



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

El trabajo de cuidados no remunerado como determinante social de la salud: problemáticas y políticas

*Unpaid care work as a social determinant of health:
Problems and policies*

Editorial DOI: 10.19136/hs.a25sI.6158

Blenda Guadalupe Castañuela Sánchez ¹ 

José Manuel Rangel Esquivel ² 

Correspondencia: Correspondencia: José Manuel Rangel Esquivel. Dirección postal: Universidad Autónoma de Nuevo León. Instituto de Investigaciones Sociales de la Facultad de Filosofía y Letras. Av. Lázaro Cárdenas Ote. y Paseo de la Reforma s/n. C.P. 64930. Monterrey, Nuevo León. México.

Correo electrónico: josemre@gmail.com



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Es candidata a Dra. en Ciencias Sociales y Orientación en Desarrollo Sustentable por parte del Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales de la Facultad de Filosofía y Letras de la UANL. Tiene una Maestría en Educación por parte de la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdec). Entre sus publicaciones se encuentra el artículo en coautoría "Movilidad Social e intensidad de cuidados en Nuevo León", de Ensayos Revista de Economía y el capítulo de libro "La experiencia social de las cuidadoras no remuneradas frente al cuidado de las personas mayores del Estado de Coahuila. Aportes para la Política Pública", Entre sus líneas de investigación se encuentran: desigualdades de género, trabajo de cuidados, movilidad social, políticas sociales. Actualmente es docente investigadora independiente de la Universidad Americana del Noreste (UANE) campus Saltillo.

² Doctor en Estudios Científico-Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO. Maestro en Ciencias con orientación en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Licenciado en Economía por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores de la SECIHTI, nivel 1. Líneas de investigación: salud, pobreza y políticas públicas; familia, salud y vulnerabilidad social; determinación social de la salud y estudios sobre el proceso salud/enfermedad/atención. Coordinador del programa de Maestría en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable, adscrito al Sistema Nacional de Posgrados (SNP) de la SECIHTI, y profesor-investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociales-Facultad de Filosofía y Letras-UANL.



Resumen

El objeto de estudio del trabajo de cuidados ha adquirido relevancia para el caso de México, no solo por las desigualdades de género ante la injusta e inequitativa organización del cuidado en que la población femenil es la gran proveedora de su demanda, sino como parte del modelo de los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, en este ensayo analítico se presenta al trabajo de cuidados como un indicador social de la salud por la injusta e inequitativa distribución de los servicios de cuidados en el marco de la feminización del trabajo asistencial y, de la organización social del cuidado en que proponemos como impulsor social de la salud a las políticas de cuidados cuya fundamentación es el derecho al cuidado.

Palabras claves: México; Trabajo de cuidados; Determinantes sociales de la salud; Políticas.

Abstract

Research into care work has become a matter of significance in the case of Mexico, not only because of gender inequalities arising from the unfair and inequitable organisation of care – in which women are the main care providers – but also as part of the model of the social determinants of health.

In this sense, this analytical essay presents care work as a social indicator of health, given the unjust and inequitable distribution of care services within the context of the feminisation of care work and the social organisation of care; we propose that care policies, grounded in the right to care, act as a social driver of health.

Keywords: Mexico; Care work; Social determinants of health; Policies.

• Fecha de recibido: 04 de mayo de 2026 • Fecha de aceptado: 28 de julio de 2026
• Publication date: 20 de octubre de 2026

Introducción

Los avances en investigación con relación a las situaciones sociales de la salud han sido oportunos, pero a la vez complejos, además que constituyen un objeto de estudio de relevancia ante el perfil de salud de las poblaciones. En la experiencia sanitaria de coronavirus 2019, se evidenciaron las circunstancias de la salud de la población que fueron parte de las discusiones, reflexiones y análisis puntuales de los determinantes sociales de la salud en sus diversas dimensiones en que se encuentra el trabajo asistencial.

El trabajo reproductivo, si bien, se ha desarrollado desde diversas perspectivas en las que se incluye: el sostenimiento de la vida, los cuidados como condición ética, el cuidado como derecho, la economía feminista y el uso del tiempo y, a partir de la perspectiva del bienestar, nos parece de suma importancia abordarlo justamente y reconocerlo en el enfoque de los determinantes sociales de la salud en que la población femenina provee cuidados mayoritariamente y sostiene a la vida, lo cual conlleva diversas implicaciones en su salud, a pesar de que se proporciona cuidado y bienestar a los receptores de cuidados y en que el derecho al cuidado que se define como el derecho para cuidar y ser cuidado es innegable para la calidad de vida de las personas en el transcurso de su curso de vida.

Los determinantes sociales de la salud son una línea de investigación prometedora en sus análisis de las situaciones estructurales e intermedias de la calidad de vida de las personas, no obstante el trabajo reproductivo que se lleva a cabo en los hogares por las mujeres en un mayor número de horas que los hombres aún no se ha visibilizado lo suficiente como una situación social de la salud por su desigual producción que recae en la familia y en las mujeres. De manera que en el enfoque social de la salud consideramos al trabajo de cuidados como un DSS en que destacamos a la organización social del cuidado, a la feminización del cuidado y en que se propone a las políticas del cuidado como impulsoras sociales de la salud.

El trabajo de cuidados y su determinación social en la salud

El proceso salud- enfermedad ha sido estudiado desde la perspectiva biomédica, no obstante, el enfoque social en la salud se coloca en el análisis al proceso salud-enfermedad en relación a las situaciones de vida de las personas para el diseño e implementación de la política pública.

Los determinantes sociales de la salud (DSS), refieren a las situaciones del curso de la vida de los individuos. Esas situaciones son el resultado de condiciones estructurales y de la distribución de los diversos recursos que dependen de las políticas adoptadas¹.

En un país como México en que el origen determina buena parte de la vida presente y futura de las personas, las condiciones que se reproducen en el curso de vida individual, familiar y comunitario son relevantes.



En la perspectiva social de la salud el enfoque médico no es el principal factor en la salud, sino las situaciones que permiten a las personas tener una buena salud. Es decir, el enfoque social de los DSS no solo se refiere a los estilos de vida o los factores de riesgo de la salud².

Las situaciones sociales de la salud responden a lo estructural, al contexto socioeconómico y político; y a las condiciones materiales de vida de las personas. Al mejorar la situación social de vida de las personas en su curso de existencia se potencializa a la salud. Si bien, la salud está determinada por las cuestiones biomédicas, la salud desde el enfoque social es un abordaje de mantenimiento de sanidad de las poblaciones por medio de la justicia social distributiva que permite la erradicación de la desigualdad e inequidad en el derecho a la salud.

En relación a una de las clasificaciones de los DSS, Dahlgren y Whitehead³ los dividieron en: a) Estructurales: en que se incluye las condiciones del medio ambiente, socioeconómicas y culturales que determinan las situaciones de la vida de las personas, b) Distales: que son las redes de apoyo tanto social como comunitario y los c) Proximales: que refieren a la genética, edad, estilos de vida que corresponden a los factores individuales y biológicos³.

En este sentido, se consideran los factores estructurales que perpetúan en la salud, las desigualdades e inequidades, así como los mecanismos que fortalecen la estructura y las posiciones sociales que regulan las oportunidades en salud⁴. Uno de los mecanismos que configuran y estructuran las clases sociales es la poca o nula movilidad social de las personas. “La movilidad social se define como los cambios que las personas experimentan en los estratos socioeconómicos”⁵.

Las posiciones desiguales de poder y prestigio no sólo limitan la movilidad social de las personas, sino el acceso desigual e inequitativo a la salud y las situaciones de vida que favorecen y perjudican a la salud. Así como algunas características personales; género, tono de piel, adscripción étnica, limitan la movilidad social de las personas⁶.

Asimismo, los DSS de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “son las circunstancias en que los individuos nacen, crecen, trabajan y envejecen incluido el sistema de salud”³.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los DSS se expresan de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una

mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país³.

No obstante, en relación al trabajo de cuidados, a partir de la ruptura epistemológica del concepto de trabajo, se incluye al trabajo de cuidados en la categoría de trabajo, que refiere a la producción de bienes o dar servicios para los otros o de autoconsumo⁷.

Las acciones y actividades del cuidado producen bienes y servicios para terceros y para el consumo propio. Es decir, cuidar de los otros es trabajo, y la producción de los servicios de cuidados de los cuales las mujeres son las mayores proveedoras, es trabajo.

Una de las inequidades del trabajo de cuidados, es la producción de los servicios de cuidados que recaen principalmente en la familia y por ende en las mujeres, sin una distribución del trabajo de cuidados entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad.

Una desigual distribución de servicios de cuidados que coadyuvan a la mala salud de las poblaciones. En la región latinoamericana aún con la diversidad de las sociedades y las formas de cuidar son las mujeres quienes son sus principales proveedoras⁸. Para el caso de México no hay una distribución de la demanda de cuidado que tiene una sociedad entre el Estado, mercado, familia y comunidad, por lo cual el cuidado al tener un régimen familista en que se resuelven las necesidades del cuidado, son las mujeres quien en un mayor número de horas e intensidades lo solventan.

En el contexto mexicano la familia es la principal organización para el cuidado, este mismo recae en las mujeres por la separación entre las esferas productivas y reproductivas, los mandatos de género, los usos y costumbres; y la cultura. En la mayor parte del mundo y en México las familias son la principal unidad para la convivencia⁹. Así como en el caso de México la familia es la principal organización para proveer cuidados a las personas dependientes.

Para el caso de México los hogares con personas que requieren cuidados representan al 77.8% y, el 22.2% corresponde a hogares sin personas susceptibles de recibir cuidados¹⁰. Además, es un trabajo que de acuerdo a la Encuesta del Uso del Tiempo 2019, se realiza por las mujeres en un mayor uso del tiempo que los varones¹¹. Cuidar es una forma de trabajo privatizada y algo que las mujeres invariablemente hacen solas; sin embargo, al mismo tiempo es el medio a través del cual las mujeres son aceptadas y sienten que pertenecen al mundo social¹².

De la feminización del cuidado nos da cuenta en porcentajes de participación y en el número de horas destinadas por parte de las mujeres al trabajo asistencial no pagado, las Encuestas del Uso del Tiempo que se han aplicado desde 1996 en México. “Para el caso del tiempo total semanal de trabajo no pagado, doméstico, y de la labor del cuidado, comunitario y voluntario, las mujeres dedicaron el 64.8% y los hombres el 33.3% de acuerdo a la ENASIC 2024”¹³.



Cabe resaltar que de la población cuidadora de 15 años y más que proporciona cuidados el 75.1% son mujeres y el 24.9 varones de acuerdo a la ENASIC 2022¹⁰. Con este panorama se resalta la distribución desigual del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres. En este sentido se requieren las políticas de cuidado para cambiar la organización social del cuidado en que se distribuya la demanda de cuidados de una sociedad entre los diversos agentes económicos, Estado, familia, mercado y comunidad.

Políticas del cuidado como impulsoras del mejoramiento de las circunstancias de vida de las personas.

Las políticas de cuidado son un medio pertinente para modificar la organización social del cuidado en que no hay una distribución igualitaria y equitativa del trabajo de cuidados en la sociedad, así como para cambiar la feminización del cuidado.

Las políticas de cuidado se definen como las políticas públicas que asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir los cuidados no remunerados en forma de dinero, servicios y tiempo⁷. En este sentido las políticas de cuidado coadyuvan al mejoramiento de la salud en la población y específicamente la de las cuidadoras y cuidadores de las personas dependientes con el objetivo de disminuir las desigualdades de género y equilibrar las asimetrías entre los géneros.

Al respecto existen diversas políticas de cuidado entre las que destacan: a) Políticas relativas a licencias, b) Servicios de cuidados, c) Prestaciones sociales relacionadas con los cuidados, d) Políticas de conciliación trabajo-cuidados, y, e) Infraestructura para los cuidados⁷.

Las políticas referentes a las licencias corresponden a aquellos permisos laborales para el cuidado de los receptores de cuidado en que se incluyen las licencias de maternidad, paternidad, licencias para el cuidado de las personas discapacitadas o enfermas, las cuales permiten tanto cuidar como la distribución del trabajo de cuidados entre diversos miembros de la familia.

Por lo que concierne a las políticas relacionadas con los servicios de cuidados permiten una oferta de cuidados por parte de las instituciones o de parte de los miembros de la familia de manera remunerada, en que se constituyen como políticas de redistribución y, para reducir las cargas del trabajo de los cuidados por quien los realiza, modificando las circunstancias de vida de las personas, tanto de los cuidadores, como de los receptores de cuidados. La infraestructura para los cuidados constituye políticas que tienen el objetivo de modificar la organización social del cuidado y la feminización del cuidado, en que el Estado en vinculación con el mercado provee una red de infraestructura para el cuidado de la población que requiere de ello; infancias, personas mayores, personas con algún padecimiento o enfermedad y personas discapacitadas.

No obstante, otras de las políticas del cuidado necesarias por las contingencias propias del desarrollo humano y de la condición humana universal de dependencia, son las que se relacionan con la protección social en el curso de vida de las personas, como las transferencias monetarias al tener hijos y para

la crianza de los infantes o para hacer frente a las múltiples necesidades de las personas discapacitadas o en caso de padecimientos o de enfermedad y, pensiones para las personas cuidadoras.

De igual forma las modalidades de políticas de conciliación entre el trabajo y los cuidados con la reducción del horario laboral o la flexibilización de los horarios del empleo, permite a las personas modificar sus circunstancias de vida para auto cuidarse y cuidar lo que constituye potencializar a la salud. Por último, las políticas relacionadas con la infraestructura pertinente para los cuidados son las que permiten desarrollar el trabajo de cuidados en los hogares y las comunidades como el saneamiento, la energía eléctrica, el acceso al transporte público y al agua.

En suma, las políticas de cuidado modifican las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. En este sentido el derecho al cuidado constituye la base fundamental de las políticas de cuidados.

Reflexiones

El derecho al cuidado como base de las políticas de cuidados

La problemática de las DSS específicamente a lo que refiere al trabajo de cuidados da pie a un sinfín de reflexiones en las que podemos considerar que para un impulsor social de la salud debemos incluir a las políticas de cuidado, que se fundamentan en el derecho al cuidado para mantener el perfil de la salud de las poblaciones y del bienestar de las personas.

El cuidado como derecho significa que las personas por ser personas tienen derecho a recibir cuidados, cuidar y autocuidarse¹⁴.

Es decir, al colocar el cuidado como derecho para todas las personas se despoja de la condición de que mayoritariamente las mujeres sean sus grandes proveedoras, sino que la demanda de cuidados se lleva a cabo de forma democrática.

Asimismo, se desfamiliariza al garantizar el cuidado para aquellos receptores de cuidados que no tienen una familia o no pueden ser cuidados todo el tiempo por los miembros de su familia o que no tienen prestaciones de servicios de cuidados por el trabajo formal. Por lo cual el derecho al cuidado obliga a garantizar al Estado tal derecho por el simple hecho de ser persona.

No obstante, los desafíos y retos del derecho al cuidado y las políticas de cuidados para impulsar socialmente a la salud son abundantes y complejos, pues se requieren transformaciones estructurales como una política fiscal progresiva para el denominado sistema nacional de los cuidados, además de un engranaje de políticas de cuidados, políticas laborales y políticas de protección social.



En este sentido, “desprivatizar”¹⁵ el trabajo de cuidados adquiere una connotación también positiva dentro de los DSS, porque representaría colocarlo en la esfera pública, para su reconocimiento desde una noción de derechos sociales, en donde la participación del Estado-Mercado-Sociedad (familias) y las asociaciones civiles implementan acciones colectivas que coadyuven a la procuración de bien-estar o bienestar, consolidando así las estrategias de que se enmarcan respecto a la salud física, mental, emocional y social desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el marco de los determinantes sociales de la salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2025 [cited 2025 Septiembre 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [cited 2025 Septiembre 16]. Diponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf.
3. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales de terminantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: oms; 2005. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb124/b124_9-sp.pdf
4. Urbina M. Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud. 1st ed. Urbina M, editor. Ciudad de México : intersistemas S. A de C. V. ; 2016. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/pdf/publicaciones/postura/DSS.pdf>
5. Delajara M, De la Torre R, Díaz-Infante E, Vélez. El México del 2018 , movilidad social para el binestar. Primera ed. CEEY , editor. Ciudad de México: CEEY; 2018. <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/El-M%C3%A9xico-del-2018.-Movilidad-social-para-el-bienestar.pdf>
6. Orozco ME, Espinosa Montiel R, Fonseca CE, Marchant M, Vélez-Grajales R. Movilidad social, políticas de cuidados y protección social [Internet]. Ciudad de México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias; 2022 mar [citado 16 sep 2025]. (Documento de trabajo CEEY; núm. 01/2022). Disponible en: https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2022/03/01-Orozco-et-al-2022_compressed.pdf

7. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2019 jul 1 [citado 10 sep 2025]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/major-publications/el-trabajo-de-cuidados-y-los-trabajadores-del-cuidado-para-un-futuro-con>
8. Guimarães NA, Hirata H, compiladoras. El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay [Internet]. Buenos Aires: Fundación Medifé; 2020 [cited 2025 Septiembre 14]. Disponible en: <https://www.clacso.org/el-cuidado-en-america-latina-mirando-los-casos-de-argentina-brasil-chile-colombia-y-uruguay/>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día de la Familia Mexicana (1 de marzo) [Internet]. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2015 [citado 14 sep 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf>
10. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Principales Resultados. Ciudad de México : INEGI ; 2025. Report No. 1. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/>
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Presentación de resultados. Segunda edición [Internet]. México: INEGI; 2022 [citado 13 sep 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf
12. Graham H. SCRIB. [Online].; 1983 [cited 2025 Septiembre 13. Available from: <https://es.scribd.com/document/843663620/A-Labour-of-Love-Women-Work-and-Caring-Janet-Finch-Dulcie-Groves-Z-Library>.
13. INEGI. [Online].; 2025 [cited 2025 Septiembre 14. Available from: 16 INEGI (2025). “Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2024”. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2024/>
14. Pautassi L. El cuidado de cuestión problematizada a derecho, un recorrido estratégico, una agenda en construcción. In Ferreyra M, editor. El trabajo de cuidados, una cuestión de derechos humanos y políticas públicas. Ciudad de México: ONU Mujeres ; 2018. p. 244. <https://listas.colmex.mx/mailling/academicos/trabajodecuidados-onumujeres.pdf>
- 15-León, S. (1998). “Política social y salud”, en: Pineda C. Marcela (ed.) Las políticas sociales de México en los años noventa, México: UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés editores. <https://crai.iis.ucr.ac.cr/bib/15589>

