienen con las personas a las que cuida, y si es la principal responsable de estos cuidados.

- Como también hemos discutido en esta tesis, dada la estrecha relación entre condiciones de la vivienda, situación de pobreza o exclusión social, carga de cuidados e informalidad en el empleo, también sería recomendable incluir algunas preguntas acerca de las condiciones de la vivienda.
- A pesar de las limitaciones que tiene la pregunta sobre el trabajo doméstico no remunerado, existen importantes diferencias de género en el número de horas de trabajo en función de su naturaleza flexible o inflexible de dicho trabajo (Hook, 2010), lo que podría afectar de manera diferente a mujeres y hombres, formales e informales. Por tanto, se podría ampliar esta pregunta para identificar mejor cuáles son los diferentes tipos de este trabajo que se realizan. Para ello, un instrumento de gran utilidad y ampliamente utilizado para orientar a las políticas públicas sobre las necesidades sociales de cuidado, y del que se podrían sacar diferentes preguntas son las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado (Aguirre & Ferrari, 2014).
- En la I ECCTS se pregunta sobre “tareas domésticas” cuando, como hemos visto, se trata de trabajo, por lo que se debería cambiar el término utilizado.
- El tiempo de trabajo remunerado también tiene un claro componente de género y en estrecha relación con el empleo informal. Por tanto, para aquellas personas que contestaron tener una jornada a tiempo parcial o que tienen largas horas de trabajo, sería interesante añadir una pregunta sobre los motivos de estos tipos de jornada. De esta forma, además de poder analizar los distintos motivos por género, como pueden ser aquellos asociados a los roles de cuidadoras y proveedores de mujeres y hombres, respectivamente, también podríamos aproximarnos a la naturaleza voluntaria o involuntaria de estos tipos de jornadas.

En cuanto a las cuestiones más generales de género, derivadas de la introducción de la tesis y de las implicaciones políticas vistas en el apartado anterior, que sería recomendable incorporar a futuras ediciones de la ECCTS destacamos:

- El uso de un lenguaje inclusivo en todo el cuestionario.
- Una revisión de las categorizaciones referentes al sexo-género implícitas en el cuestionario que atienda a la complejidad de esta(s) variable(s)
  - Es importante que sean las personas encuestadas las que respondan esta pregunta para evitar el posible sesgo producido por la mala interpretación de la persona encuestadora.
  - También sería necesario una “tercera casilla” que abra el espacio a otras realidades fuera del “hombre” y “mujer”. Como hemos visto en la introducción, el sistema sexo-género que estructura las sociedades occidentales se basa una categorización binaria que excluye, patologiza e invisibiliza otras realidades como las persona intersex, transgénero o transexuales.
  - Finalmente, cabría la posibilidad de explorar las potencialidades de añadir una pregunta referente a la preferencia sexual (hacia personas del mismo sexo/género, del otro o hacia ambas), bajo el supuesto de que se configura como un determinante de la salud poco estudiado en las ECTS, así como en el ámbito de la salud laboral.

Finalmente, una recomendación en general para todas las ECTS sería incorporar a quienes se dedican en exclusiva al trabajo no remunerado dentro de la población de referencia de las encuestas. Como hemos visto, en general la definición de trabajo que desde hace décadas impera en las sociedades y en la academia es androcéntrica, pues se asocia principalmente a aquel que se realiza en el mercado laboral. Y por tanto, no tiene en cuenta todo el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado principalmente realizado por mujeres y que, al igual

que el remunerado, también está expuesto a riesgos de seguridad, higiene, ergonomía y de naturaleza psicosocial (Artazcoz, 2014). Además, no existen sistemas de información de lesiones por accidentes de trabajo no remunerado o de enfermedades relacionadas con dicho trabajo, quedando invisibilizados (Messing & Östlin, 2006).

### 6.3.3. Líneas futuras de investigación

Como recomendación general, creemos que la perspectiva de género también tiene que estar presente en todos aquellos estudios que analicen la salud de la población trabajadora. Pues, como hemos vuelto a constatar con esta tesis doctoral, en muchas ocasiones pueden existir diferencias de género en los posibles mecanismos que explican la relación entre el trabajo (remunerado y no remunerado) y el estado de salud. Teniendo en cuenta la escasez de evidencia sobre la relación entre empleo informal y salud, esta tesis se centró en un primer estudio más general, por lo que estudios específicos que aborden diferentes cuestiones de dicha relación serán necesarios. Por ello, a continuación pasamos a detallar algunas de las líneas futuras de investigación que pensamos que serían importantes de desarrollar en profundidad.

- En el empleo informal, además de las mujeres, generalmente se concentran en mayor proporción las personas más jóvenes así como las más mayores, indígenas, aquellas en situación de pobreza o exclusión social y las migrantes (Chen et al., 2006; Funkhouser, 1996; OIT, 2013c; Pérez Sáinz & Mora Salas, 2006). Por tanto, futuros estudios que analicen la relación entre empleo informal y el estado de salud en función de estos ejes de desigualdad, así como la interacción entre ellos serían de gran utilidad para seguir avanzando en el conocimiento.
- Cabe señalar que, como hemos podido apreciar en el primer artículo de la tesis, la (in)formalidad en el empleo y, por tanto, el estado de salud tienen una estrecha relación con la clase social. Por tanto, se necesita profundizar en el análisis de estas relaciones a través de diferentes variables que midan la clase

social, como podrían ser el nivel de estudios, la ocupación o los recursos materiales.

- Esta tesis se ha centrado en el empleo informal no agrícola y el estado de salud para el conjunto de la región centroamericana, por lo que sería necesario replicar los análisis aquí realizados para cada uno de los países de Centroamérica, y para el empleo informal agrícola. También sería interesante analizar las diferencias intra-regionales en términos de regímenes centroamericanos y/o latinoamericanos del bienestar, permitiendo centrar el estudio en un nivel intermedio entre la región y los países, y ver cómo afectan los diferentes regímenes al estado de salud de las personas (Campos-Serna, Ronda-Pérez, Moen, Artazcoz, & Benavides, 2013; Martínez Franzoni & Voorend, 2009). Para ello, se podría utilizar la clasificación que realizó Juliana Martínez (2008) tras una revisión y adaptación de los regímenes propuestos por Fernando Filgueira (1998), quien a su vez llevó al contexto latinoamericano los regímenes de Gøsta Esping-Ardensen (1990). Esta autora, agrupó a los países en función de las diferencias en los mercados de trabajo, las políticas públicas y la organización de las familias.
- El estudio de todos estos ejes de desigualdad en salud así como su interacción y en relación con el empleo informal, podría ayudar, en estudios posteriores, donde se podrían mezclar estudios cuantitativos y cualitativos, al análisis de un concepto más complejo y más difícil de medir como es la interseccionalidad (Bauer, 2014; Choo & Ferree, 2010). Trabajar a partir de este concepto significa analizar la convergencia de diferentes ejes de desigualdad teniendo en cuenta la experiencia vivida de las personas. Por tanto, esto implica hacer una aproximación a la realidad social teniendo en cuenta situaciones específicas y en un momento determinado, que emergen de esta interrelación, y que no es medible simplemente agregando cada uno de estos ejes. Es decir, se trata de analizar cómo los múltiples ejes de estructuración social (género, clase, edad, etnia, diversidad funcional, nacionalidad, etc.) están relacionados y dan lugar a



experiencias concretas ubicadas geográfica y temporalmente. Este enfoque permite complejizar la comprensión de qué pasa dentro de un grupo categorizado como homogéneo, haciendo visible su diversidad de opresiones, vulnerabilidades y resistencias que ocurren en un cierto contexto, y que producen experiencias subjetivas para cada persona (de este supuesto grupo homogéneo) en un momento específico.

- Existen ocupaciones específicas donde la inmensa mayoría de personas que trabajan en ellas tienen empleos informales, y donde además existen importantes diferencias de género, y por tanto sería necesario estudiar dichas ocupaciones y su relación con la salud. Éste es el caso de las vendedoras/os ambulantes, recicladoras/os, población trabajadora a domicilio o aquellas que trabajan en el empleo de hogar, donde además existen diferencias importantes de género.
- La precariedad laboral hemos comprobado que es uno de los mecanismos que parece operar en la peor salud encontrada entre quienes tienen un empleo informal. Por ello, sería de especial interés poder llevar a cabo diversas investigaciones en profundidad, desde una perspectiva de género, que estudien específicamente estos dos importantes determinantes sociales de la salud. En este sentido, la I ECCTS incorpora una batería de ítems, basados en la escala EPRES (Vives et al., 2010), para medir precariedad laboral entre las personas asalariadas.
- Hemos podido constatar que las características de trabajo entre quienes tienen empleos informales y formales suelen ser diferentes. Asimismo, los riesgos laborales de unas personas y otras también se ha visto que suelen diferir entre estos grupos de personas trabajadoras. Por tanto, sería muy recomendable realizar estudios que se focalicen en sistematizar estas diferencias entre ambos grupos, tanto de condiciones de trabajo como de los riesgos laborales a los que están expuestas/os. Además, si se realizan futuras ediciones de la ECCTS, podría ayudar a

identificar si se ha experimentado un cambio en estas condiciones de trabajo.

- En relación con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, también se necesita profundizar en las desigualdades de género en salud encontradas, así como entre mujeres con empleos formales e informales. En este sentido, se podrían llevar a cabo investigaciones que analicen el apoyo dentro de los hogares de empleo de hogar, la (in)formalidad en el empleo, el salario y el estado de salud.
- Otra posible línea de investigación podría comparar la precariedad laboral entre las mujeres informales en función de si tienen o no responsabilidades de cuidados no remunerados.
- De nuestros resultados se deriva que estudios futuros deberían de mirar cómo la sobrecarga total de trabajo (remunerado y no remunerado) afecta en la salud de las mujeres, formales e informales. Además, hay que tener en cuenta que muchas veces el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado mediante la informalidad se solapan en tiempo y espacio. Muchas mujeres deciden trabajar desde casa para poder combinar estos trabajos, o hay otras que se llevan a sus hijas e hijos consigo al trabajo. Por tanto, también sería interesante realizar estudios que miren este “doble” trabajo simultáneo y el estado de salud entre las mujeres informales.
- También se deben tener en cuenta las transformaciones en los hogares que desde hace décadas se vienen dando tanto en Centroamérica, como en muchos países occidentales. Por tanto, y a pesar de que la I ECCTS no permite diferenciar la relación familiar con las personas a las que se cuida, estudios que miren estas relaciones serían muy interesantes, a la hora de caracterizar sobre quién recaen los cuidados, por ejemplo, cuando no son la madre o el padre en el caso de cuidado de menores.

- La ampliación del concepto de la “conciliación de la vida familiar y laboral” hacia la “conciliación de la vida, el trabajo remunerado y no remunerado” podría ser otro campo a explorar. Es decir, sería cambiar el paradigma hacia las nuevas realidades de personas, donde los modelos más tradicionales de familia no son su escenario, y por ejemplo, pueden tener una carga importante de trabajo no remunerado comunitario.

## **CONCLUSIONES**

---



---

Las principales conclusiones que se desprenden de esta disertación son las siguientes:

1. Tanto mujeres como hombres con empleos informales no agrícolas tuvieron, de manera significativa, peor estado de salud percibida y mental en comparación con el perfil más formal de empleo (personas asalariadas con cobertura a la seguridad social y contrato escrito).
2. Al mirar perfiles de empleo, mediante la combinación de diferentes dimensiones del empleo informal (cobertura a la seguridad social, relación laboral y tipo de contrato), la falta de cobertura a la seguridad social es un elemento clave, y el predictor más fuerte de mala salud, tanto para mujeres como para hombres.
3. La interacción del género y la (in)formalidad del empleo revela importantes variaciones en las desigualdades en salud. Son fundamentalmente las mujeres con empleos informales quienes tienen significativamente peor salud cuando: (1) tienen responsabilidades de cuidados; (2) realizan largas jornadas de trabajo; (3) su jornada es a tiempo parcial; o (4) están separadas, divorciadas o viudas.
4. Los mecanismos más importantes, no excluyentes entre sí, que pueden estar operando en las desigualdades de salud encontradas son la precariedad laboral, las peores condiciones de trabajo, y la situación de pobreza y/o exclusión social; que se articulan con la informalidad, y la carga de cuidados en el caso de las mujeres, generando un ciclo perverso de vulnerabilidad económica y social.
5. Las responsabilidades de cuidados hacen del empleo informal el destino de muchas mujeres. A pesar de que *a priori* pueda verse como una opción libremente escogida, se debe también a que asumen el rol de cuidadoras asignado e impuesto socialmente. Por tanto, las exigencias de cuidados atan a las mujeres a la informalidad, lo que junto con la sobrecarga de

trabajo total y el círculo perverso mencionado anteriormente, deviene en un peor estado de salud frente a mujeres informales sin responsabilidades de cuidados, mujeres formales, y hombres en general. Ahora bien, es necesario seguir profundizando en la tensión existente entre factores individuales y estructurales que afecta a la inserción de las mujeres con responsabilidades de cuidados en empleos informales.

6. A pesar de las limitaciones de la fuente de datos utilizada para medir los fenómenos que analizamos, esta investigación nos ha permitido abordar una temática pionera, como es la relación entre empleo informal, trabajo no remunerado de cuidados y estado de salud. Sin embargo, se necesita ampliar el foco de estudio, incluyendo, además del género, otros ejes de desigualdad y sus interacciones. En definitiva, sería conveniente explorar las potencialidades de incluir un enfoque interseccional.
7. Esta tesis pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de incluir análisis de género complejos en la búsqueda de los mecanismos que operan en las desigualdades en salud laboral. No basta la simple desagregación por sexo/género de los análisis, o señalar la peor salud de las mujeres como resultado. Es necesario re-conceptualizar la problemática que investigamos buscando alternativas a los clásicos planteamientos androcéntricos. En este sentido, por ejemplo, es importante incorporar el trabajo de cuidados no remunerado en los estudios que relacionan empleo (informal y formal) y salud ya que, en caso contrario, se estará obviando una parte importante de la realidad de las mujeres. Esto implica una re-conceptualización de la idea de trabajo, que incluya también los cuidados.
8. Las desigualdades en salud encontradas pueden ser reducidas con políticas adecuadas. Dada la estrecha relación entre la organización social del mercado laboral y la del cuidado, dichas

políticas deberían incorporar en su formulación la perspectiva de género. Por tanto, para reducir estas desigualdades se pueden implementar algunas políticas enfocadas a:

- a. la esfera laboral: orientadas a alcanzar el trabajo decente, como pueden ser incrementar la cobertura a la seguridad social; generar empleos de calidad; incorporar la economía informal en los sistemas de seguridad y salud en el trabajo; o reglamentar el empleo de hogar.
- b. la esfera de los cuidados: aumentar los servicios públicos de cuidados; dotar de subsidios de capacitación para el desarrollo de competencias profesionales y de escolarización de las niñas; fomentar la corresponsabilidad de los cuidados, tanto por parte de los hombres, como por parte de las empresas y las diferentes instituciones públicas; o realizar campañas de sensibilización y transformación cultural que ayuden a cuestionar el modelo de organización de los cuidados.





## **REFERENCIAS**

---



- Abramo, L., & Valenzuela, M. E. (2005). Women's labour force participation rates in Latin America. *International Labour Review*, 144(4), 360–399.
- Addati, L., & Cassirer, N. (2008). Equal sharing of responsibilities between women and men, including care-giving in the context of HIV/AIDS. Ginebra: OIT.
- Aguirre, R. (2009). Usos del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. En R. Aguirre (Ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Uruguay: UNIFEM Uruguay.
- Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). *Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- AMM. (n.d.). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Anker, R. (1998). *Gender and jobs: Sex segregation of occupations in the world*. Ginebra: OIT.
- Anzorena, C. (2008). Estado y división sexual del trabajo: Las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 41, 47–68.
- Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, 23, 883–888. doi:10.1093/eurpub/cks095
- Ariza, M., & De Olivera, O. (1999). Inequidades de género y clase. Algunas consideraciones analíticas. *Nueva Sociedad*, 164, 70–81. Disponible en <http://www.nuso.org/revista.php?n=164>
- Ariza, M., & De Olivera, O. (2004). Familias, pobreza y necesidades de políticas públicas en México y Centroamérica. En I. Arriagada & V. Aranda (Eds.), *Cambio de las familias en el marco de las*

- transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces* (pp. 153–195). Santiago de Chile: CEPAL.
- Arnold, D., & Bongiovi, J. R. (2012). Precarious, informalizing, and flexible work: Transforming concepts and understandings. *American Behavioral Scientist*, 57(3), 289–308. doi:10.1177/0002764212466239
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL*, 77, 143–161.
- Arriagada, I. (2009). La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericanas. *Revista Latinoamericana en Estudios de Familia*, 1, 9–21.
- Artazcoz, L. (2003). Encuestas sobre condiciones del trabajo: Reflexiones y sugerencias. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 6(1), 1–3.
- Artazcoz, L. (2014). Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *AREAS Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 33, 139–153.
- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., & García, V. (2004). Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *European Journal of Public Health*, 14, 43–48. doi:10.1093/eurpub/14.1.43
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82–88.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(Suppl II), ii39–ii45. doi:10.1136/jech.2007.059774

- 
- Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlf, I., Beni, C., Moncada, A., & Benach, J. (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, *15*(2), 150–153.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *33*(5), 344–350. doi:10.5271/sjweh.1154
- Artazcoz, L., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Bartoll, X., Basart, H., & Borrell, C. (2013). Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *39*(4), 369–378. doi:10.5271/sjweh.3333
- Artazcoz, L., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., & Villegas, R. (2009). Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *63*(7), 521–527. doi:10.1136/jech.2008.082123
- Artazcoz, L., Cortès, I., Moncada, S., Rohlf, I., & Borrell, C. (1999). Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gaceta Sanitaria*, *13*(3), 201–207.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F. G., Escribà-Agüir, V., & Borrell, C. (2014). Combining employment and family in Europe: The role of family policies in health. *European Journal of Public Health*, *24*(4), 649–655. doi:10.1093/eurpub/ckt170
- Banco Mundial (n.d.). *Purchasing power parity (PPP). Price level ratio of PPP conversion factor (GDP) to market exchange rate, 2011*. Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPPC.RF>
- Bannai, A., & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *40*(1), 5–18. doi:10.5271/sjweh.3388

- Bartoll, X., Cortès, I., & Artazcoz, L. (2014). Full- and part-time work: gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status, and psychosocial issues. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(4), 370–370. doi:10.5271/sjweh.3429
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2015). *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay* (No. 127). Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110C, 10–17. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.022
- Beauvoir, S. de. (1949). *El segundo sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. OMS. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf)
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229–253. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182500
- Benavides, F. G., Wesseling, C., Delclos, G. L., Felknor, S., Pinilla, J., & Rodrigo, F. (2014). Working conditions and health in Central America: a survey of 12,024 workers in six countries. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(7), 459–65. doi:10.1136/oemed-2013-101908
- Benería, L. (1979). Reproduction, production and the sexual division of labour. *Cambridge Journal of Economics*, 3, 203–225.

- 
- Benería, L. (2001). Shifting the Risk: New Employment Patterns, Informalization, and Women's Work. *International Journal of Politics, Culture and Society*, 15(1), 27–53.
- Benería, L. (2003). *Gender, development and Globalization. Economics as if all people mattered*. Nueva York: Routledge.
- Benería, L. (2006). Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación. *Nómadas*, 24, 8–21.
- Biles, J. (2009). Informal work in Latin America: Competing perspectives and recent debates. *Geography Compass*, 3, 214–236. doi:10.1111/j.1749-8198.2008.00188.x
- Bolívar Muñoz, J., & Daponte Codina, A. (2008). Aspectos teóricos sobre las desigualdades sociales en salud. En A. Daponte Codina, J. Bolívar Muñoz, & M. García-Calvente (Eds.), *Las desigualdades sociales en salud* (pp. 11–50). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Breman, J. (1976). A Dualistic labour system? A critique of the “informal sector” concept. *Economic and Political Weekly*, 11(48), 1870–1876.
- Bromley, R., & Gerry, C. (1979). *Casual work and poverty in Third World cities*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Bueno Castellano, C. (2009). El rol de las mujeres en los cambios y continuidades de la economía informal. En A. Téllez Infantes & J. E. Martínez Guirao (Eds.), *Economía informal y perspectiva de género en contextos de trabajo* (pp. 11–36). Barcelona: Icaria Editorial.
- Busso, M. (2010). Trabajo informal: una categoría en tensión(es). En M. Busso & P. Pérez (Eds.), *La corrosión del trabajo. Estudios sobre informalidad y precariedad laboral* (pp. 121–133). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Buvinic, M., Giuffrida, A., & Glassman, A. (2002). *Gender inequality in health and work: the case of Latin America and the Caribbean*. Washington: Inter-American Development Bank.. Disponible en



<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354106>

- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Moen, B. E., Artazcoz, L., & Benavides, F. G. (2013). Welfare state regimes and gender inequalities in the exposure to work-related psychosocial hazards. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 19(3), 179–195. doi:10.1179/2049396713Y.0000000030
- Carcedo, A., Lexartza, L., & Chaves Groh, M. J. (2011). Otra mirada para los trabajos de cuidado. En A. Pérez Orozco, N. Pérez, & M. García Domínguez (Eds.), *Cadenas globales de cuidados: El papel de las migrantes nicaragüenses en la provisión de cuidados en Costa Rica* (pp. 11–30). Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres.
- Carr, M., & Chen, M. (2004). Globalization, social exclusion and gender. *International Labour Review*, 143(1-2), 129–160. doi:10.1111/j.1564-913X.2004.tb00548.x
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82, 11–49.
- Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de Economía Crítica*, 5, 39–64.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: Antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 13–96). Madrid: Catarata
- Carré, F., & Heintz, J. (2013). *Toward a common framework for informal employment across developed and developing countries* (Working Paper N° 26). Cambridge-Manchester: WEIGO. . Disponible en <http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Carre-Common-Framework-Informal-Employment-WIEGO-WP26.pdf>
- Cassirer, N., & Addati, L. (2007). *Expanding women's employment opportunities: Informal economy workers and the need for childcare*. OIT. Disponible en

- [http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS\\_145652/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_145652/lang--en/index.htm)
- CDSS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- Cecchini, S., & Bárcena, A. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
- CEPAL. (n.d.). *CEPALSTAT. Base de Datos y Publicaciones Estadísticas*. Disponible en [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)
- CEPAL. (2004). Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. En VVAA, *Panorama social de América Latina 2002-2003* (pp. 133–170). Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- CEPAL. (2010). Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad. En VVAA, *Panorama social de América Latina 2009* (pp. 173–204). Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- CEPAL. (2011). *Contabilizando lo invisible: Encuestas de uso del tiempo en Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en [http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/6/48366/comunicado\\_prensa\\_costa\\_rica.pdf](http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/6/48366/comunicado_prensa_costa_rica.pdf)
- CEPAL. (2012). *Panorama Social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/S2012959\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/S2012959_es.pdf?sequence=1)
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., & Casanova, L. (2015). *Employment Situation in Latin America and the Caribbean. Universal social protection*

- in labour markets with high levels of informality*. Santiago de Chile: CEPAL-OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_368318.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_368318.pdf)
- Chacartegui Jávega, C. (2014). El trabajo de las mujeres en América Latina a la luz del concepto de trabajo decente de la OIT. En VVAA, *El paper de la dona* (pp. 11–40). Barcelona, Girona, LLeida, Tarragona: Universitat de Girona, Universitat de Lleida, Universitat Pompeu Fabra, Universitat Rovira i Virgili.
- Charmes, J. (1998). *Informal sector, poverty and gender: A review of empirical evidence*. Ginebra: Banco Mundial.
- Chen, M. (2012). *The Informal economy: Definitions, theories and policies* (Working Paper N° 1). Cambridge-Manchester: WIEGO Disponible en [http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Chen\\_WIEGO\\_WP1.pdf](http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Chen_WIEGO_WP1.pdf)
- Chen, M. (2005). Rethinking the informal economy linkages with the formal economy and the formal regulatory environment. *UNU World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER)*, 1(46), 1–30. doi:10.1093/0199204764.001.0001
- Chen, M., Vanek, J., & Heintz, J. (2006). Informality, gender and poverty. *Economic and Political Weekly*, 2131–2139.
- Chen, M., Vanek, J., Lund, F., Heintz, J., Christine, J., & Bonner, C. (2005). *El progreso de las mujeres en el mundo 2005*. Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
- Choo, H., & Ferree, M. (2010). Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities. *Sociological Theory*, 28, 129–149. doi:10.1111/j.1467-9558.2010.01370.x
- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las

- desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189.
- Cunningham, W. (2001). Breadwinner versus caregiver: Labor force participation and sectoral choice over the Mexican business cycle. In E. Katz & M. Correia (Eds.), *The Economics of Gender in Mexico. Work, Family, State, and Market* (pp. 85–132). Washington, DC: The World Bank.
- Dachs, J. N. W., Ferrer, M., Florez, C. E., Barros, A. J. D., Narváez, R., & Valdivia, M. (2002). Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Revista Panamericana Salud Pública*, 11(5/6), 335–355. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12162831>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- De Soto, H. (1987). *El otro sendero: la revolución informal*. Bogotá: La oveja negra.
- Dooley, D. (2003). Unemployment, underemployment, and mental health: Conceptualising employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology*, 32(1/2), 9–20.
- Elson, D. (2008). The three R's of unpaid work: Recognition, Reduction and Redistribution. En *Expert Group Meeting on Unpaid Work, Economic Development and Human Well-Being, United Nations Development Programme*. Nueva York: UNDP.
- Esping-Ardsen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Espino, A. (2011). Trabajo y género: un viejo tema, ¿nuevas miradas? *Nueva Sociedad*, 232, 86–102. Disponible en <http://nuso.org/articulo/trabajo-y-genero-un-viejo-tema-nuevas-miradas/>
- Espino, A. (2012). Perspectivas teóricas sobre género, trabajo y situación del mercado laboral latinoamericano. En V. Esquivel

## REFERENCIAS

---

- (Ed.), *La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región* (pp. 190–246). Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres.
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador: PNUD.
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades*. Oxford: Oxfam GB.
- Esquivel, V. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad*, 256, 63–74. Disponible en: <http://nuso.org/articulo/el-cuidado-de-concepto-analitico-a-agenda-politica/>
- Esteban, M. L. (2006). El Estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20.
- Fagan, C., Norman, H., Smith, M., & González Menéndez, M. C. (2014). *In search of good quality part-time employment*. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms\\_237781.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_237781.pdf)
- Ferrie, J. E., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2008). Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 6(Suppl), 98–110.
- Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. En B. Roberts (Ed.), *Ciudadanía y política social* (pp. 71–116). San José de Costa Rica: FLACSO/SSRC.
- Forastieri, V. (1999). *Improvement of working conditions and environment in the informal sector through safety and health measures* (pp. 1–17). Ginebra: OIT.
- Funkhouser, E. (1996). The urban informal sector in Central America: Household survey evidence. *World Development*, 24(11), 1737–51. doi:doi:10.1016/0305-750X(96)00074-5

- Galiani, S., & Weinschelbaum, F. (2012). Modeling informality formally: Households and firms. *Economic Enquiry*, 50(3), 821–838. doi:10.1111/j.1465-7295.2011.00413.x
- García-Calvente, M. (2008). Desigualdades de género en salud. En A. Daponte Codina, J. Bolívar Muñoz, & M. García-Calvente (Eds.), *Las desigualdades sociales en salud* (pp. 51–75). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 2), 83–92.
- Gardiner, J. (1996). *Gender, care and economics*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Geertz, C. (1963). *Peddlers and princes: Social development and economic change in two Indonesian towns*. Chicago: University of Chicago Press.
- Giatti, L., Barreto, S. M., & Comini César, C. (2008a). Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 1079–1085. doi:10.1136/jech.2007.069740
- Giatti, L., Barreto, S. M., & Comini César, C. (2008b). Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2396–2406. doi:10.1590/S0102-311X2008001000020
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
- Grau Crespo, A., & Artza, L. L. (2010). *Precariedad laboral en Centroamérica. Impactos para las mujeres*. San José, Costa Rica: Fundación Friedrich Ebert.
- Gregori Flor, N. (2013). Utopías dicotómicas sobre los cuerpos sexuales. *ARBOR*, 189(763), a071. doi:10.3989/arbor.2013.763n5008

## REFERENCIAS

---

- Günther, I., & Launov, A. (2006). *Competitive and Segmented Informal Labor Markets* (No. 2349) (pp. 1–25). Leibniz: IZA. Disponible en: [http://www.iza.org/conference\\_files/worldb2006/2733.pdf](http://www.iza.org/conference_files/worldb2006/2733.pdf)
- Günther, I., & Launov, A. (2012). Informal employment in developing countries. Opportunity or last resort? *Journal of Development Economics*, 97(1), 88–98. doi:10.1016/j.jdeveco.2011.01.001
- Hart, K. (1973). Informal income opportunities and urban employment in Ghana. *The Journal of Modern African Studies*, 11, 61–89. doi:10.1017/S0022278X00008089
- Himmelweit, S. (1997). Domestic labour and capital. *Cambridge Journal of Economics*, 1(1), 15–31.
- Hook, J. L. (2010). Gender inequality in the welfare state: sex segregation in housework, 1965–2003. *American Journal of Sociology*, 115(5), 1480–1523. doi:10.1086/651384
- Husmanns, R. (2001). *Informal sector and informal employment: Elements of a conceptual framework*. ILO/WIEGO Workshop on informal employment statistics in Latin America. Ginebra: OIT. Disponible en [http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Husmanns-IEpaper\\_lac\\_event.pdf](http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Husmanns-IEpaper_lac_event.pdf)
- Husmanns, R. (2004a). *Defining and measuring informal employment*. Ginebra: OIT. Disponible en <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/papers/meas.pdf>
- Husmanns, R. (2004b). *Measuring the informal economy: From employment in the informal sector to informal employment*. Working Paper (No. 53). Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms\\_079142.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_079142.pdf)
- INE. (2011). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011*. Disponible en <http://www.ine.gob.gt/index.php/encuestas-de-hogares-y-personas/condiciones-de-vida>

- INE. (2013). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, 2009*. Disponible en [http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/4221/related\\_materials](http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/4221/related_materials)
- Iñiguez, M. J. I., Agudelo-Suárez, A. A., Campos-Serna, J., Cornelio, C. I., & Benavides, F. G. (2012). Encuestas de condiciones de trabajo y salud: su utilización en la investigación en salud laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(228), 205–215. doi:10.4321/S0465-546X2012000300005
- Jiménez Lara, A., Quezada García, M. Y., & Huete García, A. (2014). *Estudio sobre la perspectiva de género en los Sistemas de Seguridad Social en Iberoamérica*. OISS/AECID. Disponible en [http://www.oiss.org/IMG/pdf/LA\\_PERSPECTIVA\\_DE\\_GENERO\\_OISS\\_2014.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/LA_PERSPECTIVA_DE_GENERO_OISS_2014.pdf)
- Jütting, J., Parlevliet, J., & Xenogiani, T. (2008). Informal Employment Re-loaded. *IDS Bulletin*, 39(2), 28–36. doi:10.1111/j.1759-5436.2008.tb00442.x
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(2), CD008009. doi:10.1002/14651858.CD008009.pub2
- Kalleberg, A. L. (2009). Precarious work, insecure workers: Employment relations in transition. *American Sociological Review*, 74(1), 1–22. doi:10.1177/000312240907400101
- Kreimer, M. (2004). Labour market segregation and the gender-based division of labour. *The European Journal of Women's Studies*, 11(2), 223–246. doi:10.1177/1350506804042097
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 693–700.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657. doi:10.1093/ije/dyg156



- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría “género.” *Nueva Antropología*, VIII(30), 173–198.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Poblacion*, 5(21), 147–178. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202105>
- Lee, E. (1998). *The Asian financial crisis. The challenge for social policy*. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1998/98B09\\_292\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1998/98B09_292_engl.pdf)
- Lewis, W. A. (1954). Economic development with unlimited supplies of labour. *Manchester School of Economic and Social Studies*, 22(2), 139–191. doi:10.1111/j.1467-9957.1954.tb00021.x
- Lexartza Artza, L. (2012). *La organización social de los cuidados en Centroamérica y la República Dominicana. Barreras para el acceso de las mujeres al mercado laboral*. Ginebra: OIT Disponible en [http://www.ilo.org/sanjose/temas/igualdad-de-g%C3%A9nero/WCMS\\_218021/lang-es/index.htm](http://www.ilo.org/sanjose/temas/igualdad-de-g%C3%A9nero/WCMS_218021/lang-es/index.htm)
- Loewenson, R. (2002). Occupational hazards in the informal sector – a global perspective. En T. Isaksson, K. Hogstedt, C. Eriksson, C. Theorell (Eds.), *Health effects of the new labour market* (pp. 329–342). Nueva York: Kluwer Academic Publishers.
- López Bóo, F., Madrigal, L., & Pagés, C. (2010). Part-Time work, gender and job satisfaction: Evidence from a developing country. *Journal of Development Studies*, 46(9), 1543–1571. doi:10.1080/00220388.2010.492864
- López, S., Peterson, E., & Platero Méndez, R.-L. (2014). Políticas públicas. En M. I. Lois González & A. Alonso Álvarez (Eds.), *Ciencia política con perspectiva de género* (pp. 161–188). Madrid: Akal, D.L.
- Loría Bolaños, R., Partanen, T., Berrocal, M., Álvarez, B., & Córdoba, L. (2005). Determinants of health in seasonal migrants: coffee harvesters in Los Santos, Costa Rica. *International Journal of*

- 
- Occupational and Environmental Health*, 14(2), 129–37.  
doi:10.1179/oeh.2008.14.2.129
- Ludermir, A. B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 647–659.
- Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 485–489. doi:10.1007/s00127-003-0658-8
- Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 622–624. doi:10.1007/s00127-005-0938-6
- Lund, F. (2012). La protección social laboral de los trabajadores del sector informal. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 65(4), 11–36.
- Lund, F., & Marriott, A. (2011). *Occupational Health and Safety and the poorest* (Working Paper N° 20). Cambridge-Manchester: WEIGO. Disponible en <http://wiego.org/publications/occupational-health-and-safety-and-poorest>
- Lund, F., & Skinner, C. (2004). Integrating the informal economy in urban planning and governance: A case study of the process of policy development in Durban, South Africa. *International Development Planning Review*, 26(4), 431–456. doi:10.3828/idpr.26.4.5
- Lund, F., & Srinivas, S. (2000). *Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy*. Ginebra: OIT.
- Macdonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–23. doi:10.1037/0033-2909.131.2.202
- Maloney, W. (2004). Informality revisited. *World Development*, 32, 1159–1178. doi:10.1016/j.worlddev.2004.01.008
-

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661–1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Martínez Franzoni, J. (2008). Welfare Regimes in Latin America: Capturing Constellations of Markets, Families, and Policies. *Latin American Politics and Society*, 50(2), 67–100.
- Martínez Franzoni, J. (2010). *Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad para enfrentar la crisis actual. Informe final. Estado de la región en desarrollo humano sostenible, 2010. Un informe desde Centroamérica y para Centroamérica*. (Cuarto inf.). San José de Costa Rica: CONARE, Estado de la Nación, La Defensoría de los Habitantes. Disponible en [http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca\\_virtual/centroamerica/004/Martinez\\_2010.pdf](http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/centroamerica/004/Martinez_2010.pdf)
- Martínez Franzoni, J., & Voorend, K. (2009). ¿Es posible (des)encadenar la desigualdad de género en América Latina?. En J. Astelarra (Ed.), *Género y empleo* (pp. 143–152). Madrid: Fundación Carolina.
- Medina López, J. A. (2007). *La insoportable levedad del empleo: Informalidad y precariedad laboral. El caso del parque "La Parroquia"*. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales, FLACSO.
- Menéndez, M., Benach, J., Muntaner, C., Amable, M., & O'Campo, P. (2007). Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Social Science & Medicine*, 64(4), 776–781. doi:10.1016/j.socscimed.2006.10.035
- Merino-Salazar, P., Artazcoz, L., Campos-Serna, J., Gimeno, D., & Benavides, F. G. (2015). National working conditions surveys in Latin America: comparison of methodological characteristics. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(3), 266–74. doi:10.1179/2049396715Y.0000000004
- Messing, K., & Östlin, P. (2006). *Gender equality, work and health: A review of the evidence*. World Health Organization. Ginebra: OMS. doi:10.1007/SpringerReference\_301104

- Milosavljevic, V. (2010, setiembre). *La armonización del Indicador de tiempo total de trabajo en el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe*. Comunicación presentada en el XI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género y Políticas Públicas basadas en Evidencias Empíricas. Aguascalientes, México. Disponible en [http://www.inegi.org.mx/eventos/2010/eieg2/doc/03AGUAS CALIENTESVMilosavljevic %202010 Tiempototaldetrabajo.pdf](http://www.inegi.org.mx/eventos/2010/eieg2/doc/03AGUAS%20CALIENTESVMilosavljevic%202010%20Tiempototaldetrabajo.pdf)
- Monge, P., Carmenate, L., Piedra, N., Aragón, A., & Partanen, T. (2010). Condiciones de salud y trabajo en América Central. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 13(2), 84–91.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191(6), 477–83. doi:10.1192/bjp.bp.106.034942
- Mortimore, M. (1993). Las transnacionales y la industria en los países en desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 51, 15–36.
- Moser, C. (1978). Informal sector or petty commodity production: Dualism or dependence in urban development. *World Development*, 6(9/10), 1041–1064.
- Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., & Benach, J. (2010). A macro-level model of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services*, 40(2), 215–221.
- Muntaner, C., Solar, O., Vanroelen, C., Martínez, J. J. M., Vergara, M., Santana, V., ... Benach, J. (2010). Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *International Journal of Health Services*, 40(2), 281–295. doi:10.2190/HS.40.2.h
- Narocki, C., Zimmermann, M., Artazcoz, L., Gimeno, D., & Benavides, F. G. (2009). Encuestas de condiciones de trabajo y salud en España: comparación de los contenidos del cuestionario del trabajador. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 12(2), 60–68.

- Obando Montero, J. C., Rojas Molina, L., & Pineda Muñoz, M. (2009). *Mercado laboral en Centroamérica y República Dominicana*. San José, Costa Rica: OIT, OLACD, AECI, FOIL
- OISS. (2009). *Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013*. Estoril, Portugal: OISS. Disponible en [http://www.oiss.org/IMG/pdf/EISST\\_mayo2010 .pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/EISST_mayo2010.pdf).
- OISS. (2012). *I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud (I ECCTS). Informe general, estudio cuantitativo desde la perspectiva de género 2012*. OISS. Disponible en [http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecc/ESTUDIO\\_CUANTITATIVO\\_ECCTSSALTRA9.pdf](http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecc/ESTUDIO_CUANTITATIVO_ECCTSSALTRA9.pdf)
- OIT. (n.d.). *Key Indicators of the Labour market (KILM)*, 8ª edición. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS\\_114240/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang-en/index.htm)
- OIT. (1972). *Employment, incomes and equality. A strategy for increasing productive employment in kenya*. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1972/72B09\\_608\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1972/72B09_608_engl.pdf)
- OIT. (1999). Trabajo decente. Informe del Director General de la OIT, 87ª reunión de la CIT. Ginebra: OIT. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- OIT. (2002). El trabajo decente y la economía informal, 90ª reunión de la CIT. Ginebra: OIT. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf>
- OIT. (2003a). Directrices sobre una definición estadística de empleo informal, 17ª CIET. Ginebra: OIT. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/download/guidelines/defempl.pdf>
- OIT. (2003b). *La hora de la igualdad en el trabajo*. Informe del director general, 91ª reunión de la CIT. Ginebra: OIT

- 
- OIT. (2004a). Estrategia global en materia de seguridad y salud en el trabajo, 91ª reunión de la CIT. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms\\_154865.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_154865.pdf)
- OIT. (2004b). *Panorama laboral 2004. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_187467.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_187467.pdf)
- OIT. (2008). *Decent work and the transition to formalization: Recent trends, policy debates and good practices. Report of the Tripartite Interregional Symposium on the informal economy: Enabling Transition to Formalization*. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_110314.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110314.pdf)
- OIT. (2010). *Decent work for domestic workers. International Labour Conference, 99ª reunión de la CIT*. Ginebra: OIT. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_104700.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_104700.pdf)
- OIT. (2011). *Panorama laboral 2011. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en <http://www.oit.org.pe/1/wp-content/uploads/2012/01/OIT-PL-2011.pdf>
- OIT. (2012). *Measuring informality: A statistical manual on the informal sector and informal employment*. Ginebra: OIT.
- OIT. (2013a). *La economía informal y el trabajo decente: Una guía de recursos sobre políticas. Apoyando la transición hacia la formalidad*. Perú: OIT, FORLAC. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_220323.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_220323.pdf)
- OIT. (2013b). *La medición de la informalidad: Manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal*. Turín: OIT, CIF.
- OIT. (2013c). *Women and men in the informal economy: A statistical picture* (2ª ed). Ginebra: OIT. Disponible en
-

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms\\_234413.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_234413.pdf)

OMS. (1948). Constitución de la organización mundial de la salud.

OMS. (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*, 60ª asamblea mundial de la salud. Ginebra: OMS. Disponible en [http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_sp\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1)

ONU. (n.d.). *Delhi Group on Informal Sector Statistics*. Disponible en <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>

ONU. (2010). *La mujer en el mundo, 2010. Tendencias y estadísticas*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Disponible en [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesK/SeriesK\\_19s.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesK/SeriesK_19s.pdf)

Pérez Orozco, A. (2009a). *Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: ¿qué está ocurriendo?* Santo Domingo, República Dominicana: INSTRAW. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/generoycultura/Publicaciones/Publicacionesprofesoras/Profesorasasociadas/Perez-Orozco-Amaia/Papers/AmaiaPerezOrozco-WorkingPaper5%20espanol.pdf>

Pérez Orozco, A. (2009b). *Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis II: ¿Qué retos políticos debemos afrontar?* Santo Domingo, República Dominicana: INSTRAW. Disponible en [http://media.onu.org.do/ONU\\_DO\\_web/596/sala\\_prensa\\_publicaciones/docs/0266830001387296581.pdf](http://media.onu.org.do/ONU_DO_web/596/sala_prensa_publicaciones/docs/0266830001387296581.pdf)

Pérez Orozco, A. (2014a). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En C. Carrasco Bengoa (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política* (pp. 49–73). Madrid: La Oveja Roja.

Pérez Orozco, A. (2014b). La economía se resuelve mas acá del mercado. En *Subversión feminista de la economía. Aporte para un debate*

- sobre el conflicto capital-vida* (pp. 139–184). Madrid: Traficantes de Sueños. Disponible en [http://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40\\_subversion\\_feminista.pdf](http://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40_subversion_feminista.pdf)
- Perez Sainz, J., & Mora Salas, M. (2006). Exclusión social, desigualdades y excedente laboral. Reflexiones analíticas sobre América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 68(3), 431–465.
- Pérez Sáinz, JP, Segura Carmona, S, Fernández Montero, D. (2012). La exclusión social en Centroamérica a inicios del siglo XXI. En J. Pérez Sainz (Ed.), *Sociedades fracturadas: La exclusión social en Centroamérica* (pp. 49–110). San José: FLACSO.
- Perry, G. E., Maloney, W. F., Arias, O. S., Fajnzylber, P., Mason, A. D., & Saavedra-Chanduvi, J. (2007). *Informality: Exit and exclusion*. Washington DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-0-8213-7092-6
- Picchio, A. (2003). *Unpaid work and the economy. A gender analysis of the standards of living*. Londres: Routledge Frontiers of Political Economy.
- Pick, W. M., Ross, M. H., & Dada, Y. (2002). The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science & Medicine*, 54(2), 193–204. doi:10.1016/S0277-9536(01)00288-X
- PNUD-UNIFEM. (2009). *Trabajo que no se mira ni se cuenta. Aportes para una nueva relación entre el género y la economía* (Vol. 7). El Salvador: PNUD-UNIFEM.
- Portes A, Castells M, Benton, L. (1989). *The informal economy: Studies in advanced and less developed countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Quiroga, N. (2009). Economías feminista, social y solidaria. Respuestas heterodoxas a la crisis de reproducción en América Latina. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 33, 77–89. Disponible en <http://www.flacso.org.ec/docs/i33quiroga.pdf>



- Rodríguez Enríquez, C. (2005). Economía del cuidado y política económica: Una aproximación a sus interrelaciones. En CEPAL, *XXXVIII Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Mar del Plata, Argentina. Disponible en [http://www.cepal.org/mujer/reuniones/mesa38/c\\_rodriguez.pdf](http://www.cepal.org/mujer/reuniones/mesa38/c_rodriguez.pdf)
- Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En A. Giron & E. Correa (Eds.), *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente* (pp. 229–240). Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. *Nueva Sociedad*, 256, 30–44.
- Rosenstock, L., Cullen, M., & Fingerhurt, M. (2006). Occupational health. En D. Jamison, et al (Eds.), *Disease control priorities in developing countries* (pp. 1127–1146). Washington DC: Banco Mundial.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95–145.
- Ruggeri Laderchi, C. (2005). Working one’s way up: The urban poor and the labour market. En M. Fay (Ed.), *The urban poor in Latin America* (pp. 47–90). Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/Banco Mundial. Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPURBDEV/Home/20843636/UrbanPoorinLA.pdf>
- Ruiz, M. E., Tarafa Orpinell, G., Jódar Martínez, P., & Benach, J. (2015). ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur? Análisis de su definición, clasificación y medición. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 65–71. doi:10.1016/j.gaceta.2014.07.015

- 
- Sales, E. C., & Santana, V. S. (2003). Depressive and anxiety symptoms among housemaids. *American Journal of Industrial Medicine*, 44, 685–691.
- Santana, V. S., Loomis, D., Newman, B., & Harlow, S. D. (1997). Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1236–1242. doi:10.1093/ije/26.6.1236
- Santin, G., Cohidon, C., Goldberg, M., & Imbernon, E. (2009). Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial health survey. *American Journal of Industrial Medicine*, 52(10), 799–810. doi:10.1002/ajim.20744
- Sauma, P. (2003). La Situación del empleo en el istmo centroamericano: informalidad, precariedad laboral, crecimiento económico y pobreza. En A. Sojo (Ed.), *Pobreza y vulnerabilidad social: mercado de trabajo e inversión social en el Istmo Centroamericano a inicios del milenio* (pp. 28–74). México: CEPAL.
- Schkolnik, M. (2004). Tensión entre familia y trabajo. En I. Arriagada & V. Aranda (Eds.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces* (pp. 97–118). Santiago de Chile: CEPAL.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075.
- Sethuraman, S. V. (1998). *Gender, informality and poverty: A global review*. Ginebra: Banco Mundial.
- Singer, H. W. (1970). Dualism revisited: A new approach to the problems of the dual society in developing countries. *The Journal of Development Studies*, 7(1), 60–75. doi:10.1080/00220387008421348
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
-

## REFERENCIAS

---

- Souza, P., & Tokman, V. (1995). El sector informal y la pobreza urbana en América Latina. En *El sector informal en América Latina. Dos décadas de análisis*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Standing, G. (1999a). Global feminization through flexible labor: A theme revisited. *World Development*, 27(3), 583–602.
- Standing, G. (1999b). *Global labour flexibility: Seeking distributive justice*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Subirats Martori, M. (1991). La educación como perpetuadora de un sistema de desigualdad la transmisión de estereotipos en el sistema escolar. *Infancia y Sociedad: Revista de Estudios*, 10(43-52).
- Todaro, R. (2004). Ampliar la mirada: Trabajo y reproducción social. En R. Torado & S. Yáñez (Eds.), *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género* (pp. 15–32). Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Tokman, V. E. (1978). An exploration into the nature of the informal-formal sector relationship. *World Development*, 6(9-10), 1065–1075. doi:10.1016/0305-750X(78)90063-3
- Tokman, V. E. (1984). *Wages and employment in international recessions: recent Latin American Experience* (Working Paper N° 11). Indiana: Kellogg Institute. Disponible en <https://kellogg.nd.edu/publications/workingpapers/WPS/011.pdf>
- Trejos Solórzano, JD, Del Cid, M. (2004). *Decent work and the informal economy in Central America* (Working Paper N° 7). Ginebra: OIT.. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms\\_079110.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_079110.pdf)
- Vanek, J., Chen, M. A., Carré, F., Heintz, J., & Hussmanns, R. (2014). *Statistics on the informal economy: Definitions, regional estimates & challenges* (Working Paper N° 2). Cambridge-Manchester: WEIGO. Disponible en

---

<http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Vanek-Statistics-IE-WIEGO-WP2.pdf>

- Vásconez, A. (2012). Mujeres y hombres y las economías latinoamericanas: un análisis de dimensiones y políticas. En V. Esquivel (Ed.), *La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región* (pp. 42–97). Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Montcada, S., Llorens, C., Muntaner, C., ... Benach, J. (2010). The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(8), 548–555. doi:10.1136/oem.2009.048967
- Waylen, G., Celis, K., Kantola, J., & Weldon, L. (2013). *The oxford handbook of gender and politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretative sociology*. (G. Roth & C. Wittich, Eds.). Berkley, Los Angeles, Londres: University of California Press.
- Weller, J. (2009). *El fomento de la inserción laboral de grupos vulnerables. Consideraciones a partir de cinco estudios de caso nacionales*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en [http://www.lai.fu-berlin.de/homepages/marull/Forschung\\_und\\_Publikationen/Weller.pdf](http://www.lai.fu-berlin.de/homepages/marull/Forschung_und_Publikationen/Weller.pdf)
- Wesseling, C., Aragón, A., Morgado, H., Elgstrand, K., Hogstedt, C., & Partanen, T. (2002). Occupational Health in Central America. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 8, 125–136.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 429–455. doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

- Williams, C. C., & Lansky, M. A. (2013). Empleo informal en economías desarrolladas y en desarrollo. Perspectivas y políticas aplicadas. *Revista Internacional Del Trabajo*, 132(3-4), 397–424.
- Williams, C. C., & Nadin, S. (2012). Work beyond employment: representations of informal economic activities. *Work, Employment & Society*, 26(2), 1–10. doi:10.1177/0950017012437006
- Wintour, N., & Garzaro, M. (2013). Surviving as we can: Women in informal employment in Central America. Central American Womens Network. Disponible en <http://www.cawn.org/html/publications.htm>
- Yáñez, S. (2004). La flexibilidad laboral como nuevo eje de la producción y la reproducción. En R. Todaro & S. Yáñez (Eds.), *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género* (pp. 35–122). Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer.

## **ANEXOS**

---



**ANEXO 1.** Cuestionario de la I ECCTS.

Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud (ECCTS). Cuestionario  
Versión 08/08/2011. Introducción a la entrevista  
[http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/CUESTIONARIO\\_BASE\\_IECCTS.pdf](http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/CUESTIONARIO_BASE_IECCTS.pdf)  
[Consulta: 03/11/2016]





**ANEXO 2.** Aprobación de la I ECCTS por parte del Comité para la Protección de Sujetos Humanos del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston (EEUU).



George Delclos, MD, PhD  
UT-H - SPH - Environ & Occup Health Science

**NOTICE OF CONTINUING REVIEW APPROVAL**

November 28, 2012

HSC-SPH-10-0291 - *Central American Survey of Working Conditions and Health: a Pilot Study*  
*Encuesta Centro Americana de Condiciones de Trabajo y Salud: un Estudio Piloto*

PI: George Delclos, MD, PhD

**PROVISOS:** Unless otherwise noted, this approval relates to the research to be conducted under the above referenced title and/or to any associated materials considered at this meeting, e.g. study documents, informed consents, etc.

**NOTE:** If this study meets the federal registration requirements and this is an investigator-initiated study, or if the PI is the study sponsor or holds the IND/IDE applicable to this study, and no one else has registered this trial on the national registry, you are required to register this trial on the national registry at [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) in order to publish results in any of the key peer-reviewed journals. For further information write to [clinicaltrials@uth.tmc.edu](mailto:clinicaltrials@uth.tmc.edu) or call 713-500-7909.

APPROVED: By Expedited Review and Approval

REVIEW DATE: November 28, 2012

APPROVAL DATE: November 28, 2012

**EXPIRATION DATE:** 10/31/2013

CHAIRPERSON: F. Gerard Moeller, MD



Upon review, the CPHS finds that this research is being conducted in accord with its guidelines and with the methods agreed upon by the principal investigator (PI) and approved by the Committee. This approval, subject to any listed provisions and contingent upon compliance with the following stipulations, will expire as noted above:

**CHANGES:** The PI must receive approval from the CPHS before initiating any changes, including those required by the sponsor, which would affect human subjects, e.g. changes in methods or procedures, numbers or kinds of human subjects, or revisions to the informed consent document or procedures. The addition of co-investigators must also receive approval from the CPHS. ALL PROTOCOL REVISIONS MUST BE SUBMITTED TO THE SPONSOR OF THE RESEARCH.

**INFORMED CONSENT:** Informed consent must be obtained by the PI or designee(s), using the format and procedures approved by the CPHS. The PI is responsible to instruct the designee in the methods approved by the CPHS for the consent process. The individual obtaining informed

consent must also sign the consent document. Attached is the approved and validated informed consent form. You must discard all previous informed consent documents being used and replace them with this stamped validated version. **Please note that only copies of the appropriately dated, stamped approved informed consent form can be used when obtaining consent.**

**UNANTICIPATED RISK OR HARM, OR ADVERSE DRUG REACTIONS:** The PI will immediately inform the CPHS of any unanticipated problems involving risks to subjects or others, of any serious harm to subjects, and of any adverse drug reactions.

**RECORDS:** The PI will maintain adequate records, including signed consent documents if required, in a manner which ensures subject confidentiality.

**ANEXO 3.** Aprobación del proyecto de investigación de la presente tesis, por parte del Comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona.



## Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica  
Parc de Salut MAR

### CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2013/5175/I titulado "*Desigualdades de género en Centroamérica*" propuesto por la Dra. María López Ruiz del Centro de Investigación en Salud Laboral de la Universitat Pompeu Fabra.

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en la Universitat Pompeu Fabra por la Dra. María López Ruiz como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 11 de Junio de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 28 de Junio de 2013

COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado: .....  
Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo





**ANEXO 4.** Artículo 1 de la tesis publicado en la revista BMC Public Health; al final se incluyen tablas que replican los análisis de asociación realizados utilizando modelos de Poisson con varianzas robustas para la obtención de razones de prevalencia.

Art 1

López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG.  
[Informal employment and health status in Central America](#). BMC  
Public Health. 2015 Jul 24;15:698. DOI: 10.1186/s12889-015-2030-9



**Table 2. Number (n), prevalence (%) and associations (odds ratios) of poor self-perceived and poor mental health according to employment conditions by sex in Central America, 2011.**

	Poor self-perceived health			Poor mental health		
	n	%	PR (95%CI)	n	%	aPR (95%CI)
<b>Women</b>						
<b>Social security coverage</b>						
Yes	331	25.4	1.00	297	24.5	1.00
No	1,099	37.5	1.09 (1.07 ; 1.12)***	874	31.9	1.06 (1.03 ; 1.09)***
<b>Employment relations</b>						
Employees	495	26.5	1.00	468	26.9	1.00
Self-employed	615	38.7	1.10 (1.07 ; 1.13)***	502	33.6	1.06 (1.03 ; 1.08)***
Employers with fewer than 5 employees	338	41.4	1.12 (1.09 ; 1.15)***	217	28.4	1.02 (0.99 ; 1.05)
<b>Type of contract (for employees)</b>						
Written contract	287	24.6	1.00	257	23.4	1.00
Oral or no contract	203	29.6	1.04 (1.01 ; 1.08)*	205	32.7	1.07 (1.03 ; 1.11)***
<b>Total</b>	<b>1,447</b>	<b>33.8</b>		<b>1,187</b>	<b>29.7</b>	

Table 2. Number (n), prevalence (%) and associations (prevalence ratios) of poor self-perceived and poor mental health according to employment conditions by sex in Central America, 2011. (Continued)

	Poor self-perceived health			Poor mental health		
	n	%	PR (95%CI)	n	%	PR (95%CI)
<b>Men</b>						
<b>Social security coverage</b>						
Yes	281	18.9	1.00	306	21.5	1.00
No	923	31.0	1.10 (1.08; 1.13)***	799	28.6	1.06 (1.04; 1.08)***
<b>Employment relations</b>						
Employees	469	21.7	1.00	488	24.1	1.00
Self-employed	452	32.2	1.08 (1.05; 1.10)***	386	28.9	1.04 (1.01; 1.06)**
Employers with fewer than 5 employees	296	31.0	1.09 (1.06; 1.12)***	244	26.9	1.03 (1.00; 1.05) <sup>†</sup>
<b>Type of contract (for employees)</b>						
Written contract	244	19.0	1.00	257	20.9	1.00
Oral or no contract	214	24.8	1.05 (1.02; 1.08)***	221	28.2	1.06 (1.02; 1.09)***
<b>Total</b>	<b>1,217</b>	<b>26.9</b>		<b>1,117</b>	<b>26.2</b>	

PR prevalence ratio; 95%CI 95% confidence interval, <sup>a</sup>PR adjusted prevalence ratio for age, country, and occupation

\*p-value < 0.05 \*\*p-value < 0.01 \*\*\*p-value < 0.001

<sup>†</sup> p-value < 0.06 <sup>‡</sup> p-value < 0.08

**Table 3. Number (n), prevalence (%) and associations (prevalence ratios) of poor self-perceived and poor mental health according to employment profiles by sex in Central America, 2011.**

	Poor self-perceived health			Poor mental health		
	n	%	aPR (95%CI)	n	%	aPR (95%CI)
<b>Women</b>						
<b>Employees</b>						
<b>Social security coverage</b>						
Written contract	250	25.4	1.00	212	22.9	1.00
Oral or no contract	37	22.2	0.98 (0.93; 1.04)	51	35.7	1.10 (1.03; 1.17)**
<b>No social security coverage</b>						
Written contract	37	20.2	0.96 (0.91; 1.01)	44	25.6	1.01 (0.95; 1.07)
Oral or no contract	162	31.5	1.05 (1.01; 1.09)*	154	32.0	1.07 (1.03; 1.11)**
<b>Self-employed</b>						
<b>Social security coverage</b>						
No social security coverage	32	36.0	1.12 (1.04; 1.20)**	25	29.4	1.05 (0.97; 1.13)
Employers with fewer than 5 employees	571	38.9	1.11 (1.08; 1.14)***	463	33.7	1.09 (1.06; 1.12)***
<b>Social security coverage</b>						
No social security coverage	11	20.8	0.95 (0.87; 1.05)	7	13.2	0.90 (0.83; 0.98)*
Employers with fewer than 5 employees	327	43.0	1.14 (1.10; 1.18)***	208	29.3	1.06 (1.02; 1.10)**
<b>TOTAL</b>	1,427	33.8		1,164	29.5	

**Table 3. Number (n), prevalence (%) and associations (prevalence ratios) of poor self-perceived and poor mental health according to employment profiles by sex in Central America, 2011. (Continued)**

	Poor self-perceived health		Poor mental health	
	n	PR (95%CI)	n	PR (95%CI)
<b>Men</b>				
<b>Employees</b>				
<b>Social security coverage</b>				
Written contract	192	17.6 1.00	204	19.3 1.00
Oral or no contract	40	20.4 1.03 (0.98; 1.08)	53	29.6 1.08 (1.02; 1.14)**
<b>No social security coverage</b>				
Written contract	51	27.0 1.09 (1.03; 1.15)**	54	32.1 1.10 (1.04; 1.16)***
Oral or no contract	172	25.9 1.07 (1.04; 1.11)**	166	27.7 1.07 (1.03; 1.10)***
<b>Self-employed</b>				
<b>Social security coverage</b>				
No social security coverage	27	23.3 1.05 (0.98; 1.11)	34	31.8 1.08 (1.01; 1.15)*
Employers with fewer than 5 employees	420	33.6 1.13 (1.10; 1.16)***	341	28.6 1.07 (1.04; 1.11)***
<b>Social security coverage</b>				
No social security coverage	19	24.1 1.07 (0.99; 1.16) <sup>††</sup>	13	18.1 0.99 (0.91; 1.06)
<b>TOTAL</b>	1,193	26.8	1,096	26.1

PR prevalence ratio; 95%CI 95% confidence interval, *a*PR adjusted prevalence ratio for age, country, and occupation

\*p-value < 0.05 \*\*p-value < 0.01 \*\*\*p-value < 0.001

† p-value < 0.06 †† p-value < 0.108

**ANEXO 5.** Artículo original “Benavides FG, Wesseling C, Delclòs GL, et al. Working conditions and health in Central America: a survey of 12024 workers in six countries. *Occup Environ Med* 2014;71:459-465”. Este artículo está firmado en nombre de todo el equipo investigador de la I ECCTS, donde me encuentro. Asimismo, ayudé a realizar parte de los análisis presentados en esta investigación.

Benavides FG, Wesseling C, Delclos GL, Felknor S, Pinilla J, Rodrigo F; research team of the first Central American Survey of Working Conditions and Health.. [Working conditions and health in Central America: a survey of 12,024 workers in six countries.](#) *Occup Environ Med.* 2014 Jul;71(7):459-65.  
doi:10.1136/oemed-2013-101908







**ANEXO 6.** Divulgación científica.



**ANEXO 6.1.**

López-Ruiz M, Benavides FG, Wesseling C, Delclos GL, Pinilla J, Rodrigo F. Working conditions and health in Central America. EPICOH 23rd Conference on Epidemiology in Occupational Health. Improving the impact. Utrecht (The Netherlands), 18-21 June 2013.

López-Ruiz M, Benavides FG, Wesseling C, Delclís GL, Rodrigo F. [Working conditions and health in Central America](#). Dins: EPICOH 23rd Conference on Epidemiology in Occupational Health. Improving the impact. Utrecht, 18-21 June 2013. Session: E. Sustainable employability, 35. *Occup Environ Med* 2013;70(Suppl 1):A12. doi:10.1136/oemed-2013-101717



María López-Ruiz (1,2), Fernando G. Benavides (1,2), Catharina Wesseling (3), George L. Delclos (1,2,4), Javier Pinilla (5), Fernando Rodrigo (1,2)

(1) Center for Research in Occupational Health, Universitat Pompeu Fabra, Spain. (2) CIBER epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain. (3) Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA), Universidad Nacional, Costa Rica. (4) School of Public Health, University of Texas, Houston, United States. (5) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Spain.

## Introduction

There is a dearth of information on employment, working conditions and health in Central America. When available, information is of poor quality and scant distribution, both in the formal and informal sectors. The establishment of reliable information systems, like working conditions surveys, has been identified as a top priority for several global health and development programs.

## Objective

To describe the initial results of the first Central American Survey of Working Conditions and Health (ECCTS\*, by its Spanish acronym), completed in 2011.

## Methods

- The ECCTS was a cross-sectional survey of workers ages 18 or older, in the formal and informal economy and all economic activity sectors. It was performed in a national sample of 12,024 workers (2004 per country) in Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama, by completing an interviewer-administered questionnaire in the homes of the participants.
- The questionnaire included 78 items, grouped into demographics (12 items), employment conditions (25 items), working conditions (12 items), and health-related indicators (29 items).
- For descriptive purposes, we selected the following variables, stratifying by sex and country:
  - Age, education, economic sectors, occupational categories.
  - Labor relationships, contract, social security coverage, hours worked.
  - Presence of occupational hazards, psychosocial risk factors.
  - Self-perceived health, mental health, self-reported occupational injury, back pain.
- To correct for potential differences between the sample and source population of each country, each individual was weighted by sex, age and economic sector to obtain representative country-specific measures, and by these same variables plus country to obtain an overall representative measure for Central America.

## Results

Table 1. Demographic and labor characteristics of sample by sex. Central America, 2011.

	Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panama		Central America	
	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men
<b>Age</b>														
< 30	5079(5.5)	4132(4.0)	2942(7.7)	234(2.4)	2393(2.8)	402(3.1)	3723(8.5)	429(4.4)	298(16.4)	404(34.1)	287(3.8)	386(3.0)	2207(40.4)	2303(15.1)
30-50	3986(6.3)	4054(4.0)	4806(4.0)	570(1.1)	4075(5.0)	700(5.2)	9747(7.3)	395(18.1)	410(10.0)	526(44.6)	332(6.8)	619(6.9)	2879(49.3)	3184(18.5)
> 50	79(0.0)	15(0.0)	88(0.3)	13(2.4)	82(1.3)	16(0.1)	137(1.4)	21(20.5)	112(13.6)	25(21.3)	113(15.0)	24(9.1)	57(210.5)	108(61.6)
<b>Education</b>														
Illiterate	1221(2.4)	693(1.0)	13(1.5)	2(0.2)	32(4.4)	8(1.6)	37(1.8)	108(10.4)	6(0.7)	6(0.6)	3(0.4)	6(0.5)	33(66.2)	54(62.9)
Primary	3023(9.0)	686(7.4)	4906(6.3)	381(6.3)	3662(6.2)	793(6.2)	2372(6.4)	401(18.8)	301(26.7)	401(37.0)	722(5.1)	381(3.4)	2087(38.2)	2945(44.9)
Secondary	4131(41.8)	3261(2.0)	4394(3.3)	438(4.6)	5284(5.9)	341(26.8)	4136(3.2)	397(18.3)	362(44.1)	520(48.6)	484(4.5)	85(2.0)	2359(43.3)	2523(38.5)
University	505(5.0)	479(4.0)	1102(4.0)	95(0.5)	488(5.1)	584(4.8)	256(4.4)	130(2.5)	152(16.0)	158(13.9)	102(2.4)	213(7.0)	675(12.4)	508(8.5)
<b>Economic sectors</b>														
Agricultural	186(1.8)	479(6.0)	36(4.0)	190(2.3)	75(0.4)	500(4.3)	67(7.0)	405(44.8)	475(7.7)	249(21.0)	243(2.1)	248(19.6)	99(10.5)	2444(57.2)
Industry	104(10.5)	172(16.8)	143(11.5)	194(20.0)	101(11.8)	210(16.5)	106(10.9)	193(18.6)	88(10.7)	25(21.2)	48(9.0)	268(21.4)	627(11.5)	1209(18.4)
Services	695(7.0)	170(7.1)	834(8.2)	507(9.0)	502(5.0)	470(7.2)	794(8.2)	300(5.6)	488(57.8)	461(87.8)	738(50.0)	428(77.6)	2931(44.4)	3713(44.4)
<b>Occupational groups</b>														
Professionals	13(1.7)	19(1.9)	29(2.7)	34(3.6)	26(1.5)	20(1.2)	14(2(1.7)	13(1.2)	71(8.7)	46(1.7)	67(8.0)	69(1.5)	327(6.0)	183(2.8)
Technicians	49(3.1)	25(2.4)	35(3.3)	36(3.8)	13(1.7)	20(1.8)	48(4.9)	22(2.2)	35(4.3)	54(4.6)	50(6.6)	65(1.2)	19(1.5)	19(2.2)
Administrative support	73(7.8)	75(7.4)	73(6.8)	46(4.8)	47(6.4)	37(3.2)	84(8.6)	43(4.2)	90(3.0)	107(9.0)	102(2.3)	59(4.0)	48(8.9)	25(14.1)
Services/skilled sales	473(48.1)	2121(21.6)	645(60.7)	332(35.3)	429(58.9)	279(21.5)	462(47.8)	161(15.5)	400(49.9)	138(26.9)	299(19.8)	300(23.9)	2804(51.4)	1539(23.4)
Farmers/fishing	383(18.4)	479(4.9)	37(1.4)	48(4.8)	76(10.7)	57(8.4)	616(3.1)	458(44.2)	384(7.7)	227(19.2)	26(1.5)	20(16.2)	361(10.1)	218(18.3)
Skilled manual	137(14.0)	181(17.9)	164(15.4)	191(20.3)	64(8.7)	22(17.4)	84(8.7)	214(20.0)	76(9.2)	28(24.2)	63(8.3)	20(28.2)	64(11.8)	129(19.7)
Unskilled manual	44(4.5)	77(7.7)	7(7.7)	7(7.7)	72(9.9)	128(10.0)	83(8.6)	96(9.1)	9(11.5)	13(10.9)	70(9.4)	21(17.4)	40(17.3)	59(29.0)
<b>Total</b>	9841(100)	10220(100)	10616(100)	941(100)	7291(100)	1272(100)	10371(100)	820(100)	1384(100)	752(100)	1252(100)	6548(100)	6558(100)	

Table 2. Selected employment and working conditions by sex. Central America, 2011.

	Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panama		Central America	
	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men
<b>Employment conditions</b>														
Labor relationship														
Employer with employees	199(20.3)	102(18.8)	233(21.9)	273(27.3)	175(24.0)	288(22.6)	276(28.6)	431(41.6)	94(11.5)	234(19.8)	171(23.6)	369(29.0)	1180(21.6)	1622(24.7)
Self-employed	4384(45.1)	5088(7.1)	5148(48.4)	156(7.8)	1174(5.1)	5704(4.7)	2002(7.3)	2362(7.7)	1862(19.9)	2962(50.0)	1411(8.8)	2516(7.7)	2078(38.0)	3481(17.8)
Permanent employee	2052(20.9)	1635(16.0)	2452(23.0)	251(26.6)	1652(23.0)	124(17.5)	3849(7.7)	247(23.8)	449(54.1)	553(66.7)	369(49.0)	564(45.1)	1682(29.5)	1847(25.1)
Temporary employee	1331(13.7)	1514(14.8)	666(6.3)	76(7.9)	70(9.8)	184(15.2)	85(8.8)	121(11.8)	94(7.8)	89(7.5)	65(6.6)	80(7.1)	539(10.2)	791(23.0)
Work without contract (% among employees)	48(4.1)	45(4.3)	38(5.9)	29(9.0)	20(8.4)	60(4.5)	9(1.9)	7(1.9)	38(5.4)	38(5.9)	7(1.6)	7(1.1)	16(8.7)	21(8.9)
Social security coverage	147(14.9)	131(12.9)	225(12.2)	134(24.8)	108(14.6)	108(8.5)	173(12.7)	228(22.0)	55(67.1)	64(71.7)	39(51.0)	64(71.7)	144(26.3)	161(24.5)
Work more than 48h/week	38(8.1)	40(19.3)	26(25.0)	30(6.5)	27(18.6)	36(28.2)	33(13.4)	30(12.0)	30(26.5)	17(47.0)	11(17.4)	29(23.3)	174(32.8)	219(33.4)
<b>Working conditions</b>														
Slippery and unstable surface*	113(11.2)	245(24.1)	101(19.4)	142(15.1)	90(12.4)	37(12.1)	74(7.6)	233(22.5)	73(9.9)	339(28.6)	17(2.3)	72(5.8)	532(9.7)	148(22.6)
Dangerous tools and machines	113(11.2)	286(28.0)	157(14.8)	180(19.1)	81(11.4)	304(23.8)	59(6.1)	202(19.7)	56(6.8)	250(21.3)	5(0.7)	27(21.6)	564(10.3)	154(23.6)
High temperature**	200(20.3)	392(38.6)	177(16.6)	135(25.0)	150(21.4)	40(13.5)	105(10.8)	141(13.6)	68(8.3)	22(21.8)	74(9.8)	25(21.6)	504(14.6)	162(24.9)
Breathing chemical substances*	153(15.6)	215(21.1)	118(11.2)	146(17.8)	104(14.2)	215(16.9)	110(11.1)	132(12.7)	54(6.6)	175(14.8)	47(6.2)	19(15.3)	68(12.5)	141(17.4)
Handling toxic substances*	55(5.6)	147(14.4)	32(3.0)	73(7.9)	70(9.8)	28(21.0)	17(1.7)	55(5.3)	23(1.9)	136(11.5)	13(1.7)	6(4.9)	25(6.7)	82(12.2)
Handling heavy loads**	85(8.6)	288(28.2)	70(6.6)	141(15.0)	40(5.5)	29(12.8)	27(1.8)	144(11.0)	36(4.3)	178(15.1)	3(0.5)	13(11.1)	37(6.0)	127(19.4)
Repetitive movements**	35(36.1)	48(247.3)	47(44.8)	44(47.0)	38(5.2)	72(56.4)	5(5.2)	57(55.6)	34(41.5)	59(49.4)	16(12.4)	36(29.0)	229(42.0)	330(48.8)
Psychosocial risk factors														
High demand**	381(40.1)	421(42.8)	474(45.1)	450(48.2)	226(32.1)	373(29.9)	256(26.8)	380(27.5)	140(19.8)	204(17.7)	225(30.5)	378(30.9)	187(35.2)	2219(34.6)
Low control**	80(2.5)	82(3.1)	134(6.0)	174(5.2)	84(8.8)	142(44.1)	143(13.1)	137(9.5)	82(18.6)	136(22.2)	128(10.2)	238(19.5)	519(32.9)	790(37.8)
Low social support**	120(18.4)	134(46.8)	92(30.0)	91(28.1)	97(46.9)	162(48.2)	144(32.8)	130(36.9)	173(15.5)	184(20.9)	148(36.2)	258(41.2)	741(36.5)	887(39.5)

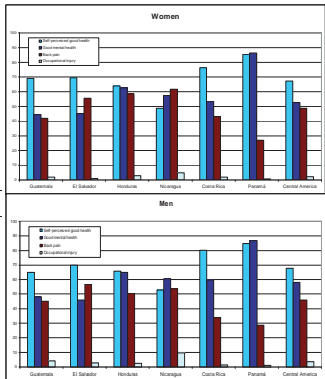
(\* always or very often (\*\* more than half working day (\*\*\*) taking unfavorable tertile score from the whole of Central America as reference categories)

## Conclusions

- These results show the low quality of a large part of employment in Central America: (1) three out of four members of the workforce lack social security coverage, (2) a third are self-employed and (3) almost one out of ten salaried employees works without either a written or oral contract.
- The ECCTS represents a first step towards the development of a relatively simple, representative and reproducible information system that could support evidence-based national and regional policies directed at preventing occupational risks and promoting health among formal and informal workers.
- The ECCTS provides a reference measure for future monitoring of employment conditions across countries, as recently advocated by ILO.
- Further in-depth analyses are ongoing, for example comparisons of employment and working conditions and health among formal and informal workers.

\*The ECCTS was partially funded by the Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, the Organización Iberoamericana de Seguridad Social and the U.S. National Institutes of Health/Fogarty International Center.

Figure 1. Health-related problems by sex. Central America, 2011.







**ANEXO 6.2.**

López-Ruiz M, Martínez JM, Artazcoz L, Valls J, Rojas M, Benavides FG. Desigualdades en salud según género y trabajo informal en Centroamérica. XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias, y VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia. Granada, 2013. Gac Sanit.2013;27(Suppl 2): 196.

López-Ruiz M, Martinez MJ, Artazcoz L, Valls L, Rojas M, Benavides FG. . [Desigualdades en salud según género y trabajo informal en Centroamérica](#). Dins: XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias, y VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia. Granada, 2013. 1088. Gaceta sanitaria. 2013; 27 (Supl. Especial Congreso 2): 196



# Desigualdades en salud según género y trabajo informal en Centroamérica



M López-Ruiz (1,2), JM Martínez (1,2), L Artazcoz (3), J Valls (4), M Rojas (5), FG Benavides (1,2)

(1) Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra. (2) CIBER epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). (3) Agència de Salut Pública de Barcelona (4) Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (5) Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA), Universidad Nacional, Costa Rica.

## Antecedentes

- La región centroamericana destaca por su gran diversidad social, política y económica.
- Escasez de información y de sistemas de vigilancia de las condiciones de trabajo y salud, aunque recientemente se realizó la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud (I ECCTS).
- El **64%** trabaja en la **economía informal** en Centroamérica, siendo las mujeres quienes trabajan en mayor proporción: 72% de las mujeres frente al 60% de hombres en El Salvador, 75% y 74% en Honduras, o 46% y 42% en Costa Rica, respectivamente.
- Carencia de estudios que analicen en profundidad la relación entre la economía informal y el estado de salud. La poca evidencia existente muestra que las personas de la economía informal **tienen peor salud (mental y percibida)** respecto a las trabajadoras formales.
- No se ha estudiado en profundidad la relación entre economía informal y diferentes ejes de desigualdad.



## Objetivos

- 1) Construcción de perfiles del mercado de trabajo centroamericano según características de formalidad e informalidad en el empleo en base a datos de la I ECCTS.
- 2) Analizar la relación entre los diferentes perfiles de formalidad e informalidad del empleo y la salud (mental y percibida) en Centroamérica.
- 3) Examinar si hay diferencias de género en los patrones de asociación.

## Métodos

➤ **Fuente de datos:** I ECCTS. Estudio transversal (julio-diciembre 2011); población de referencia: población trabajadora de la economía formal e informal de Centroamérica (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá), ≥ 18 años. Muestra representativa de la población trabajadora, urbana y rural (N=12.024; 2.004 por país).

### ➤ Análisis:

1. **Construcción de perfiles:** Análisis de correspondencias múltiples y análisis de clúster para agrupar la población trabajadora en función de características de empleo formal e informal. Variables utilizadas:

- **Relación laboral:** personas asalariadas fijas, asalariadas temporales, empresarias, por cuenta propia.
- **Cobertura de seguridad social (SS):** Sí, No.
- **Trabajo agrícola:** Sí, No
- **Tamaño de la empresa:** 1, 2-5, >5 personas
- **Tipo de contrato:** escrito, oral, sin contrato. *[Sólo para personas asalariadas]*
- **Beneficios en el trabajo:** Vacaciones, vacaciones pagadas, pensión de jubilación, días de fiesta, coger la incapacidad médica, permiso de paternidad/maternidad, días de permiso, día para ir al médico. *[Sólo para personas asalariadas]*
- **Contratación:** directa, subcontrata. *[Sólo para personas asalariadas]*

Análisis separados por: a) Personas trabajadoras por cuenta propia y empresarias; b) asalariadas temporales y fijas.

2. **Relación con salud:** Modelos de regresión logística para calcular odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC(95%)).

- Variables dependientes:
  - **salud mental** (GHQ-12) → Buena (GHQ≤3) y mala salud mental (GHQ>3)
  - **salud percibida:** Buena (muy buena o buena) y mala salud percibida (regular, mala o muy mala).
- Variable independiente: **perfiles**.
- Variables de ajuste: **edad** (18-30; 31-51; 51-65; >66 años), **país** (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá) y **clase social ocupacional** (favorecida, media, desfavorecida).
- Variable de estratificación: **sexo** (Mujeres, Hombres).

## Resultados (1)

**Tabla 1. Perfiles de las personas trabajadoras según características de formalidad e informalidad en el empleo (prevalencia de las características que definen cada perfil). Centroamérica, 2011.**

	Perfil 1 (n=2.659 ; 22,2%)		Perfil 2 (n=1.628 ; 13,6%)		Perfil 3 (n=420 ; 3,5%)		Perfil 4 (n=347 ; 2,9%)		Perfil 5 (n=2.436 ; 20,4%)	
	Característica	%	Característica	%	Característica	%	Característica	%	Característica	%
<b>Relación Laboral</b>										
Cuenta propia	X	100,0	X	100,0	X	38,6				
Empresarias					X	61,4	X	100,0	X	100,0
<b>Seguridad Social</b>										
Sí					X	100,0	X	12,5		
No	X	97,2	X	98,6					X	99,3
<b>Trabajo agrícola</b>										
Sí			X	100,0						
No	X	99,9			X	76,9				
<b>Tamaño empresa</b>										
1 persona	X	100,0	X	100,0						
2-5 personas									X	96,8
> 5 personas							X	100,0		
<hr/>										
	Perfil 6 (n=968 ; 8,1%)		Perfil 7 (n=493 ; 4,1%)		Perfil 8 (n=313 ; 2,6%)		Perfil 9 (n=295 ; 2,5%)		Perfil 10 (n=2.405 ; 20,1%)	
	Característica	%	Característica	%	Característica	%	Característica	%	Característica	%
<b>Relación Laboral</b>										
Asalariadas fijas									x	93,6
Asalariadas temporales	X	55,8	X	57,9	X	52,4	X	74,7		
<b>Seguridad Social</b>										
Sí									X	92,3
No	X	87,0	X	83,7	X	93,4	X	74,7		
<b>Tipo de contrato</b>										
Sin contrato					X	100,0	X	16,9		
Oral	X	82,4	X	76,9			X	58,4		
Escrito									X	88,8
<b>Contratación</b>										
Directa	X	92,3							X	98,4
Subcontrata							X	100,0		
<b>Trabajo agrícola</b>										
Sí	X	16,4	X	30,0	X	31,7	X	22,2		
No									X	96,1
<b>Tamaño empresa</b>										
≤ 5 personas	X	66,2	X	58,7	X	60,3	X	42,1		
> 5 personas									X	83,5
<b>Disfruta beneficios</b>										
Jubilación									X	77,2
Incapacidad									X	96,6
Vacaciones									X	88,8
Vacaciones pagadas									X	92,2
Ir al médico	X	91,3							X	96,7
Día de fiesta									X	87,9
Día de permiso	X	91,0							X	91,7
Permiso mat/paternidad									X	80,7
<b>NO disfruta beneficios</b>										
Jubilación	X	92,7	X	94,8	X	89,6	X	85,8		
Incapacidad	X	33,0	X	89,1	X	57,7	X	52,5		
Vacaciones	X	50,3	X	92,0	X	64,5	X	64,8		
Vacaciones pagadas	X	71,4	X	88,5	X	75,4	X	72,1		
Ir al médico			X	89,5	X	29,3	X	39,3		
Día de fiesta			X	82,8	X	58,7	X	52,3		
Día de permiso			X	84,1	X	25,0	X	33,9		
Permiso mat/paternidad	X	37,1	X	80,6	X	57,8	X	55,2		

## Resultados (2)

Tabla 2. Odds Ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC(95%)) de la salud percibida y la salud mental (mala respecto a buena salud), según perfiles de las personas trabajadoras, y ajustados por edad, país y clase social ocupacional. Centroamérica, 2011.

	SALUD PERCIBIDA				SALUD MENTAL			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)
* Perfil 1 (Cuenta propia, No SS, no agrícola)	1,79	(1,45 ; 2,21)*	1,48	(1,21 ; 1,82)*	1,28	(1,06 ; 1,56)*	1,21	(1,00 ; 1,46)*
* Perfil 2 (Cuenta propia, No SS, agrícola)	1,83	(1,28 ; 2,60)*	2,10	(1,71 ; 2,59)*	1,41	(1,00 ; 1,99)*	1,76	(1,45 ; 2,14)*
Perfil 3 (Empresarias y Cuenta propia, SS, no agrícola)	1,20	(0,78 ; 1,85)	1,21	(0,87 ; 1,68)	0,79	(0,53 ; 1,17)	1,16	(0,86 ; 1,56)
* Perfil 4 (Empresarias, empresa >5)	1,74	(1,08 ; 2,80)*	1,28	(0,92 ; 1,77)	1,67	(1,03 ; 2,69)*	1,65	(1,21 ; 2,26)*
* Perfil 5 (Empresarias, No SS, empresa 2-5)	1,83	(1,46 ; 2,30)*	1,75	(1,44 ; 2,12)*	1,34	(1,08 ; 1,67)*	1,31	(1,10 ; 1,57)*
Perfil 6 (Asal, No SS, contrato oral, empresa ≤5, algunos beneficios)	1,55	(1,18 ; 2,04)*	1,24	(0,96 ; 1,60)	1,22	(0,95 ; 1,57)	0,85	(0,67 ; 1,08)
* Perfil 7 (Asal, No SS, contrato oral, empresa ≤5, No beneficios)	1,13	(0,75 ; 1,69)	1,46	(1,09 ; 1,96)*	2,63	(1,80 ; 3,84)*	1,51	(1,14 ; 2,00)*
Perfil 8 (Asal, No SS, Sin contrato, empresa ≤5, No beneficios)	1,59	(1,02 ; 2,48)*	1,41	(0,98 ; 2,02)	0,56	(0,36 ; 0,87)*	1,09	(0,77 ; 1,55)
* Perfil 9 (A Temporales, No SS, contrato oral, Sin contrato, Subcontrata, No beneficios)	4,17	(2,54 ; 6,84)*	1,91	(1,37 ; 2,65)*	1,99	(1,18 ; 3,37)*	2,24	(1,62 ; 3,08)*
Perfil 10 (A. Fijas, SS, contrato escrito, no agrícola, con beneficios)	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-

\* p<0,05

\* p<0,05 para ambos sexos, tanto para salud percibida como mental.

\* p<0,05 para ambos sexos en la salud mental, y para uno de los sexos en la salud percibida.

## Discusión

➢ Existen desigualdades en salud según los perfiles de empleo, principalmente aquellos perfiles que no tienen SS (una de las características que más definen el empleo informal) se asociaron a peor salud percibida y mental.

➢ Las personas por **cuenta propia sin SS** (Perfil 1 y perfil 2) y **empresarias sin SS de empresas de 2 a 5 personas** (Perfil 5) se asociaron con peor salud percibida y mental respecto al perfil de referencia (Perfil 10).

➢ Hay pocas diferencias de género en los patrones de asociación.

➢ Las **mujeres asalariadas sin SS**, si sólo tienen **beneficios a corto plazo** (Perfil 6) o aquellas **sin contrato**, (Perfil 8) son las únicas a las que se les asoció una peor salud percibida.

➢ Las **mujeres temporales subcontratadas sin SS** (Perfil 9) tienen una elevada asociación de mala salud percibida.

• Temporalidad (dimensión de precariedad laboral) y empleo informal se asocian a mala salud.

• Otros factores podrían estar operando:

→ Riesgos psicosociales derivados de las condiciones de trabajo. Dobles jornadas de trabajo (trabajo no remunerado: doméstico y de cuidados).

→ No tener SS que cubra también a sus descendientes puede derivar en tener peor salud.

➢ Los **hombres por cuenta propia con trabajo agrícola** (Perfil 2) destacan por tener mayor asociación con mala salud percibida y mental.

• Perfil caracterizado por alta prevalencia de etnia indígena o lenca, y con salarios muy bajos (<300\$ PPA), lo que puede que estén interaccionando con otros ejes de desigualdades en salud.

• Rol de breadwinners.

➢ Tanto para mujeres como para hombres, tener SS es un determinante de su salud, indistintamente del tipo de relación laboral que tengan.

➢ Estudios futuros son necesarios para profundizar en la interacción entre distintos ejes de desigualdad (género, etnia y posición socioeconómica) y cómo afectan a la salud de las personas que trabajan en la economía informal.



## Desigualdades en salud según género y trabajo informal en Centroamérica



M López-Ruiz (1,2), JM Martínez (1,2), L Artazcoz (3), J Valls (4), M Rojas (5), FG Benavides (1,2)



(1) Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra. (2) CIBER epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). (3) Agència de Salut Pública de Barcelona (4) Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (5) Programa Salut, Treball y Ambiente en Amèrica Central (SALTRA), Universitat Nacional, Costa Rica.



**ANEXO 6.3.**

López-Ruiz M, Martínez JM, Benavides FG, Puig-Barrachina, Rojas M, Artazcoz L. Mental health inequalities by informal employment and gender in Central America. EPICOH 24th International Conference on Epidemiology in Occupational Health. Chicago, June 2014. Occup Environ Med 2014;71(Suppl):A1-A132

López-Ruiz M, Martinez MJ, Benavides FG , Puig-Barrachina V, Rojas M, Artazcoz L,  
[Mental health inequalities by informal employment and gender in Central America](#). Dins: EPICOH 24th International Conference on Epidemiology in Occupational Health, Chicago, June 2014. 196. Occup. Environ Med 2014;71 (Suppl):A86





# Mental health inequalities by informal employment and gender in Central America



Maria López-Ruiz (1,2), José Miguel Martínez (1,2), Fernando G. Benavides (1,2), Vanessa Pulig- Barachina (3), Mariamela Rojas (1,4), Lucía Ariazoz (5)  
 er for Research in Occupational Health, Universitat Pompeu Fabra, Spain, (2) CIBER epidemiología y Salud Pública (CBEPESP), Spain, (3) Wije Universitat, Brussels, (4) Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTTRA), Universidad Nacional, Costa Rica, (5) Servei de Salut Laboral de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona, Spain.



## Introduction

> Although the most complete and broader term is "informal economy" (ILO, 2002: all economic activities by workers and economic units that are "in law or in practice – not covered or insufficiently covered by formal arrangements) from an occupational health perspective we focused on workers in "informal employment" (unprotected under labor legislation and social protections), and how it could affect their health.

> In Central America, the structural adjustment programmes adopted during the crisis of the 80s have restructured of the labor market, with a deterioration of working conditions due to the deregulation of the formal sector, the increase of unemployment, the opening of the economy to external markets in favour of globalization, and the increase and the consolidation of the informal economy.

> More than 60% of the non-agricultural workers in Central America participate in informal employment.

> Major differences between countries: 70% in Honduras, 40% in Costa Rica and Panama.

> High proportion among women: 78% of women and 74% of men in Honduras, 72% and 60% in El Salvador, 40% and 42% in Costa Rica, respectively.

> The majority of the existing and scarce evidence shows that **work in informal employment is associated with the poorest levels of health**.

## Objectives

(1) To analyze the relationship between mental health and non-agricultural informal employment in Central America; and (2) to examine whether patterns of association differ by gender.

## Methods

Sources of information and study population: First Central American Survey of Working Conditions and Health" (cross-sectional survey of workers in Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama). 8.823 workers in non-agricultural activities, age 18 and older in both formal and informal employment, rural and urban area, and excluding armed forces workers.

Principal variables: **Social security coverage** (yes or no), **Type of contract**, for employees (written, oral or no contract), **Employment relations** (employees, self-employed, employees with less than five employees). **Employment profiles**, created combining the above mentioned variables.

Health variable: **Mental Health** (GHQ-12): good (< 3 score), poor (≥3 score).

## Statistical analysis: OR and 95% confidence intervals of poor mental health was calculated using different logistic regression models.

## Results (1)



Figure 1. Percentage of non-agricultural employment conditions and profiles, by sex, Central America, 2011.

## Results (2)

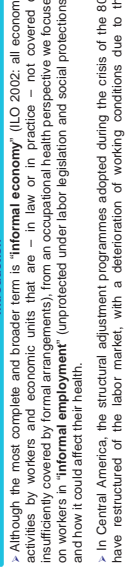


Figure 2. OR and 95% confidence intervals (adjusted by age and country) of poor mental health of non-agricultural employment conditions and profiles, by sex, Central America, 2011.

## Conclusions

- > In Central America, for women and men, all workers with no social security coverage, and employees with an oral contract or without a contract (main characteristics of informal employment), had the poorest mental health.
- > The patterns of associations differed by gender: Among women, the profiles associated with poorest health were basically those without social security coverage. Among men the health inequalities were observed for all employment profiles, except for employers in the informal sector covered by social security.
- > There could be different gender mechanisms operating in the health inequalities found:
  - > **Women:** having social security allows them to not only cover themselves, but also to protect their children, (caregiver role).
  - > **Men:** those with a family could be exposed to poorer mental health because they are under pressure to work to provide an income to the household (breadwinner role).
- > As it has been remarked by the ILO, it is a priority to extend social protection to all workers, and to promote decent work, as this will have positive health effects.

1. Benavides FG, Wesseling C, Clacós GL, Falcó S, Peña J, Rodríguez F. Working conditions and health in Central America: a survey of 12,024 workers in six countries. Occup Environ Med 2014. [Epub ahead of print].



**ANEXO 6.4.**

López-Ruiz M, Benavides FG, Artazcoz L. Empleo informal y características familiares en Centroamérica en perspectiva de desigualdades en salud. II Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública y XXXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Santiago de Compostela, Setiembre 2015. Gac Sanit.2015;29 (Espec Congr):17-194 Cuestionario de la I ECCTS

López-Ruiz M, Benavides FG, Artazcoz L. [Empleo informal y características familiares en Centroamérica en perspectiva de desigualdades en salud.](#) Dins: II Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública y XXXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Santiago de Compostela, Setiembre 2015. Gac Sanit 2015; 29 (Espec Congr):157





**ANEXO 6.5.**

Seminario impartido en la Escuela de Salud Pública de Texas (EEUU) en 2014.



# EOHS

## Research Seminar Series



### "(In)formal Employment and Health Inequalities by Gender in Central America"

**Maria Lopez, MPH**

Doctoral Candidate

Center for Research in Occupational Health (CiSAL)  
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona



**Friday, March 28, 2014**  
**RAS-E 305 & ITV**  
**12 Noon- 1 PM**



*Please contact your ITV technician/administrator for connection*

**Lunch will be provided**

*For additional information: contact Cheryl Hayes -713.500.9462-cheryl.hayes@uth.tmc.edu*







**ANEXO 6.6.**

Publicación del primer artículo de esta investigación en la web de la Red Internacional WIEGO.





[Home](#) > [Advanced Search](#)

## Publications

Article Title: Informal employment and health status in Central America

Title of Journal: BMC Public Health

Vol. #: 15

Issue #: 698

Author(s): López-Ruiz, María, Lucía Artazcoz, José Miguel Martínez, Marianela Rojas and Fernando G. Benavides.

Date: July, 2015

Publication Type: Journal Article

[Access Publication](#)

Description: Background: Informal employment is assumed to be an important but seldom studied social determinant of health, affecting a large number of workers around the world. Although informal employment arrangements constitute a permanent, structural pillar of many labor markets in low- and middle-income countries, studies about its relationship with health status are still scarce. In Central America more than 60 % of non-agricultural workers have informal employment. Therefore, we aimed to assess differences in self-perceived and mental health status of Central Americans with different patterns of informal and formal employment.

Share This Page: [f](#) [t](#) [in](#) [e](#) [+](#)

Disponible en: <http://wiego.org/publications/informal-employment-and-health-status-central-america-bmc-public-health>