

RESUMEN DE POLÍTICAS

SUBVENCIÓN DE LA SALUD MUNDIAL: TRABAJO NO REMUNERADO DE LAS MUJERES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Junio de 2022



The News Minute | Sreekesh Raveendran Nair

Serie "Women in Global Health": La equidad de género y el personal sanitario y asistencial



WGHI | WOMEN IN
GLOBAL HEALTH

Índice

Dedicatoria.....	03
Abreviaturas.....	03
Agradecimientos.....	03
Resumen ejecutivo.....	04
Conclusiones principales.....	06
Parte 1: Antecedentes del presente informe	10
1.1 Definiciones.....	10
1.2 Salud mundial: impartida por mujeres, dirigida por hombres.....	10
1.3 Adopción de una perspectiva interseccional.....	12
1.4 Trabajo no remunerado de las mujeres.....	12
1.5 Compromisos contraídos.....	13
Parte 2: Conclusiones	14
2.1 Cálculo del número de mujeres que realizan trabajos sanitarios no remunerados y mal pagados.....	14
2.2 Diversas formas de remuneración e incentivos.....	17
2.3 Las tareas laborales no remuneradas difieren, al igual que la dedicación de tiempo.....	19
2.4 Las mujeres asumen trabajos sanitarios no remunerados por una serie de motivos.....	21
2.5 Impacto del trabajo no remunerado en la salud para las mujeres.....	24
2.6 Impacto del trabajo no remunerado de las mujeres en los sistemas de salud.....	26
2.7 La pandemia y el trabajo no remunerado de las mujeres en la salud.....	28
Parte 3: Recomendaciones	31
Parte 4: En conclusión	33
Referencias	34

DEDICATORIA

El movimiento Women in Global Health dedica este informe a los millones de mujeres que han realizado trabajos no remunerados para mantener la seguridad de sus comunidades durante la pandemia de COVID-19. Reconocemos su experiencia, dedicación y el valor de su trabajo. Seguiremos abogando para que su trabajo sea reconocido y remunerado de forma justa.

Como movimiento, Women in Global Health aboga por un nuevo contrato social para todas las trabajadoras de la salud centrado en un trabajo seguro, decente e igualitario, incluyendo la igualdad en el liderazgo y la toma de decisiones.

ABREVIATURAS

VSC: Voluntaria sanitaria comunitaria

TSC: Trabajadora sanitaria comunitaria

COVID-19: Enfermedad por coronavirus identificada en 2019

PIB: Producto Interno Bruto

GEH: Centro de Equidad de Género

GPG: Diferencias salariales entre hombres y mujeres

OIT: Organización Internacional del Trabajo

PBMI: País de bajos y medios ingresos

EEP: Equipo de protección personal

ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible

CSU: Cobertura Sanitaria Universal

WGH: Women in Global Health

OMS: Organización Mundial de la Salud

AGRADECIMIENTOS

El presente informe ha sido elaborado por Women in Global Health. La autora principal fue Ann Keeling, con el apoyo de Dora Maradiaga y la orientación de la Dra. Roopa Dhatt, Directora Ejecutiva de Women in Global Health. Kavita Bhatia y Roosa Tikkanen contribuyeron con sus conocimientos. El informe sobre políticas fue diseñado por Marie Prevot. Expresamos nuestro agradecimiento a los capítulos de Women in Global Health que apoyaron la elaboración del presente informe y agradecemos especialmente a las trabajadoras sanitarias de Etiopía, Malawi, Zambia, India y México que compartieron sus experiencias con nosotros. Hemos cambiado los nombres de las trabajadoras sanitarias citadas en el presente informe para proteger el sustento de las mujeres que hablaron con nosotros.

RESUMEN EJECUTIVO

COVID-19 puso de manifiesto la desigualdad de género¹ que existe entre el personal sanitario mundial

En 2015, la Comisión Lancet sobre Mujeres y Salud¹ estimó que cada año las mujeres contribuyen con 3 billones de dólares a la salud mundial, la mitad en forma de trabajo no remunerado. Puede parecer inverosímil que algunas de las mujeres más pobres del mundo acepten trabajos sanitarios no remunerados cuando ya tienen una pesada carga de trabajo asistencial no remunerado, tareas domésticas y de subsistencia. Sin embargo, calculamos que **seis millones de mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados en funciones esenciales de los sistemas de salud**, subvencionando de hecho la salud mundial con su trabajo no remunerado y mal pagado. Los hombres también desempeñan funciones sanitarias no remuneradas, pero la gran mayoría de los trabajadores sanitarios no remunerados son mujeres. En general, estas mujeres pertenecen a familias de bajos ingresos, con una educación limitada, y trabajan como trabajadoras sanitarias comunitarias (TSC) en sus comunidades locales.

El presente informe examina el trabajo no remunerado y mal pagado que realizan las mujeres en los sistemas de salud, cuestiona las razones por las que asumen este trabajo y considera el impacto del mismo para las trabajadoras sanitarias, los sistemas de salud y las sociedades. El informe parte de investigaciones existentes y de entrevistas con trabajadoras sanitarias de Etiopía, India, Malawi, México y Zambia, y tiene por objeto dar voz a sus diversos puntos de vista.

La pandemia de COVID-19 ha dado protagonismo a la salud en todo el mundo y ha puesto al descubierto las profundas desigualdades entre y dentro de los países, destacando la desigualdad de género entre mujeres y hombres. Las mujeres han contribuido de forma excepcional a los sistemas de salud, las economías y las sociedades, desde el nivel comunitario hasta el global, desde el brote del virus COVID-19. Las mujeres, que representan el 70% del personal sanitario mundial y el 90% de los trabajadores sanitarios que trabajan directamente con los pacientes³, han soportado la carga de los sistemas de salud durante más de dos años de una presión sin precedentes en una pandemia de alcance internacional.

Sin embargo, incluso antes de la pandemia, la desigualdad de género estaba profundamente arraigada en el personal sanitario mundial, en el que las mujeres se situaban en sectores y puestos de trabajo de menor categoría, marginadas en el liderazgo, con obstáculos para su progresión profesional y con frecuencia sometidas a la violencia y el acoso⁴. Además, la segregación ocupacional

“

“Cuando exigimos una remuneración acorde con nuestras obligaciones y el trabajo que hemos estado desempeñando, los representantes del gobierno local nos gritaron que las voluntarias sanitarias comunitarias siempre piden dinero. “¿Cuánto dinero necesitan? ¡Vosotros sois voluntarias y trabajan de forma voluntaria!”

- Rita, voluntaria sanitaria comunitaria, Nepal, PSI²

de mujeres y hombres en diferentes partes del personal sanitario contribuye a que la diferencia salarial entre hombres y mujeres sea del 28%⁵, más elevada que en muchos otros sectores económicos. Esa diferencia salarial entre mujeres y hombres en el personal sanitario sería considerablemente mayor si se incluyera todo el volumen de trabajo de las trabajadoras no remuneradas en las estadísticas del mercado laboral. Aunque a menudo se les califica de “voluntarias” o “activistas comunitarias”, en general su trabajo no se registra, pues no se cuentan como parte del mercado laboral formal.



Source: American Indian Foundation

¹Reconocemos que la identidad de género no es binaria, pero en el presente informe nos centramos en las mujeres y los hombres, puesto que no se dispone de datos sobre las personas no binarias.

El trabajo asistencial no remunerado de las mujeres es continuo y abarca desde el trabajo en el hogar, el apoyo a la familia extendida y a los miembros de la comunidad y, en el caso de algunas mujeres, el trabajo en funciones esenciales de los sistemas de salud, como la promoción de la salud, el asesoramiento sobre salud, la prestación de servicios básicos y la vacunación. La pandemia ha sacado a la luz la desproporcionada carga de trabajo asistencial no remunerado que realizan las mujeres y ha demostrado que las sociedades y las economías dependen en gran medida del trabajo no remunerado y mal pagado de las mujeres.



“El origen de esta práctica generalizada reside en la expectativa de que el peldaño más bajo de los servicios sanitarios debe trabajar con espíritu de servicio a la comunidad. Esto priva a las trabajadoras sanitarias comunitarias de sus derechos como trabajadoras. En los casos en que estos trabajadores sanitarios comunitarios son mujeres, muchas veces el cuidado de la salud de su comunidad se considera una extensión de su labor de crianza en el seno de sus familias.”

- Kavita Bhatia, Community health worker programs in India: a rights based review [Programas de trabajadores sanitarios comunitarios en la India: una revisión basada en los derechos]⁶

La pandemia aumentó la carga de trabajo no remunerado para las mujeres que desempeñan estas funciones en los sistemas de salud y, al mismo tiempo, aumentó la carga de trabajo no remunerado dentro de las familias y las comunidades para las mujeres de todo el mundo. Se espera que las mujeres sean las “amortiguadoras sociales” en todas las crisis, aumentando su trabajo no remunerado para cubrir las deficiencias de los servicios estatales. El impacto de la pandemia impuso un aumento repentino del trabajo no remunerado a las mujeres que realizaban trabajos remunerados y no remunerados en los sistemas de salud. Sin embargo, las mujeres que

desempeñan funciones no remuneradas tienden a situarse en el nivel más bajo de la jerarquía, lo que supuso un riesgo y una ansiedad adicionales para muchas que trabajaron en primera línea sin el equipo de protección personal (EPP) básico.

Existen pruebas contundentes de que el trabajo no remunerado que realizan las mujeres en los sistemas de salud produce efectos positivos en la salud de otros grupos, como las mujeres y los niños de sus comunidades. En muchos países de bajos ingresos, las labores realizadas, como el rastreo de contactos, la difusión de mensajes de salud pública y la distribución de vacunas, han sido una parte vital de la respuesta a la pandemia. Las entrevistas realizadas para el presente informe y los estudios de investigación revisados acreditan el gran orgullo que sienten las trabajadoras sanitarias por poder servir a sus comunidades, a pesar de todos los desafíos tan reales que entraña el trabajo no remunerado.



Al buscar una explicación a la aparente paradoja de por qué mujeres tan ocupadas asumen el trabajo sanitario no remunerado, algunas han afirmado que es algo que “empodera” a las mujeres, mientras que otras lo han visto como una extensión de las funciones de cuidado no remunerado en el hogar que las normas sociales de género clasifican como “trabajo de mujeres”. Es necesario considerar las opciones de subsistencia de las mujeres limitadas por la pobreza, la desigualdad de poder y las dinámicas de género en el contexto de los entornos culturales y de género predominantes en los que operan. Si bien las mujeres pueden recibir beneficios monetarios y no monetarios por realizar trabajos no remunerados, está claro que si pudieran elegir, preferirían la justicia económica y una remuneración justa por encima de los incentivos secundarios, como la recompensa personal o la buena voluntad en la comunidad.

CONCLUSIONES PRINCIPALES

El trabajo no remunerado y mal pagado de las mujeres en la salud: ¿explotación, oportunidad o incluso, empoderamiento?

1. Cálculo del número de mujeres que realizan trabajos sanitarios no remunerados y mal pagados

- Calcular el número de mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados en los sistemas de salud es complicado porque no se dispone de datos y existen diferentes definiciones, pero calculamos que **al menos seis millones de mujeres realizan trabajos no remunerados y mal pagados en funciones sanitarias comunitarias.**
- Es esencial adoptar un enfoque interseccional, porque es posible que muchas mujeres que realizan trabajos no remunerados en un contexto pertenezcan a un grupo étnico, de casta o religioso marginado. Podrían estar en desventaja al buscar trabajo remunerado tanto por su género como por otras características sociales.
- La mayoría trabaja en países de bajos y medios ingresos. Aproximadamente una cuarta parte de los seis millones de mujeres que realizan trabajos sanitarios no remunerados trabajan en la India.
- En su mayoría, las mujeres realizan trabajos no remunerados en funciones sanitarias comunitarias, pero en algunos países encontramos ejemplos de mujeres que desempeñan funciones no remuneradas, como las de enfermeras.
- Los hombres también realizan trabajos no remunerados en los sistemas de salud a nivel comunitario, pero en menor número en comparación con las mujeres.
- En algunos sistemas sanitarios de escasos recursos, particularmente en situaciones de emergencia humanitaria, es posible que los trabajadores sanitarios públicos que ocupan puestos de trabajo en el sector formal no reciban remuneración o solo la reciban de forma esporádica.

2. Existen diversas formas de remuneración e incentivos, pero ninguna brinda seguridad económica

- Las mujeres que realizan trabajos no remunerados o mal pagados pueden recibir honorarios bajos o un estipendio basado en el rendimiento por su trabajo sanitario, pero es poco probable que reciban alguna de las prestaciones propias del trabajo en

el sector formal, como protección social, pensiones, indemnizaciones por enfermedad y vacaciones.

- Dependiendo del esquema, pueden ganar una pequeña cantidad de dinero, por ejemplo, vendiendo medicamentos o recibiendo regalos y donaciones.
- Los trabajadores sanitarios no remunerados pueden recibir recompensas no monetarias, como uniformes, bicicletas o teléfonos móviles.
- En algunos sistemas de “doble plantilla”⁷, los trabajadores sanitarios comunitarios remunerados trabajan junto a una plantilla de trabajadores no remunerados.
- Los incentivos no monetarios pueden ser motivadores importantes e incluyen el estatus dentro de la comunidad, así como la confianza y el respeto de la misma.

Los trabajadores sanitarios comunitarios realizan diversas tareas, que pueden agruparse en seis funciones que se solapan:

1. Prestar atención diagnóstica, terapéutica o clínica;
2. Fomentar la aceptación de los servicios sanitarios;
3. Proporcionar educación sanitaria y motivación para el cambio de comportamiento;
4. Recogida de datos y mantenimiento de registros;
5. Mejorar las relaciones entre los servicios sanitarios y los miembros de la comunidad;
6. proporcionar apoyo psicosocial.

- Fuente: OMS ¿Qué sabemos sobre los trabajadores sanitarios de la comunidad? Una revisión sistemática de las revisiones existentes, 2020⁸

- La formación y la oportunidad de adquirir conocimientos son incentivos poderosos para algunos, dependiendo del contexto. En algunos contextos, las trabajadoras sanitarias no remuneradas tienen bajos niveles de alfabetización y educación y las oportunidades de recibir formación formal son limitadas.
- En algunos contextos, ha surgido la preocupación de que pagar a los voluntarios reduzca la confianza de la comunidad. Retratar a las mujeres especialmente como “altruistas” es una suposición de género y niega las necesidades económicas tan reales de las mujeres con bajos ingresos que realizan trabajos no remunerados.



“...la relación de las mujeres con su trabajo es complicada: las empodera en ciertos aspectos y las limita profundamente en otros. En algunos contextos, la capacidad de salir de casa es importante, y las mujeres consideran que el trabajo sanitario que realizan es interesante y significativo. Aún así, su posición al final de la jerarquía del sistema sanitario les otorga muy poco poder, y es una posición que muchos consideran opresiva.”

- Maes, K et al A Women’s Development Army: Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia [Un ejército para el desarrollo de las mujeres: Narrativas de inversión y empoderamiento de las trabajadoras sanitarias comunitarias en las zonas rurales de Etiopía], Studies in Comparative International Development, 2015⁹

3. Las tareas laborales no remuneradas difieren, al igual que la dedicación de tiempo

- Una revisión sistemática de la OMS sobre los trabajadores sanitarios comunitarios identificó seis funciones que éstos suelen desempeñar.
- Por lo general, las trabajadoras sanitarias no remuneradas son contratadas para trabajar en la salud materna, infantil y reproductiva, pero en la pandemia han tenido tareas más amplias de salud pública y vacunación.
- En algunos sistemas de salud, los trabajadores no remunerados trabajan en parejas de hombres y mujeres o del mismo sexo, permitiendo a los trabajadores sanitarios

masculinos acceder a los hombres de la comunidad y aumentando la seguridad de las trabajadoras sanitarias.

- Las funciones no remuneradas pueden ser a tiempo parcial y flexibles para adaptarse al trabajo de subsistencia y a otras responsabilidades de las trabajadoras o pueden ser a tiempo completo, lo que puede hacer que el trabajo doméstico recaiga sobre otros miembros de la familia, especialmente las mujeres mayores y las niñas.
- Durante la pandemia, la carga de trabajo aumentó súbitamente para muchas trabajadoras no remuneradas, provocando agotamiento y estrés, pues las mujeres debían hacer malabares con múltiples responsabilidades.

4. Las mujeres asumen trabajos sanitarios no remunerados por una serie de motivos

- Muchas mujeres que realizan estos trabajos afirman tener una fuerte ética para servir y beneficiar a sus comunidades, especialmente a otras mujeres y niños.
- En ciertas sociedades, las desigualdades de género pueden suponer que las mujeres tengan pocas opciones. En los países de bajos ingresos existe una menor probabilidad de que dispongan de las cualificaciones necesarias para acceder al mercado laboral formal. Incluso cuando las mujeres tienen estudios, es posible que existan limitaciones en su movilidad y en su desplazamiento para buscar trabajos en el sector formal fuera de sus comunidades.
- Las mujeres que provienen de hogares muy pobres y de grupos sociales marginados pueden tener aún menos opciones que otras mujeres de la comunidad y, por desesperación, se ofrecen como “voluntarias” para trabajar jornadas excepcionalmente largas en busca de posibles ingresos.



“Todos los trabajadores sanitarios comunitarios de Kenia son voluntarios. Pedimos al gobierno que nos dé estipendios. Esto marcaría la diferencia en mi vida. Podría comer bien, mis hijos estarían cómodos y esto me motivaría.”

- Mary, voluntaria sanitaria comunitaria, Kenia

- Las mujeres pueden ver el trabajo no remunerado como una oportunidad potencial. Puede permitir el acceso a un trabajo remunerado o a la formación para acceder a un trabajo remunerado. Tal vez el trabajo no sea remunerado, pero ocasionalmente puede haber tareas adicionales, por ejemplo, campañas de vacunación, que son remuneradas.
- El papel que desempeñan las familias es complejo. En algunos contextos, las mujeres de entornos sociales conservadores pueden ganar autonomía a través del trabajo no remunerado, al poder salir de sus casas, relacionarse con otras mujeres y realizar un trabajo significativo con la oportunidad de aprender. Las familias, especialmente los maridos, pueden forzar a las mujeres a desempeñar estos trabajos con la esperanza de que obtengan ingresos.



“...los funcionarios dicen que están empoderando a las mujeres rurales etíopes para lograr una mayor igualdad con los hombres, los funcionarios distritales valoran a sus trabajadoras específicamente porque, a diferencia de los hombres, se las asocia con las tareas domésticas y es menos probable que exijan un pago.”

- Maes, K et al A Women's Development Army: Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia [Un ejército para el desarrollo de las mujeres: Narrativas de inversión y empoderamiento de las trabajadoras sanitarias comunitarias en las zonas rurales de Etiopía], Studies in Comparative International Development, 2015¹⁰

5. El trabajo no remunerado puede tener algunos beneficios para las mujeres, pero generalmente socava sus derechos económicos y su potencial

- Un número considerable de trabajadoras sanitarias no remuneradas viven en la pobreza hasta una edad avanzada. Trabajar fuera del sector formal las priva de la protección social y otras prestaciones.
- Algunas pueden tener oportunidades de progresar hasta llegar a desempeñar funciones remuneradas en el sector formal, por ejemplo, en algunos sistemas de salud las trabajadoras sanitarias comunitarias pueden recibir formación para dedicarse a la enfermería.
- Las mujeres pueden estar expuestas a la violencia en la comunidad si son consideradas de bajo estatus o trabajan hasta tarde, por ejemplo, para atender un parto. El trabajo no

remunerado también puede aumentar el riesgo de violencia de pareja íntima.

- Pueden ganar estatus y respeto dentro de la comunidad y sentir una auténtica satisfacción en su trabajo. Sin embargo, su estatus dependerá de su capacidad para cumplir. Por ejemplo, la falta de medicamentos podría hacerles perder la confianza de la comunidad.
- Las mujeres podrían sentirse agotadas por la carga adicional de trabajo, a menos que sea posible redistribuir otras tareas dentro de la familia.
- El trabajo no remunerado en los sistemas de salud es consecuencia y refuerza los roles de género existentes, impulsados social y culturalmente, que pueden limitar aún más las opciones de las mujeres.

6. Los sistemas de salud se debilitan al depender del trabajo no remunerado de las mujeres

- El gasto público en los sistemas de salud se reduce a corto plazo, porque las trabajadoras no reciben remuneración. Sin embargo, invertir en un sistema sólido de atención primaria a la salud, basado en un trabajo seguro y decente, daría sus frutos a largo plazo en forma de mejores resultados sanitarios.
- Es probable que las trabajadoras sanitarias no remuneradas sufran un mayor desgaste y asuman menos responsabilidades. La seguridad sanitaria se ve comprometida.
- El trabajo no remunerado puede aumentar las deficiencias y la corrupción; por ejemplo, una trabajadora empobrecida puede falsificar el número de vacunas administradas para obtener ingresos.
- Las trabajadoras no remuneradas descontentas pueden hacer huelgas o tener un mal rendimiento debido a la baja moral.
- Los gobiernos no tienen un contrato social seguro con las trabajadoras sanitarias, quienes pueden sentirse explotadas.



“Las voluntarias sanitarias comunitarias son la principal razón de la reducción del número de casos de COVID-19 en el territorio de BMC y en Bombay. Han trabajado mucho a nivel comunitario, pero no han obtenido el reconocimiento de nuestros dirigentes y políticos... Las voluntarias sanitarias comunitarias están muy decepcionadas”

- Sunita, voluntaria sanitaria comunitaria de la India

- El sistema de salud pierde talento y experiencia si las trabajadoras no remuneradas no pueden progresar en carreras profesionales en el sector sanitario.

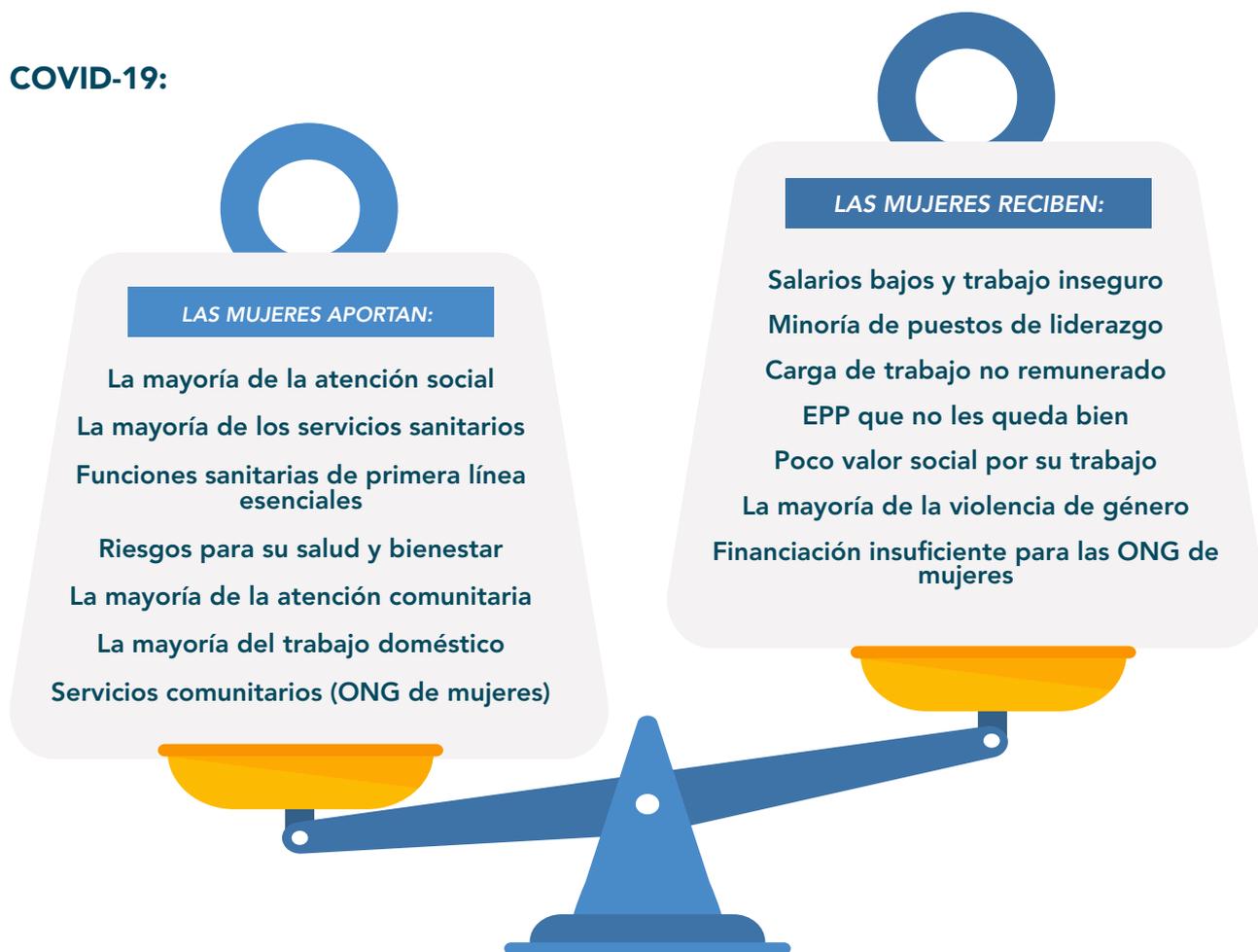
7. La pandemia incrementó la carga de las trabajadoras sanitarias no remuneradas, pero también aumentó la sensibilización sobre su trabajo

- Ante el aumento repentino de trabajo en la pandemia, las trabajadoras no remuneradas no pudieron equilibrar el trabajo no remunerado con las responsabilidades familiares y otros trabajos productivos, por ejemplo, la agricultura familiar.
- Los sistemas de salud se apoyaron críticamente en estas mujeres no remuneradas, por ejemplo, para rastrear las infecciones por COVID en la comunidad y entregar vacunas, pero no tenían ningún contrato formal con ellas, por lo que no podían garantizar que siguieran trabajando.
- Los trabajadores sanitarios fueron objeto

de estigmatización y violencia, y en algunas comunidades se les rechazó por ser vectores del virus. Algunas trabajadoras sanitarias decidieron vivir alejadas de sus familias para evitar la transmisión del virus.

- El bajo estatus de las mujeres no remuneradas en la jerarquía de los sistemas de salud implicó que muchas de ellas debieran buscar casos de contagio en las comunidades y estuvieran expuestas y en riesgo, pero tuvieran poca prioridad en cuanto a los equipos de protección personal.
- En casi un centenar de países, los trabajadores de la salud se declararon en huelga durante la pandemia para exigir remuneración, protección y reconocimiento por su trabajo. En la India, los trabajadores comunitarios ASHA se organizaron, entraron en huelga y consiguieron mejorar sus salarios y condiciones.¹¹ La pandemia aumentó la sensibilización mundial sobre su trabajo y su situación no remunerada.

COVID-19:



Fuente: Women in Global Health, La seguridad sanitaria mundial depende de las mujeres, 2020¹²

PARTE 1: ANTECEDENTES DEL PRESENTE INFORME

1.1 DEFINICIONES

A falta de otras definiciones, a efectos del presente informe se han utilizado los dos siguientes conceptos clave:

i) El trabajo no remunerado y extremadamente mal pagado de las mujeres, que se caracteriza por ser:

- no remunerado, sin remuneración financiera u otros beneficios monetarios
- no remunerado pero con beneficios no monetarios como teléfonos móviles, bicicletas o uniformes
- remunerado con un estipendio bajo basado en tareas, incentivos o dietas, pero sin un salario fijo o protección social conexas y sin formar parte del sector formal del mercado laboral

ii) El trabajo no remunerado y extremadamente mal pagado de las mujeres en funciones esenciales de los sistemas de salud:

- contribuye a los objetivos formales de rendimiento de los sistemas de salud
- forma parte de la estructura formal de supervisión de los sistemas de salud
- la autoridad sanitaria otorga a la trabajadora sanitaria un título oficial y puede recibir un uniforme u otro identificador para indicar su afiliación al sistema de salud
- cuenta con trabajadoras sanitarias que prestan servicios sanitarios fuera de su hogar a personas que, por lo general, no son familiares.

1.2 SALUD MUNDIAL: IMPARTIDA POR MUJERES, DIRIGIDA POR HOMBRES

El trabajo no remunerado y extremadamente mal pagado que realizan las mujeres en las funciones esenciales de los sistemas de salud descritas en el presente informe debe analizarse en relación con una carga mucho mayor de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que realizan las mujeres de forma desproporcionada debido a las normas y expectativas de género, y respecto a las desigualdades de género más amplias en el personal sanitario. La desigualdad entre mujeres y hombres en el personal sanitario, incluyendo la salarial, es sistémica, generalizada y no es nueva. En marzo de 2019, la OMS publicó el informe *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce [Impartida por mujeres, dirigida por hombres: un análisis de género y equidad del personal sanitario y social mundial]*¹³ basado en la primera revisión bibliográfica exhaustiva sobre este tema. El informe, elaborado por el Centro de Equidad de Género (GEH) de la Red Mundial de Personal Sanitario de la OMS y redactado por Women in Global Health, identifica las desigualdades de género en el personal sanitario y asistencial en materia de liderazgo, remuneración, segregación ocupacional y trabajo decente, y hace



Como media, los hombres ganan un

28%

más que las mujeres en el sector sanitario

(Diferencias salariales entre hombres y mujeres)

NB: Estas diferencias serían mucho mayores si las estadísticas incluyeran el trabajo no remunerado de las mujeres

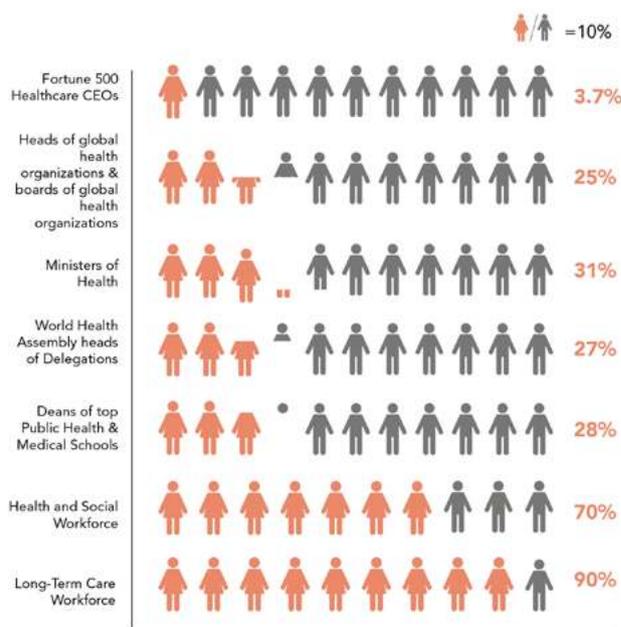
Fuente: Boniol et al¹⁴

un llamamiento a la adopción de medidas políticas transformadoras de la perspectiva de género para abordar la desigualdad y con ello reforzar los sistemas sanitarios.

El informe analiza la segregación ocupacional del personal sanitario, en el que las mujeres ocupan puestos de menor estatus social, peor pagados y menos valorados porque se consideran una extensión de la labor de cuidados no remunerada que se le atribuye socialmente a la mujer. La figura 1 ilustra la escasa representación de las mujeres en los puestos más poderosos y mejor pagados del sector sanitario. Actualmente, el último peldaño de la jerarquía lo ocupan las mujeres que no figuran en el sistema porque su trabajo está fuera del sistema formal, no es remunerado y no se contabiliza.

Desde la publicación de *Delivered by women, led by men*, el mundo sufrió el impacto de la pandemia de COVID-19, que puso a prueba la resiliencia de los sistemas de salud, sociales y económicos, profundizó la desigualdad y expuso aún más las inequidades de género en el personal sanitario y asistencial. También ha atraído la atención hacia las mujeres que han estado en primera línea de la respuesta a la pandemia en las comunidades, trabajando sin remuneración o con estipendios relacionados con el rendimiento fuera del sector formal y, en consecuencia, no incluidas en las diferencias salariales entre hombres y mujeres ni en ninguna otra estadística del mercado laboral.

Figura 1: Representación de la mujer en la salud mundial:



Fuente: Women in Global Health

Conclusiones de *'Delivered by women, led by men'* sobre la equidad de género y la remuneración del personal sanitario

- Las diferencias salariales no ajustadas en la asistencia sanitaria y social, estimadas en un 26% en los países de altos ingresos y en un 29% en los países de ingresos medios altos, **son mayores que en otros sectores económicos.**
- **La mayor parte de las diferencias salariales entre hombres y mujeres sigue sin tener explicación** por factores como la edad, la experiencia, la educación, el número de horas trabajadas o la elección de una especialidad. Esto **sugiere discriminación y sesgo en contra de las mujeres** y a favor de los hombres.
- **La segregación ocupacional por género**, en la que las mujeres tienden a agruparse en sectores y especialidades sanitarias de menor estatus y menor remuneración, **se asocia con una diferencia salarial por género a favor de los hombres.**
- Es esencial contar con una **legislación de igualdad salarial para el mismo trabajo y una negociación colectiva sólida**, ausente en muchos países, para abordar las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector sanitario.
- Las diferencias salariales entre hombres y mujeres provocan **una reducción de los ingresos de las mujeres durante toda su vida, un menor acceso a las prestaciones sociales y sanitarias relacionadas con la remuneración** (si existen), y un **aumento de la pobreza de las mujeres** de edad avanzada.
- **La inclusión económica de las mujeres**, y por tanto la eliminación de las diferencias salariales entre hombres y mujeres, **es esencial para alcanzar el objetivo general de los ODS de no dejar a nadie atrás.**

1.3 ADOPCIÓN DE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Una conclusión importante del presente informe es la ausencia generalizada y grave de datos sobre las mujeres que trabajan sin remuneración en los sistemas de salud. La invisibilidad de las mujeres que realizan este trabajo crucial significa que los responsables de la formulación de políticas no disponen de pruebas en las cuales basar las decisiones en materia de salud, política social y economía. También favorece la desigualdad de género porque devalúa el trabajo de las mujeres y propicia una desigualdad más amplia, ya que las mujeres que trabajan sin remuneración normalmente proceden de grupos sociales desfavorecidos. Para comprender qué mujeres asumen estos roles y por qué, debemos adoptar un enfoque interseccional para entender la complejidad y la naturaleza acumulativa de la manera en que las diferentes formas de discriminación se combinan, intersectan y se amplifican entre sí. Las mujeres que pertenecen a una raza, clase, casta, edad, capacidad, etnia, orientación sexual o identidad socialmente

marginadas, se enfrentan a obstáculos mucho mayores para acceder a un trabajo remunerado y, especialmente, a puestos de alto nivel. En la India, la casta puede entrecruzarse con el género, lo que hace más difícil que las trabajadoras sanitarias comunitarias ASHA de familias de casta inferior entren en las casas de las familias de casta superior debido a los tabúes sociales¹⁵.

Por otro lado, las mujeres contratadas en las comunidades de casta inferior han podido llegar a las mujeres de casta inferior más marginadas y, en consecuencia, han sido decisivas para mejorar la salud materno-infantil en dichas comunidades y para recopilar datos vitales.¹⁶ La investigación realizada para el presente informe ha aportado información sobre los factores interseccionales, pero de forma muy limitada, pues es poco frecuente encontrar datos desglosados por sexo, o datos clasificados por otros factores sociales.



1.4 TRABAJO NO REMUNERADO DE LAS MUJERES

Las estadísticas oficiales y las medidas del valor económico, como el Producto Interno Bruto (PIB), minimizan en gran medida el trabajo que realizan las mujeres y su contribución a las familias, las sociedades y las economías. Si el trabajo no remunerado se registrara en las estadísticas oficiales y se incluyera en el PIB, representaría el mayor sector económico del mundo¹⁸ y la inmensa mayoría del trabajo no remunerado es realizado por mujeres. El trabajo no remunerado y extremadamente mal pagado de las mujeres en los sistemas de salud debe entenderse

en el contexto del trabajo no remunerado de las mujeres, con frecuencia catalogado bajo el título general de "cuidados". El trabajo no remunerado de las mujeres puede incluir desde el cuidado de los niños y el trabajo de mantenimiento de la familia en el hogar, hasta la captación de agua y combustible en comunidades rurales y de bajos ingresos; y las industrias campesinas relacionadas con la agricultura de subsistencia. Las estadísticas oficiales de la mayoría de los países no reflejan en absoluto esta carga de trabajo tan real y que consume tanto tiempo.

1.5 COMPROMISOS CONTRAÍDOS

Los gobiernos han contraído una serie de compromisos relativos a la equidad salarial, el trabajo decente y la igualdad de género que no son compatibles con el trabajo no remunerado de las mujeres en los sistemas de salud. Estos compromisos se recogen en una serie de convenios y acuerdos de la Organización Internacional del Trabajo y de la ONU que datan de hace más de 60 años. Los gobiernos también han asumido el compromiso de lograr la igualdad de género en virtud del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y de promover el trabajo decente en virtud del ODS 8, ambos fijados para el año 2030. Además, la Directriz de 2018 de la OMS sobre el apoyo a las políticas y los sistemas de salud para optimizar los programas de trabajadores sanitarios comunitarios¹⁹ recomienda encarecidamente **“remunerar a los trabajadores sanitarios comunitarios en activo por su trabajo con una dotación económica proporcional a las exigencias del trabajo, la complejidad, el número de horas, la formación y las funciones que desempeñan”** y “ofrecer a los trabajadores sanitarios comunitarios remunerados un acuerdo por escrito en el que se especifiquen la función y

“

20%

Si se le asigna un valor de mercado, el cuidado de niños no remunerado se convierte en el mayor sector económico de Australia, con un 20% de la economía¹⁷

las responsabilidades, las condiciones de trabajo, la remuneración y los derechos de los trabajadores”. Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres que trabajan sin remuneración en el sector de la salud probablemente lo hagan a nivel comunitario y que la mayoría de los trabajadores sanitarios comunitarios son mujeres, la implementación de esta directriz tendría un impacto significativo y positivo para las mujeres y la igualdad de género en el sector sanitario.



Source: Patrick Adams/RTI International

PARTE 2: CONCLUSIONES

2.1 CÁLCULO DEL NÚMERO DE MUJERES QUE REALIZAN TRABAJOS SANITARIOS NO REMUNERADOS Y MAL PAGADOS

Mensajes clave:

- Calcular el número de mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados en los sistemas de salud es complicado por la falta de datos y las inconsistencias en las definiciones, pero calculamos que al menos seis millones de mujeres realizan trabajos no remunerados y mal pagados en funciones sanitarias comunitarias.
- Es esencial adoptar un enfoque interseccional, porque es posible que muchas mujeres que realizan trabajos no remunerados en un contexto pertenezcan a un grupo étnico, de casta o religioso marginado. Podrían estar en desventaja al buscar trabajo remunerado tanto por su género como por otras características sociales.
- La mayoría trabaja en países de bajos y medios ingresos. Alrededor de una cuarta parte de los seis millones de mujeres que trabajan sin remuneración en el sector sanitario lo hacen en la India.
- En su mayoría, las mujeres realizan trabajos no remunerados en funciones sanitarias comunitarias, pero en algunos países encontramos ejemplos de mujeres que desempeñan funciones no remuneradas, como las de enfermeras.
- Los hombres también realizan trabajos no remunerados en los sistemas de salud a nivel comunitario, pero en menor número en comparación con las mujeres.
- En algunos sistemas sanitarios de escasos recursos, particularmente en situaciones de emergencia humanitaria²⁰, es posible que los trabajadores sanitarios públicos que ocupan puestos de trabajo en el sector formal no reciban remuneración o solo la reciban de forma esporádica.

La estimación es de seis millones de mujeres

No se dispone de datos fiables sobre el personal sanitario que realiza trabajos no remunerados en las funciones esenciales de los sistemas de salud, ni de datos desglosados por sexo. No existen datos globales fiables sobre el número de trabajadores sanitarios comunitarios, donde es más probable que se encuentren las mujeres que trabajan sin remuneración. **La cifra que aparece en el presente informe que indica que seis millones de mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados en funciones esenciales de los sistemas de salud es una estimación basada en datos escasos y es casi seguro que es una subestimación.** La información se deriva del examen de fuentes de datos, entrevistas y, principalmente, de un informe exhaustivo publicado en 2020 *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe [Salud para el pueblo: programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios de Afganistán a Zimbabwe]*²¹ (véase la siguiente tabla) con estudios de casos detallados de programas de trabajadores sanitarios comunitarios en 29 países de ingresos bajos y medios.

Dicho informe documenta 8,4 millones de trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) para los programas de 29 países, y concluye que la mayoría son mujeres, y que no todas reciben una remuneración. El informe está enfocado en 29 países y no incluye a los trabajadores sanitarios comunitarios que trabajan con ONG a nivel mundial ni a los que

trabajan con programas verticales como los del VIH, la malaria, la tuberculosis, la polio, la vacunación y la planificación familiar. Todo esto sugiere que la cifra de seis millones de mujeres no remuneradas es una subestimación.

También es probable que sea una subestimación porque el informe únicamente contempla a las mujeres que realizan trabajos no remunerados a nivel de la sanidad comunitaria, y también se identificaron casos en otros niveles de los sistemas de salud, como las enfermeras.



“Como recién graduadas en enfermería, trabajamos como ‘personal suplente’ mientras hacemos cola para conseguir un trabajo remunerado en el hospital. Como personal suplente, también llamado O8, no recibimos un salario fijo y, a veces, trabajamos en turnos muy largos sin descansos. Solo cobramos por los turnos que se nos pide que cubramos. El sistema no es justo, porque las personas con contactos consiguen trabajo y el resto tenemos que esperar, pero no sabemos cuánto tiempo. Después de tanto tiempo de formación, es muy estresante no tener un trabajo de enfermería seguro y un sueldo seguro”.

- María, enfermera titulada, México

Trabajadoras sanitarias no remuneradas y extremadamente mal pagadas

Fuente: Perry, ed. 2020²²

País	Nº de TCS/género	Nombre del programa para TSC/Remuneración y recompensas
Afganistán	13.000 estatus actual de las mujeres desconocido	Trabajadores sanitarios comunitarios sin remuneración En ocasiones, las comunidades pueden proporcionar alimentos, ropa, productos básicos y otros incentivos no monetarios a los TCS.
Etiopía	3.000.000 mujeres	Voluntarios del Ejército para el desarrollo de las mujeres Clasificados como voluntarios, no perciben remuneración monetaria, pero sí incentivos no financieros como el reconocimiento formal del sistema de salud, tutoría continua y certificados.
India	971.000 mujeres	Activistas sociales sanitarios acreditados (ASHA) Clasificados como voluntarios, reciben pagos basados en el rendimiento, una media de 42-56 dólares al mes y algunas otras prestaciones
	1.300.000 mujeres	Trabajadores Anganwadi Clasificados como voluntarios, perciben "honorarios" de 50 a 130 dólares al mes.
Indonesia	500.000 casi todos son mujeres	Trabajadores sanitarios comunitarios de Kaders Clasificadas como voluntarias, no remuneradas, excepto por pequeños reembolsos por gastos de transporte. Pueden recibir una compensación informal, por ejemplo, tratamiento médico gratuito
Kenia	86.000 la mayoría son mujeres	Voluntarios sanitarios comunitarios Algunos países pagan incentivos mensuales de 20 a 60 dólares al mes.
Myanmar	24.000 mujeres	Matronas auxiliares No remuneradas
Birmania	52.000 mujeres	Voluntarias sanitarias comunitarias sin remuneración Se clasifican como voluntarias, pero se les proporcionan subsidios de formación, formación de actualización, subsidio anual para ropa, acceso a fondos de microcréditos y otros incentivos.

Un total estimado de **seis millones de mujeres** realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en funciones esenciales de los sistemas de salud



Source: Times

Contabilización de las mujeres que realizan trabajos no remunerados en los sistemas de salud

Al redactar el presente informe, nos hemos encontrado con varios obstáculos importantes para tratar de calcular el número de mujeres que realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en las funciones esenciales de los sistemas de salud:

- **Falta de datos sobre diversos programas y funciones:** es casi seguro que la mayoría de las mujeres no remuneradas trabajan a nivel de atención primaria a la salud en funciones comunitarias. Los esquemas sanitarios comunitarios varían considerablemente en términos de tipo, estructura, títulos, nivel de integración en los sistemas de salud y en el mercado laboral formal. Muchos países contratan a mujeres, y a algunos hombres, como voluntarios no remunerados, con frecuencia titulados, a quienes se les pueden ofrecer incentivos, dietas u otros beneficios monetarios bajos y/o beneficios no monetarios con un valor monetario (uniformes, bicicletas, etc.) y/o formas de reconocimiento social. Sin embargo, algunos países contratan a trabajadores sanitarios comunitarios en puestos formales de los sistemas de salud, con salarios y otras prestaciones. Los datos son escasos y los datos desagregados por sexo muy raros, y la diversidad de programas hace que resulte difícil compararlos. Aunque, como ha demostrado la pandemia, el trabajo de los trabajadores

sanitarios comunitarios es la base de muchos sistemas de salud, muchas veces su contribución es invisible en las estadísticas oficiales.

- **Falta de datos sobre el personal sanitario no remunerado:** además, un número desconocido de trabajadores sanitarios, mujeres y hombres, están contratados en funciones formales y remuneradas en los sistemas de salud, pero no perciben un salario adecuado. En algunos sistemas de salud con pocos recursos, los trabajadores sanitarios pueden percibir sus salarios con retraso o de forma esporádica. La malversación de fondos para la respuesta a la pandemia, por ejemplo, dejó a algunos trabajadores sanitarios sin recibir su salario durante meses en la República Democrática del Congo, lo que les llevó a declararse en huelga.²⁴ Los trabajadores sanitarios también pueden seguir trabajando sin remuneración cuando los sistemas de salud y económicos sufren alteraciones por las emergencias y los conflictos. Debido a que la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres, debemos suponer que la mayoría de los que no cobran son mujeres.



“El mundo ha contado con los trabajadores sanitarios comunitarios para ampliar la atención primaria a la salud y hacer frente a las pandemias, desde el ébola hasta el COVID. Todos coincidimos en que podemos hacerlo mejor si los contamos realmente.”

Dr. Raj Panjabi, Asistente Especial del Presidente y Director Senior de Seguridad Sanitaria Global y Biodefensa, Consejo de Seguridad Nacional de la Casa Blanca y cofundador de Last Mile Health, 2022²⁵



“En los últimos meses hemos visto lo dedicado y valiente que ha sido el personal sanitario femenino al hacer acto de presencia y dar lo mejor de sí para salvar vidas todos los días, a pesar de no recibir un salario, de tener que viajar largas distancias, de trabajar en instalaciones sanitarias que tienen dificultades para funcionar.”

Eloi Fillion, jefe de la delegación del CICR en Afganistán, 2022²³

#CountCHWs

Como ha puesto de relieve la pandemia, los trabajadores sanitarios comunitarios llevan mucho tiempo en la primera línea prestando atención primaria a la salud en muchos países y la mayoría son mujeres. Sin embargo, la mayoría de los países no saben de cuántos trabajadores sanitarios comunitarios disponen, ni dónde se ubican, ni las funciones que desempeñan en los sistemas de salud. La OMS estima que hay 3 millones de trabajadores sanitarios comunitarios en todo el mundo, pero el 40% de los datos en los que se basa este cálculo tienen una antigüedad de más de una década.²⁶ Durante la pandemia, algunos países no pudieron calcular sus necesidades de equipos de protección personal (EPP) para los trabajadores sanitarios, ya que no sabían cuántos trabajadores sanitarios comunitarios trabajaban en sus programas de salud. En 2022, en respuesta a la ausencia de datos, seis organizaciones mundiales lanzaron la campaña #CountCHWs²⁷ para trabajar por las **Listas Maestras de TSC**, una única fuente de datos sobre todos los trabajadores sanitarios comunitarios en un país que registre su salario, trabajos, distribución espacial, género, etc. Estas listas proporcionan información esencial, incluso sobre las trabajadoras sanitarias no remuneradas, como base para la toma de decisiones sanitarias y la planificación de los recursos humanos en la salud.

2.2 EXISTEN DIVERSAS FORMAS DE REMUNERACIÓN E INCENTIVOS, PERO NINGUNA OTORGA SEGURIDAD ECONÓMICA A LAS TRABAJADORAS SANITARIAS NO REMUNERADAS

- Las mujeres que realizan trabajos no remunerados o mal pagados pueden recibir honorarios bajos o un estipendio basado en el rendimiento por su trabajo sanitario, pero es poco probable que reciban alguna de las prestaciones propias del trabajo en el sector formal, como protección social, pensiones, indemnizaciones por enfermedad y vacaciones.
- Dependiendo del esquema, pueden ganar una pequeña cantidad de dinero, por ejemplo, vendiendo medicamentos o recibiendo regalos y donaciones.
- Los trabajadores sanitarios no remunerados pueden recibir recompensas no monetarias, como uniformes, bicicletas o teléfonos móviles.
- En algunos sistemas de “doble plantilla”, los trabajadores sanitarios comunitarios remunerados trabajan junto a una plantilla de trabajadores no remunerados.
- Los incentivos no monetarios pueden ser motivadores importantes e incluyen el estatus dentro de la comunidad, así como la confianza y el respeto de la misma.
- La formación y la oportunidad de adquirir conocimientos son incentivos poderosos para algunos, dependiendo del contexto. En algunos contextos, las trabajadoras sanitarias no remuneradas tienen bajos niveles de alfabetización y educación y las oportunidades de recibir formación formal son limitadas.
- En algunos contextos, ha surgido la preocupación de que pagar a los voluntarios reduzca la confianza de la comunidad. Retratar a las mujeres especialmente como “altruistas” es una suposición de género y niega las necesidades económicas tan reales de las mujeres con bajos ingresos que realizan trabajos no remunerados.



“... las mujeres permanecieron en estos trabajos extremadamente mal pagados porque ellas y sus familias esperaban que algún día se convirtieran en empleos permanentes con salarios y prestaciones. Proporcionando trabajo honorable, y manteniendo la idea de un empleo permanente en la mira pero siempre fuera de su alcance, los programas ASHA y Anganwadi explotaron y reforzaron las desigualdades de género en el mercado laboral rural de Rajastán.”

Closser et Shekhawat The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan: Gender and labor in CHW programmes [El contexto familiar del trabajo de ASHA y Anganwadi en la zona rural de Rajastán: género y trabajo en los programas de TCS] 2021²⁸

Diversas recompensas monetarias y no monetarias

Los sistemas de salud existen en contextos socioeconómicos y culturales diversos, y la remuneración y los incentivos para las trabajadoras sanitarias no remuneradas y extremadamente mal pagadas son igualmente diversos. Estos incluyen:

- **Incentivos financieros** en forma de un estipendio fijo bajo, como el estipendio fijo de 20 dólares al mes³⁰ que se paga al millón de voluntarios sanitarios comunitarios de Tailandia. Otros sistemas pagan dietas, honorarios e incentivos basados en el rendimiento y estipendios³¹ que no son salarios fijos y no incluyen la seguridad social y otras prestaciones que podrían corresponder a un salario. Las Directrices de 2018 de la OMS sobre los trabajadores sanitarios comunitarios recomiendan que no se pague a los trabajadores sanitarios comunitarios “exclusiva o predominantemente con incentivos basados en el rendimiento”³². Estas no son fuentes de ingresos predecibles o fiables para las mujeres, en su mayoría de bajos ingresos, que las reciben.
- **Incentivos no monetarios** que incluyen artículos relacionados con el trabajo, como teléfonos móviles, bicicletas y uniformes, que tienen valor y estatus para las mujeres de hogares de bajos ingresos. Esto también puede incluir la formación para adquirir nuevos conocimientos y, en algunos esquemas, puede permitir que las trabajadoras sanitarias no remuneradas accedan a funciones remuneradas en el sector formal del sistema de salud.³³

- **Reembolso de gastos**, como los de transporte. Es común que los trabajadores sanitarios denuncien el retraso de estos reembolsos, lo que les deja sin recursos hasta que se los pagan.
- **Acceso a actividades generadoras de ingresos.** En Bangladesh, las plantillas de bajo nivel de trabajadoras sanitarias comunitarias pueden cobrar pequeñas comisiones por la venta de productos relacionados con la salud e inscribirse en grupos de ahorro y préstamo de mujeres con actividades microempresariales, incluso en la agricultura³⁴.
- **Reconocimiento social.** Esto puede tener un carácter formal, con premios y certificados otorgados por los funcionarios locales, o puede darse en forma de reconocimiento informal por parte de la comunidad.



Pago de dietas para mujeres:
“Trabajadores especializados en poliomielitis: “La mayor parte del trabajo lo realizan voluntarias sanitarias comunitarias; están allí desde la mañana hasta la noche, y deben tener algo de comida para alimentarse, deben ir al campo para coger el transporte, y sólo tienen dinero para eso. No reciben dinero adicional. [Yo] hablé con una voluntaria sanitaria comunitaria, ella dijo con razón que el dinero que recibió es muy poco, que menos de lo que gana un obrero en un día”

Funcionario del gobierno de Nepal de Closser et al, 2017²⁹

Cómo garantizar la equidad cuando se profesionalizan las funciones del personal sanitario

A pesar de las recomendaciones de la OMS contra el pago de incentivos basados en el rendimiento a las trabajadoras sanitarias³⁷, hay quienes argumentan que el pago de salarios fijos a las trabajadoras sanitarias “voluntarias” reduciría la confianza de la comunidad o su eficacia. Estas afirmaciones deben estar basadas en pruebas. En algunos países, incluyendo la India, los responsables de la toma de decisiones gubernamentales han observado que elevar los incentivos pagados por el rendimiento a puestos asalariados formales podría ser perjudicial para las mujeres³⁸. En estos países, las mujeres sin educación que actualmente trabajan a nivel comunitario fuera del sector formal no cumplirían con



“...Los actores institucionales también defendieron la política de no remunerar económicamente a los trabajadores sanitarios comunitarios, en parte construyendo sus capacidades como algo tan valioso que se convierte en algo que “no tiene precio” y, consecuentemente, únicamente se puede remunerar con una satisfacción inmaterial.”

Maes et al Volunteers are not paid because they are priceless [Los voluntarios no reciben remuneración porque no tienen precio], 2015³⁵



“A pesar de la labor que realizan para salvar vidas, durante mucho tiempo los trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) han sido objeto de un debate mundial sobre su remuneración.

No obstante, ahora está surgiendo un consenso sobre la necesidad de pagar a los trabajadores sanitarios comunitarios. A medida que el debate evoluciona en torno a la idoneidad de remunerar económicamente a los trabajadores sanitarios comunitarios y a la forma de hacerlo, es urgente comprender mejor los tipos de modelos de pago de los trabajadores sanitarios comunitarios y sus implicaciones.”

Ballard et al, Compensation models for community health workers: Comparison of legal frameworks across five countries [Modelos de compensación para los trabajadores sanitarios de la comunidad: Comparación de los marcos jurídicos de cinco países], 2022³⁶

los criterios mínimos de educación y alfabetización establecidos por los gobiernos para los puestos gubernamentales del sector formal. Por otro lado, en el caso de las funciones voluntarias e informales, es posible flexibilizar los requisitos de formación para incluir a las mujeres de lugares y grupos sociales marginados que, de otro modo, podrían quedar excluidas.³⁹ Es esencial que los gobiernos analicen el posible impacto, tanto desde la perspectiva de la equidad de género como desde el punto de vista interseccional, al pasar las funciones de los trabajadores sanitarios del sector informal al sector formal. Es necesario que consideren cómo mitigar los riesgos de que, una vez pagados los puestos de trabajo, las mujeres pierdan sus empleos en beneficio de los hombres y que los trabajadores sanitarios de grupos sociales marginados pierdan sus puestos de trabajo en beneficio de los de mayor estatus social. En resumen, el trabajo sanitario no remunerado y extremadamente mal pagado socava la seguridad económica de las mujeres, que generalmente vienen de hogares de bajos ingresos.

2.3 LAS TAREAS LABORALES NO REMUNERADAS DIFIEREN, AL IGUAL QUE LA DEDICACIÓN DE TIEMPO

- Una revisión sistemática de la OMS sobre los trabajadores sanitarios comunitarios⁴¹ identificó seis funciones (consulte el siguiente cuadro) que éstos suelen desempeñar.
- Por lo general, las trabajadoras sanitarias no remuneradas son contratadas para trabajar en la salud materna, infantil y reproductiva, pero durante la pandemia han tenido tareas más amplias de salud pública y vacunación.
- En algunos sistemas de salud, los trabajadores no remunerados trabajan en parejas de hombres y mujeres o del mismo sexo, permitiendo a los trabajadores sanitarios masculinos acceder a los hombres de la comunidad y aumentando la seguridad de las trabajadoras sanitarias.
- Las funciones no remuneradas pueden ser a tiempo parcial y flexibles para adaptarse al trabajo de subsistencia y a otras responsabilidades de las trabajadoras o pueden ser a tiempo completo, lo que puede hacer que el trabajo doméstico recaiga sobre otros miembros de la familia, especialmente las mujeres mayores y las niñas.
- Durante la pandemia, la carga de trabajo aumentó súbitamente para muchas trabajadoras no remuneradas, provocando agotamiento y estrés, pues las mujeres debían hacer malabares con múltiples responsabilidades.

Los trabajadores sanitarios comunitarios realizan una variedad de tareas, que pueden agruparse en seis funciones coincidentes:

1. prestar atención diagnóstica, terapéutica o clínica;
2. fomentar la utilización de los servicios sanitarios;
3. impartir educación para la salud y motivar el cambio de comportamiento;
4. recopilación de datos y mantenimiento de registros;
5. mejorar las relaciones entre los servicios sanitarios y los miembros de la comunidad;
6. brindar apoyo psicosocial.

Fuente: OMS, 2020⁴⁰

Las trabajadoras sanitarias llegan a las mujeres

Los estudios y las entrevistas con mujeres que realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en los sistemas de salud han revelado que por lo general sus responsabilidades y tareas se centran en la salud materna, reproductiva e infantil, llegando a las mujeres de las comunidades. Así lo confirma la compilación de programas de trabajadores sanitarios comunitarios en 29 países⁴³ (consulte el siguiente cuadro). El hecho de que se hayan creado colectivos de trabajadores sanitarios para que los servicios de salud lleguen a las mujeres de las comunidades con necesidades de salud reproductiva no atendidas y con una elevada mortalidad materna, infantil y juvenil resulta positivo. También tiene sentido que estos colectivos los conformen mujeres, que generalmente pertenecen a las mismas comunidades, que conocen mejor el contexto cultural y socioeconómico, y que tienen más capacidad para llegar a las mujeres. En la mayoría de los contextos es más aceptable culturalmente y más seguro que las trabajadoras sanitarias entren en los hogares de las mujeres que los trabajadores masculinos, especialmente para tratar temas delicados como la anticoncepción, el embarazo y el parto.

Funciones más comunes de los trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) - estudios de caso de 29 países:

- Actividades de salud materno-infantil
- Educación y promoción relacionadas con la nutrición
- Higiene y otras prácticas domésticas saludables
- Planificación familiar
- Promover/apoyar la utilización de los servicios básicos de atención sanitaria (atención prenatal y postnatal, parto en centros médicos, vacunación y planificación familiar)
- Asesoramiento/educación en materia de salud sobre las señales de alarma por las que las mujeres embarazadas y los niños enfermos deben acudir a un proveedor de atención sanitaria capacitado

Source: Perry et al 2020⁴²

Estudios realizados en varios países⁴⁴⁴⁵⁴⁶ demuestran que la introducción de trabajadoras sanitarias comunitarias ha tenido un impacto extremadamente positivo en los indicadores de salud materno-infantil, incluyendo la reducción de la mortalidad materna y el aumento de la vacunación infantil. Esto refuerza la estrategia de involucrar a las trabajadoras sanitarias para que accedan a otras mujeres, especialmente a aquellas que viven en comunidades a las que es difícil llegar debido a su ubicación o a su marginación social. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) requiere este tipo de enfoque para no dejar a nadie atrás.



Source: Devex

¿Explotación o transformación de género para las trabajadoras sanitarias?

Pese a que la estrategia de los sistemas de salud de involucrar a las mujeres para acceder a las mujeres es sólida en términos de acceso, involucrar a las trabajadoras sanitarias no remuneradas o extremadamente mal pagadas fuera del sector formal, el trabajo decente, es problemático en varios niveles. En primer lugar, puede percibirse como una extensión del papel de cuidador culturalmente sexista que asume que las mujeres son principalmente responsables del trabajo de cuidados no remunerado y del cuidado de los niños. Esto hace que sea más fácil justificar que se trate a las trabajadoras sanitarias como “voluntarias” que no realizan un “trabajo real” y que se justifique la práctica de explotación de género de no pagar a las mujeres una remuneración justa.

“

“... un enfoque de transformación de género buscaría involucrar tanto a hombres como a mujeres en el cambio de las normas de género conservadoras, en lugar de reafirmar la conformidad con las mismas.”

Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?] 2019⁴⁸

“

“Esto forma parte del trabajo no remunerado de las mujeres y se considera una extensión del trabajo que hacen las mujeres en casa.”

Ranjan Nirula, Coordinador del Comité de Coordinación de Trabajadores ASHA de toda la India, 2020⁴⁷

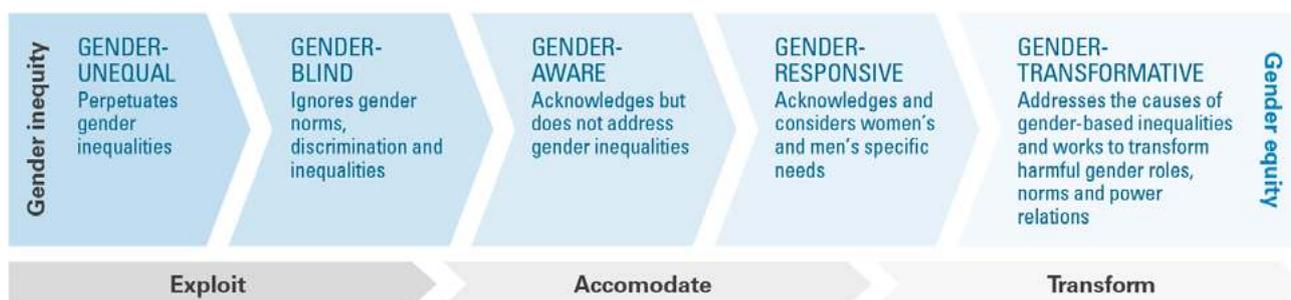
Como resultado, es posible que también se ofrezca muy poca protección a las mujeres que desempeñan estas funciones, especialmente contra la violencia y el acoso a los que muchas se enfrentan al trabajar en la difusión comunitaria y, recientemente, en el suministro de equipos de protección personal (EPP) en la pandemia.⁴⁹ Involucrar a las mujeres para que trabajen de forma no remunerada no supone una transformación de género (véase a continuación), pues refuerza la posición social y económica subordinada de género de estas trabajadoras sanitarias y no aborda las causas de fondo de su situación. Las trabajadoras sanitarias viven dentro de las jerarquías sociales y las relaciones de poder de sus culturas y sociedades, y las mujeres con un estatus bajo en la jerarquía del sistema de salud tienen un poder limitado para desafiar las relaciones de poder patriarcales.

¿Sensible al género o transformador del género para las mujeres usuarias de los servicios?

Involucrar a las trabajadoras sanitarias para que lleven los servicios de salud a las puertas de las mujeres es una medida sensible a la perspectiva de género, ya que busca satisfacer sus necesidades sanitarias dentro de su contexto social y cultural, pero no supone una transformación de género. Puede reforzar y no desafiar las causas patriarcales de fondo de, por ejemplo, la pobreza desproporcionada de las mujeres y la falta de autonomía dentro de la familia y las restricciones a su movilidad, todo lo cual limita

su acceso a establecimientos y servicios sanitarios⁵⁰. También puede reforzar la norma cultural de género según la cual el cuidado de los hijos y el trabajo de cuidados no remunerado es cosa de mujeres y no de hombres. En última instancia, si los servicios sanitarios domiciliarios permiten a las mujeres tener menos hijos por decisión propia y mejorar su salud, el resultado será una transformación de género al cabo del tiempo para las mujeres de dichas comunidades.

El continuo de la equidad de género⁵¹



2.4 LAS MUJERES ASUMEN TRABAJOS SANITARIOS NO REMUNERADOS POR UNA SERIE DE MOTIVOS

- Muchas mujeres que realizan estos trabajos afirman tener una fuerte ética para servir y beneficiar a sus comunidades, especialmente a otras mujeres y niños.
- En ciertas sociedades, las desigualdades de género pueden suponer que las mujeres tengan pocas opciones. En los países de bajos ingresos existe una menor probabilidad de que dispongan de las cualificaciones necesarias para acceder al mercado laboral formal. Incluso cuando las mujeres tienen estudios, es posible que existan limitaciones en su movilidad y en su desplazamiento para buscar trabajos en el sector formal fuera de sus comunidades.
- Las mujeres que provienen de hogares muy pobres y de grupos sociales marginados pueden tener aún menos opciones que otras mujeres de la comunidad y, por desesperación, se ofrecen como "voluntarias" para trabajar jornadas excepcionalmente largas en busca de posibles ingresos.
- Las mujeres pueden ver el trabajo no remunerado como una oportunidad potencial. Puede permitir el acceso a un trabajo remunerado o a la formación para acceder a un trabajo remunerado. Tal vez el trabajo no sea remunerado, pero ocasionalmente puede haber tareas adicionales, por ejemplo, campañas de vacunación, que son remuneradas.
- El papel que desempeñan las familias es complejo. En algunos contextos, las mujeres de entornos sociales conservadores pueden ganar autonomía a través del trabajo no remunerado, al poder salir de sus casas, relacionarse con otras mujeres y realizar un trabajo significativo con la oportunidad de aprender. Las familias, especialmente los maridos, pueden forzar a las mujeres a desempeñar estos trabajos con la esperanza de que obtengan ingresos.



"Tener un salario o algún estipendio sería realmente útil... Pero la mayoría de nosotras hacemos este trabajo porque hay algo en (nuestro) corazón que nos dice que no podemos dejar sufrir al prójimo."

Voluntaria sanitaria comunitaria no remunerada de Omondi, Kenia, 2020⁵²

¿Por qué las mujeres asumen trabajos no remunerados en los sistemas de salud?

La mayoría de las mujeres que realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en los sistemas de salud vienen de hogares empobrecidos. La gran pregunta es por qué estas mujeres, que ya tienen una pesada carga de trabajo no remunerado, aceptan asumir más trabajo, ya sea como voluntarias o con una remuneración muy baja. Aunque la respuesta no es sencilla, puede estar relacionada con las siguientes seis motivaciones principales, y puede ser una combinación de todas o algunas de ellas:

- **Altruismo:** las mujeres que realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en el sector sanitario expresan continuamente su orgullo por su trabajo y su satisfacción por poder ayudar a los demás en sus comunidades.⁵⁴ La voluntad de las mujeres de ayudar a otras personas en sus comunidades debe valorarse y no percibirse como una confirmación del mito de género de que, a diferencia de los hombres, las mujeres nacen con un gen abnegado. Este mito puede utilizarse para argumentar en contra de la remuneración justa de las mujeres por el trabajo que realizan, basándose con frecuencia en un segundo mito de género según el cual las mujeres que no tienen un empleo a tiempo completo “no trabajan” y, por lo tanto, tienen tiempo libre para realizar trabajos voluntarios.
- **Motivaciones económicas:** la mayoría de las mujeres que asumen trabajos no remunerados en los sistemas de salud vienen de hogares con bajos ingresos y comienzan con una gran carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, así como otras formas de trabajo en la agricultura de subsistencia o en pequeños negocios. El trabajo en los sistemas de salud es parte de su estrategia de subsistencia, y es posible que lo acepten con la esperanza de que les permita obtener ingresos esporádicos; un trabajo remunerado en el sector formal; oportunidades de formación, creación de redes

“

“Soy madre de dos hijos. Siento el dolor de las madres con hijos afectados por la polio. Debe existir un entorno saludable para que los niños crezcan... Nuestro trabajo es aterrador y a veces no me siento segura. Algunos trabajadores especializados en poliomielitis han sido asesinados, al igual que los policías que los custodiaban. Como trabajadora, este trabajo es más arriesgado. Tenemos que ir a las casas de otras personas, y muchas veces no hay mujeres presentes, así que debemos estar muy alertas... Creo que es un gran servicio para el país, pero con la inflación en Pakistán, deberíamos recibir una remuneración más alta.”

Saima, trabajadora sanitaria de primera línea, Pakistán, 2022⁵³

y progresión profesional.⁵⁵

- **Autonomía:** las mujeres en contextos sociales y culturales conservadores pueden ganar autonomía con un trabajo en el sector sanitario que las saque del hogar y la familia, y les permita estar en contacto con otras mujeres en torno a un objetivo social respetable. Tal vez ganen muy poco dinero, pero puede ser la primera



Source: CHWcentral

oportunidad que tengan de recibir ingresos.

- **Ventaja:** las trabajadoras sanitarias pueden beneficiarse de varias formas de ventaja del trabajo sanitario no remunerado, incluyendo ventajas positivas para aprender y obtener reconocimiento social, además de oportunidades negativas para ganar dinero ilegalmente, por ejemplo, vendiendo los medicamentos que se comprometen a distribuir de forma gratuita.
- **Coacción:** las mujeres pueden aceptar trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados forzadas por los maridos o las familias cuya motivación son los ingresos y no el bienestar ni los intereses de la mujer. En estos casos, es posible que las mujeres no tengan acceso ni control sobre el dinero que ganan.
- **Restricciones de género:** el trabajo sanitario no remunerado y extremadamente mal pagado que realizan las mujeres debe considerarse en el marco de las restricciones de género a las que se enfrentan en su contexto social y cultural. Las chicas de países de ingresos bajos registran una tasa de finalización de la enseñanza secundaria⁵⁸ inferior a la de los chicos y, consecuentemente, tienen menos probabilidades de contar con las cualificaciones educativas necesarias para acceder a un trabajo en el sector formal. Las normas de género pueden limitar su movilidad y, por consiguiente, su acceso al trabajo remunerado fuera de sus comunidades. Las normas culturales de género pueden considerar inaceptable que las mujeres casadas acepten un trabajo remunerado o que trabajen lejos de casa, pero considerar que el trabajo sanitario es socialmente aceptable para una mujer.⁵⁹ Las mujeres pueden

“

“El trabajo voluntario no remunerado no puede considerarse una opción libre en contextos en los que los sistemas de salud disponen de escasos recursos, la pobreza es generalizada y el acceso a oportunidades de trabajo decente es limitado, especialmente para las mujeres. En el caso de las mujeres, los horarios prolongados de trabajo voluntario no remunerado se suman a las pesadas responsabilidades de trabajo doméstico no remunerado, que en conjunto pueden agravar la pobreza de tiempo y de ingresos de las mujeres”

Ballard et al, Are dual cadre CHW programmes exploitation by another name? [Los programas de trabajadores sanitarios comunitarios de doble plantilla ¿son una forma de explotación con otro nombre?], 2021⁵⁶

enfrentarse a estas y otras muchas restricciones de género en su acceso al trabajo remunerado a las que no se enfrentan los hombres. Quizás disfruten del trabajo sanitario que realizan, pero preferirían recibir una remuneración justa por ese trabajo si existiera la opción.



Source: AMP HEALTH

“

“Tal vez las mujeres se estén ‘empoderando’ para ser más autónomas ante sus maridos, para responsabilizarse más de su salud y para socializar más con otras mujeres; pero todavía no se han ‘empoderado’ para negociar su remuneración y sus condiciones de trabajo o para hacer que el gobierno rinda cuentas de las injusticias que ellas y los demás habitantes de sus localidades ven y viven todos los días.”

Jackson et al, Ethiopia’s Health Extension Program [Programa de extensión sanitaria en Etiopía], 2019⁵⁷

2.5 EL TRABAJO NO REMUNERADO PUEDE TENER ALGUNOS BENEFICIOS PARA LAS MUJERES, PERO EN GENERAL SOCABA SUS DERECHOS ECONÓMICOS Y SU POTENCIAL

- Un número considerable de trabajadoras sanitarias no remuneradas viven en la pobreza hasta una edad avanzada. Trabajar fuera del sector formal las priva de la protección social y otras prestaciones.
- Algunas pueden tener oportunidades de progresar hasta llegar a desempeñar funciones remuneradas en el sector formal, por ejemplo, en algunos sistemas de salud las trabajadoras sanitarias comunitarias pueden recibir formación para dedicarse a la enfermería.
- Las mujeres pueden estar expuestas a la violencia en la comunidad si son consideradas de bajo estatus o trabajan hasta tarde, por ejemplo, para atender un parto. El trabajo no remunerado también puede aumentar el riesgo de violencia de pareja íntima.
- Pueden ganar estatus y respeto dentro de la comunidad y sentir una auténtica satisfacción en su trabajo. Sin embargo, su estatus dependerá de su capacidad para cumplir. Por ejemplo, la falta de medicamentos podría hacerles perder la confianza de la comunidad⁶².
- Las mujeres podrían sentirse agotadas por la carga adicional de trabajo, a menos que sea posible redistribuir otras tareas dentro de la familia.



“La carga de trabajo excesiva, la imposibilidad de trasladarse, las escasas oportunidades de formación y ascenso, etc., no abordan las desigualdades de género de las trabajadoras de extensión sanitaria en comparación con otros trabajadores sanitarios u otros empleados públicos.”

Voluntaria sanitaria comunitaria no remunerada de Omondi, Kenia, 2020⁶⁰



“Algunas mujeres se limitan a vivir y no saben nada del mundo exterior. Si no hiciera este trabajo, sería como ellas también. No han tenido la oportunidad de plantearse qué quieren de la vida. ¿Y qué puede ser más importante que eso? El mundo es mucho más que hacer las tareas domésticas y cocinar la cena.”

Trabajadora sanitaria comunitaria ASHA, India, en Closser y Shekhawat, 2021⁶¹

- El trabajo no remunerado en los sistemas de salud es consecuencia y refuerza los roles de género existentes, impulsados social y culturalmente, que pueden limitar aún más las opciones de las mujeres.

El impacto del trabajo sanitario no remunerado para las mujeres que lo realizan

La diversidad de los programas en el marco de los cuales las mujeres realizan trabajos sanitarios no remunerados o extremadamente mal pagados dificulta la generalización del impacto sobre las trabajadoras sanitarias. Un aspecto común para todas es que las horas que dedican al trabajo no remunerado se suman a la carga de trabajo que ya tienen y desplazan las oportunidades de descanso u otras actividades generadoras de ingresos. Esto profundiza la desigualdad de género, porque las mujeres realizan más trabajo no remunerado, ganan menos que los hombres en promedio y

poseen menos bienes, lo cual se suma a la pobreza desproporcionada de las mujeres durante toda su vida. El trabajo adicional puede dejar a las mujeres agotadas, pues puede suponer la necesidad de recorrer largas distancias en la comunidad yendo de casa en casa. Closser⁶⁴ describe ejemplo poco frecuente de una trabajadora sanitaria comunitaria (ASHA) en la India, cuya carga de trabajo doméstico y agrícola se redistribuyó entre otras mujeres de la familia para que la trabajadora sanitaria pudiera desempeñar su trabajo. Por lo general, las horas que las mujeres realizan trabajos sanitarios se suman a sus

obligaciones domésticas y de otro tipo, y el “trabajo de las mujeres” no se redistribuye entre los hombres del hogar. Las trabajadoras sanitarias comunitarias también son víctimas de la violencia y el acoso al desplazarse por las comunidades, lo que puede afectar a su salud física y mental.

El poder de la representación

Aunque está lejos de ser una experiencia común para las trabajadoras sanitarias no remuneradas, algunas progresan hacia funciones remuneradas, hacia puestos de liderazgo y de toma de decisiones, reciben reconocimiento por su experiencia dentro de la comunidad y ganan autonomía en el seno de la familia y control sobre los ingresos por primera vez. Mucho depende de la integración del personal sanitario en el sistema de salud. Por ejemplo, el plan de trabajadoras sanitarias comunitarias ASHA de la India (casi un millón de mujeres) ofrece matrícula pagada para que las ASHA terminen la escuela secundaria y les concede admisión preferente en las escuelas de enfermería y matronería.⁶⁶ Pese a que el trabajo sanitario no remunerado y mal pagado de las mujeres suele socavar su seguridad económica y arraigar la desigualdad de género en lugar de combatirla, hay indicios de que la situación podría ser muy diferente. Si se les remunerara justamente y se les permite progresar dentro del sector sanitario formal, los sistemas de salud, las comunidades y las sociedades podrían beneficiarse plenamente del compromiso, los conocimientos y la experiencia de otros seis millones de mujeres.



“Al igual que Pakistán, Irán también ha sido testigo del surgimiento de mujeres como líderes locales y activistas políticas. Las voluntarias se han vuelto hábiles para conseguir el apoyo del Ministerio de Sanidad y se han involucrado en la promoción a través de peticiones y campañas en los medios de comunicación locales para abogar por servicios de salud y bienestar más amplios para la comunidad.”

Steege et al, How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? [¿Cómo afectan las relaciones de género a la vida laboral de los proveedores de servicios sanitarios cercanos a la comunidad?], 2018⁶⁷



“Mukabayire dirige una boutique frente a su casa. Dividir su tiempo entre la tienda, la única fuente de ingresos que tiene, y el trabajo como voluntaria no remunerado a tiempo completo es bastante abrumador. Si bien le apasiona y ama servir a su comunidad, también tiene una familia que alimentar. Muchas veces tengo que dejar mi boutique para atender a los pacientes en la comunidad.”

Voluntaria sanitaria comunitaria trabajando en respuesta a COVID-19, Ruanda en Uwimana, A⁶³



“En la actualidad, existen quizás miles de ejemplos en los que los trabajadores sanitarios comunitarios, especialmente las mujeres, han descubierto un poder de representación que no sabían que tenían, lo que les ha permitido llegar a puestos de liderazgo en su comunidad y más allá, incluso en las legislaturas nacionales. Los beneficios socioeconómicos de que por primera vez las madres pobres dispongan de ingresos propios que puedan utilizar en su propio beneficio y en el de sus hijos están ampliamente reconocidos actualmente y constituyen una de las justificaciones para invertir en programas de trabajadores sanitarios comunitarios.”

Perry et al, Health for the People [Salud para el pueblo], 2020⁶⁵

2.6 LOS SISTEMAS DE SALUD SE DEBILITAN AL DEPENDER DEL TRABAJO NO REMUNERADO DE LAS MUJERES

- El gasto público en los sistemas de salud se reduce a corto plazo, porque las trabajadoras no reciben remuneración. Sin embargo, invertir en un sistema sólido de atención primaria a la salud, basado en un trabajo seguro y decente, daría sus frutos a largo plazo en forma de mejores resultados sanitarios.
- Es probable que las trabajadoras sanitarias no remuneradas sufran un mayor desgaste y asuman menos responsabilidades. La seguridad sanitaria se ve comprometida.
- El trabajo no remunerado puede aumentar la ineficacia y la corrupción; por ejemplo, una persona empobrecida que trabaja a destajo puede falsificar el número de vacunas suministradas para obtener ingresos.



"...el Estado es el empleador que ha contratado a estas trabajadoras; pero al etiquetarlas como 'voluntarias' y retenerlas con acuerdos de trabajo informales, el Estado ha borrado sus obligaciones en materia de salarios justos y seguridad social."

Dasgupta, J and Kanika, J Women Workers at the Forefront of COVID-19⁶⁸ [Las trabajadoras al frente de la emergencia por COVID-19⁶⁸]



"El trabajo asistencial no remunerado cubre las deficiencias cuando no se dispone de asistencia sanitaria "oficial" (o financiada). La resiliencia del sistema sanitario infrafinanciado reside en el trabajo no remunerado que aportan las mujeres, mientras que el paradigma del PIB absorbe el trabajo no remunerado de las mujeres con el fin de reducir los costes y lograr una cobertura mucho más amplia de la asistencia sanitaria."

Waring, M, The Gender Pay Gap Is Wider Than You Thought, making women's unpaid care work count toward an economy for health [Las diferencias salariales entre hombres y mujeres es mayor de lo que se pensaba, haciendo que el trabajo asistencial no remunerado de las mujeres cuente para la economía de la salud], 2022⁶⁹

- Las trabajadoras no remuneradas descontentas pueden hacer huelgas o tener un mal rendimiento debido a la baja moral.
- Los gobiernos no tienen un contrato social seguro con las trabajadoras sanitarias, quienes pueden sentirse explotadas.
- El sistema de salud pierde talento y experiencia si las trabajadoras no remuneradas no pueden progresar en carreras profesionales en el sector sanitario.

Invertir en trabajadoras sanitarias es invertir en seguridad sanitaria

En el marco de una grave escasez de personal sanitario en todo el mundo, agravada por la pandemia, resulta urgente que todos los países inviertan en retener a sus trabajadores sanitarios y atraer a nuevos reclutas a la profesión. En especial, los países de bajos ingresos se enfrentan a desafíos muy reales para equilibrar la oferta de personal sanitario con la creciente demanda de servicios de salud y lograr el compromiso de lograr la cobertura sanitaria universal para el año 2030. Involucrar a trabajadoras sanitarias a nivel comunitario para que actúen como puente entre las mujeres de comunidades de difícil acceso y el sistema de salud ha demostrado ser una estrategia eficaz para abordar la salud materna, infantil y reproductiva en muchos países. Recientemente, las trabajadoras sanitarias no remuneradas han sido esenciales en la respuesta a la pandemia, rastreando contactos, informando a las comunidades y suministrando vacunas. Sin

embargo, no pagar o pagar extremadamente poco a estas mismas mujeres que constituyen la base fundamental de la atención primaria de salud abusa de sus derechos económicos y socava los sistemas de salud. Se espera que acepten condiciones de trabajo que los hombres difícilmente aceptarían porque la desigualdad de género que marca sus vidas les ofrece opciones muy limitadas, y el trabajo no remunerado es una de ellas. Están atrapadas en un círculo vicioso de género, generalmente sin poder escapar del trabajo no remunerado o extremadamente mal pagado, porque no se les ofrece ningún puente para acceder a puestos de trabajo en el sector sanitario formal. Varios estudios⁷¹ y entrevistas denunciaron los defectos de este sistema, como las grandes responsabilidades domésticas y de cuidado no remuneradas de las mujeres, además de la carga de trabajo adicional que supone su trabajo sanitario,

lo cual provoca un elevado desgaste. Además, la dependencia de los incentivos por rendimiento puede distorsionar las prioridades del trabajo, ya que el personal sanitario se centra en la tarea que permite obtener el incentivo en lugar de en la salud general del paciente. La conclusión de la revisión de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios en 29 países⁷² fue que éstos, en su mayoría mujeres, consideran que reciben un salario insuficiente y que su remuneración no refleja adecuadamente el tiempo y el esfuerzo que aportan, por lo que cada vez es más frecuente que se declaren en huelga. Los sistemas de salud, las sociedades y las economías fuertes no pueden depender del trabajo no remunerado y mal pagado de las mujeres.

“

“Como las trabajadoras ASHA se han vuelto cruciales para la prestación de atención sanitaria rural en estos estados, han podido unirse a los sindicatos de trabajadores, hacer que se escuchen sus voces para mejorar las condiciones de trabajo y el salario, y aprovechar las elecciones locales para instar a los funcionarios a dar prioridad a sus demandas.”

Dhaliwal, B and Shet, A On the Front Lines with India's COVID-19 Warriors [En primera línea con los guerreros del COVID-19 en la India], 2022⁷⁰



2.7 LA PANDEMIA INCREMENTÓ LA CARGA DE LAS TRABAJADORAS SANITARIAS NO REMUNERADAS, PERO TAMBIÉN AUMENTÓ LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE SU TRABAJO

- Ante el aumento repentino de trabajo durante la pandemia, las trabajadoras no remuneradas no pudieron equilibrar el trabajo no remunerado con las responsabilidades familiares y otros trabajos productivos, por ejemplo, la agricultura familiar.
- Los sistemas de salud se apoyaron críticamente en estas mujeres no remuneradas para llevar a cabo tareas clave como rastrear las infecciones por COVID en la comunidad y entregar vacunas, pero no tenían ningún contrato formal con ellas, por lo que no podían garantizar que siguieran trabajando.



“Ahora trabajamos a todas horas, sin días libres”, dijo Mhaske, de 33 años, quien trabajaba por turnos en granjas para complementar sus ingresos como ASHA antes de que la pandemia de coronavirus azotara la India en marzo.”

Reuters, India, 2020⁷³

- Los trabajadores sanitarios fueron objeto de estigmatización y violencia, y en algunas comunidades se les rechazó por ser vectores del virus. Algunas trabajadoras sanitarias decidieron vivir alejadas de sus familias para evitar la transmisión del virus.



“Me da mucho miedo contagiarme al ir de puerta en puerta. Pero es mi trabajo. Es mi deber.”

Yirgalem, Trabajador sanitario comunitario de Etiopía en Bhalla, N y Wuilbercq, E Africa's unsung army of women wage war on COVID-19 [El ejército de mujeres no reconocido de África libra la guerra contra el COVID-19], 2020⁷⁴

- El bajo estatus de las mujeres no remuneradas en la jerarquía de los sistemas de salud implicó que muchas de ellas debieran buscar casos de contagio en las comunidades y estuvieran expuestas y en riesgo, pero tuvieran poca prioridad en cuanto a los equipos de protección personal.
- En casi un centenar de países, los trabajadores de la salud se declararon en huelga durante la pandemia para exigir remuneración, protección y reconocimiento por su trabajo. En la India, los trabajadores comunitarios ASHA se organizaron, entraron en huelga y consiguieron mejorar sus salarios y condiciones.⁷⁵ La pandemia aumentó la sensibilización mundial sobre su trabajo y su situación no remunerada.

El impacto de la pandemia en las trabajadoras sanitarias no remuneradas

La pandemia ha tenido un impacto enorme en las mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados en funciones sanitarias de primera línea, y ha demostrado la gran dependencia que tienen las sociedades, las economías y los sistemas sanitarios del trabajo no remunerado de las mujeres en los sistemas de salud y en otros ámbitos. Concretamente, las mujeres que desempeñan funciones en la comunidad fueron llamadas para rastrear contactos e instruir a los miembros de la comunidad sobre el COVID-19, basándose en las relaciones de confianza ya establecidas a través de su trabajo. El siguiente resumen del trabajo realizado por las voluntarias sanitarias comunitarias no remuneradas en Kenia es muy representativo del trabajo realizado y de las dificultades a las que se enfrentan.

Encuesta a voluntarias sanitarias comunitarias Kenia⁷⁶

Porcentaje de voluntarias sanitarias comunitarias que participan en actividades relacionadas con el COVID-19

- 97% Educar a los miembros de la comunidad sobre la prevención o el tratamiento del COVID-19
- 73% Educar a las comunidades/hogares sobre cómo cuidar a alguien con COVID-19
- 53% Remisión de casos sospechosos de COVID-19 para la realización de pruebas
- 49% Notificación de casos sospechosos o confirmados de COVID-19
- 48% Rastreo de contactos de personas que pueden ser portadoras de COVID-19 en la comunidad
- 46% Remisión de casos sospechosos de COVID-19 para su atención avanzada en centros de salud

Dificultades afrontadas

- El 73% no disponía de EPP adecuado para sentirse seguras
- El 61% dice que la gente teme que las voluntarias sanitarias comunitarias contagien la COVID-19
- El 50% de las voluntarias sanitarias comunitarias temían contagiarse de COVID-19

En particular, las trabajadoras sanitarias comunitarias fueron enviadas a las comunidades en las primeras etapas de la pandemia, sin el equipo de protección personal (EPP) que necesitaban para reducir su riesgo de contagio. Una encuesta mundial⁷⁸ realizada por Women in Global Health en 2021 determinó que las trabajadoras sanitarias se enfrentaron a una escasez de EP en todo el mundo y que el EPP era poco adecuado para las mujeres, pues está pensado para los cuerpos de los hombres. Hacer llegar el EPP a las mujeres en la primera línea de atención comunitaria en la pandemia fue complicado por la escasez mundial de EPP y también por la escasa información del gobierno en algunos países sobre el número, la composición y la ubicación del personal sanitario a nivel comunitario. Las mujeres realizando trabajos no remunerados a menudo eran poco prioritarias para la provisión de EPP, ya que no formaban parte del personal sanitario oficial, a pesar de que iban de puerta en puerta para rastrear los casos. En la India, las trabajadoras sanitarias comunitarias ASHA fueron enviadas a rastrear los casos sin mascarillas ni desinfectante para las manos.⁷⁹ No se dispone de datos sobre los contagios de las trabajadoras sanitarias comunitarias, la mortalidad por COVID-19 o el COVID prolongado. En muchos países, las trabajadoras sanitarias fueron objeto de estigmatización, abuso y violencia, pues se creía erróneamente que eran vectores de la enfermedad.⁸⁰ Muchas de las trabajadoras de los países de bajos



“Debido a que los trabajadores sanitarios comunitarios han recibido una atención y un reconocimiento sin precedentes, este es un momento oportuno para impulsar cambios sustanciales y sostenidos que respondan a sus necesidades y les permitan ocupar una posición más empoderada dentro del sistema de salud.”

Nanda et al, From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of COVID-19 [De la primera línea a la escena central: la resiliencia del personal sanitario de primera línea en el contexto de COVID-19], 2020⁷⁷

ingresos trabajaron sin estar vacunadas, incluso cuando las vacunas estaban disponibles de forma gratuita en los países de altos ingresos, y muchas sufrieron aún más abusos cuando fueron enviadas a distribuir vacunas a causa de la desinformación.⁸¹

Las trabajadoras sanitarias no remuneradas obtienen reconocimiento

COVID-19 expuso las desigualdades entre y dentro de los países, incluida la desigualdad de género en el personal sanitario y el papel de las mujeres que realizan trabajos no remunerados y mal pagados. Las trabajadoras sanitarias se encargaron de las medidas de salud pública de respuesta a la pandemia y también de mantener los servicios sanitarios rutinarios como antes, incluso en áreas cruciales como el parto seguro y las revisiones médicas de las mujeres embarazadas. Irónicamente, la pandemia interrumpió los incentivos basados en el rendimiento y aumentó la inseguridad económica⁸² de muchos de estas trabajadoras esenciales. En general, es más difícil que las mujeres que trabajan dispersas en las comunidades se organicen para conseguir mejores salarios y condiciones laborales, sobre todo porque muchas mujeres que desempeñan

funciones no remuneradas tienen un bajo nivel de educación. Sin embargo, durante la pandemia, los trabajadores sanitarios de un centenar de países se declararon en huelga para exigir mejoras salariales, condiciones de trabajo, seguridad y reconocimiento, y las trabajadoras sanitarias no remuneradas lograron avances notables en países como la India para organizarse y hacerse escuchar. Como la pandemia sacó a la luz la excepcional contribución de las mujeres que realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en las funciones básicas de los sistemas de salud, este es el momento adecuado para instaurar el trabajo seguro, decente, igualitario y justamente remunerado que necesitan para garantizar la existencia de sistemas de salud resilientes para la próxima emergencia sanitaria.

“

“Hemos estado enfrentándonos a problemas en la pandemia. Tenemos trabajo extra y los horarios son largos. La gente tiene miedo de dejarnos entrar en sus casas y nos dice: “¿por qué traes el virus aquí?”. Me miran con desprecio, la gente nos acosa y a veces me desanimo. Pero debemos decírselo para que estén seguros. Espero que esto termine pronto.”

*Samina, trabajadora sanitaria,
Pakistán, 2020*



Source: CHWcentral

“

“A raíz del coronavirus, trabajo 24/7. Debo levantarme temprano para preparar la comida para la familia y luego caminar largas distancias, pues las casas están muy alejadas, para explicar a la gente las precauciones contra el virus y también hacer mi trabajo normal de planificación familiar y salud infantil. Camino entre espinas y perros ladrando y llego tarde a casa muy cansada, pero todos los trabajadores sanitarios trabajan todo el día y debemos hacer nuestro trabajo.”

*Jennifer, trabajadora sanitaria comunitaria,
Zambia, 2021*

“

“Desde la pandemia, me piden que trabaje en el centro de vacunación de 10 a 17:30 horas a diario. Este no es mi trabajo habitual, pero sabemos que la vacunación es importante. Preparo la comida para mi familia antes de irme, camino para venir aquí y al llegar a casa debo ocuparme de mis hijos y de la casa. Si recibiera una paga podría centrarme sólo en este trabajo y contratar a un jornalero para que hiciera mi trabajo en el campo, que ahora apenas puedo hacer. Estamos pasando apuros para salir adelante.”

*Alina, voluntaria sanitaria comunitaria,
Nepal, 2021*

RECOMENDACIONES

1. Los gobiernos deben cumplir sus compromisos

Los gobiernos han asumido compromisos en diversos foros mundiales, como la Plataforma de Acción de Pekín de 1995 y los ODS⁸³ (ODS 8), para ofrecer trabajo seguro y decente y poner fin al trabajo no remunerado, especialmente para las mujeres.

2. Seguir las directrices de 2018 de la OMS para los trabajadores sanitarios comunitarios⁸⁴

Las recomendaciones de la OMS sugieren que los trabajadores sanitarios comunitarios, la mayoría de los cuales son mujeres, deben recibir una compensación económica proporcional a sus tareas y responsabilidades.

3. Seguir el Marco de las 5R de la OIT para el Trabajo Decente de los Cuidadores⁸⁵

Los principios (véase el siguiente gráfico) son Reconocer, Reducir, Redistribuir y Recompensar el trabajo no remunerado, y el quinto es Representación a través del diálogo social y la negociación colectiva.⁸⁶ Hay ejemplos en la India y Pakistán de trabajadoras sanitarias no remuneradas y mal pagadas que han mejorado su posición mediante la organización y la negociación colectiva. Puede ser difícil para las mujeres organizarse cuando las trabajadoras no remuneradas tienen bajos niveles de educación y trabajan a distancia en sus comunidades.

4. Permitir que las mujeres y las niñas accedan a puestos de trabajo en el sector formal

El sector sanitario y asistencial se está expandiendo en todo el mundo, ofreciendo oportunidades de empleo a la población joven de los países de ingresos bajos. Sin embargo, hay que permitir que las niñas terminen la educación secundaria para que puedan acceder a la formación. Los gobiernos también deben permitir que las trabajadoras no remuneradas del sistema de salud reciban formación para desempeñar funciones en el sector sanitario formal, ofreciendo a las mujeres, en particular, una vía de acceso profesional al sector formal.

5. Contar con las mujeres y valorar su tiempo

Garantizar que el trabajo no remunerado de las mujeres en los sistemas de salud conste en los datos sobre el personal sanitario. El presente informe únicamente ha podido realizar una estimación

aproximada del número de mujeres y hombres que trabajan sin remuneración en funciones esenciales de los sistemas de salud debido a que los datos son incompletos. Es esencial que los trabajadores no remunerados sean considerados como trabajadores y no como voluntarios. Las mediciones estadísticas del trabajo asistencial no remunerado con el tiempo, como las encuestas sobre el uso del tiempo⁸⁷ desglosadas por sexo, edad, etc., pueden orientar a los responsables de la formulación de políticas sobre las medidas para aligerar la carga del trabajo no remunerado de las mujeres.

6. Los organismos donantes y las ONG que financian programas sanitarios deben garantizar que los programas no incluyan trabajo no remunerado

Es necesario que los organismos internacionales se aseguren de no perpetuar la explotación económica de las mujeres en la sanidad financiando programas que dependen del trabajo sanitario no remunerado de las mujeres.

7. Seguir las buenas prácticas de incorporación de los colectivos sanitarios no remunerados a la economía formal

Algunos países, entre los que se encuentra Etiopía, han incorporado a los trabajadores sanitarios comunitarios no remunerados al mercado laboral formal con resultados positivos⁸⁸, sentando un precedente del que pueden aprender otros países.

8. Conseguir la inversión necesaria para acabar con el trabajo no remunerado en los sistemas de salud

La pandemia ha puesto a prueba los sistemas de salud de todo el mundo y ha demostrado la vulnerabilidad de aquellos que dependen del trabajo no remunerado. La salud debe verse como una inversión con beneficios sociales y económicos más amplios, y no simplemente como un coste.

9. Apoyar la igualdad de género en el sector sanitario

Pese a que las mujeres representan el 70% del personal sanitario, sólo ocupan el 25% de los puestos de liderazgo de alto nivel.⁸⁹ La igualdad de género en el liderazgo puede ayudar a combatir los mitos y estereotipos de género que impulsan el trabajo no remunerado de las mujeres en el sector

El Marco de las 5R para el Trabajo Decente de los Cuidadores: Lograr una vía diplomática para el trabajo asistencial con igualdad de género

Fuente: ILO A quantum leap for gender equality: for a better future of work for all [OIT, Un salto cualitativo para la igualdad de género: por un futuro laboral mejor para todos], 2019

Main policy areas	Policy recommendations	Policy measures
Care policies	Recognize, reduce and redistribute unpaid care work	<ul style="list-style-type: none"> Measure all forms of care work and take unpaid care work into account in decision-making Invest in quality care services, care policies and care-relevant infrastructure Promote active labour market policies that support the attachment, reintegration and progress of unpaid carers into the labour force Enact and implement family-friendly working arrangements for all workers Promote information and education for more gender-equal households, workplaces and societies Guarantee the right to universal access to quality care services Ensure care-friendly and gender-responsive social protection systems, including floors Implement gender-responsive and publicly funded leave policies for all women and men
Macroeconomic policies		
Social protection policies	Reward: More and decent work for care workers	<ul style="list-style-type: none"> Regulate and implement decent terms and conditions of employment and achieve equal pay for work of equal value for all care workers Ensure a safe, attractive and stimulating work environment for both women and men care workers Enact laws and implement measures to protect migrant care workers
Labour policies		
Migration policies	Representation, social dialogue and collective bargaining for care workers	<ul style="list-style-type: none"> Ensure women's full and effective participation and equal opportunities for leadership at all levels of decision-making in political, economic and public life Promote freedom of association for care workers and employers Promote social dialogue and strengthen the right to collective bargaining in care sectors Promote the building of alliances between trade unions representing care workers and civil society organizations representing care recipients and unpaid carers

sanitario, por ejemplo, que las mujeres más pobres tienen tiempo "libre" para trabajar sin remuneración y que las mujeres son altruistas y les gusta trabajar sin cobrar. Las mujeres que realizan trabajos sanitarios no remunerados en la comunidad expresan su frustración por no ser escuchadas. Los sistemas de salud serían más fuertes gracias a sus conocimientos.

10. Unirse a la Iniciativa para la Igualdad de Género en el Personal Sanitario y Asistencial (GEHCWI)⁹⁰ dirigida por Francia y Women in Global Health

La Iniciativa para la Igualdad de Género en el Personal Sanitario y Asistencial, puesta en marcha en 2021, tiene como objetivo aumentar la visibilidad, el diálogo y el compromiso con la acción en materia de igualdad de género en el personal sanitario y asistencial, y se centra en el trabajo seguro y decente, el trabajo no remunerado y las diferencias salariales entre hombres y mujeres, la igualdad de oportunidades en las ocupaciones sanitarias y asistenciales, el fin de la violencia y el acoso y

la participación igualitaria de hombres y mujeres del sector en el liderazgo y la toma de decisiones. La Iniciativa para la Igualdad de Género en el Personal Sanitario y Asistencial está convocando a la comunidad internacional para implementar los compromisos globales existentes y acordar medidas prácticas para lograr la igualdad de género en el personal sanitario y asistencial. Se invita a los gobiernos, los organismos internacionales y las ONG a apoyar la Iniciativa, que se centrará en el trabajo no remunerado de las mujeres en los sistemas de salud, junto con otros temas de equidad de género.

Contacto: GenderEqualHCW@womeninwh.org



EN CONCLUSIÓN

El COVID-19 ha ejercido una presión sin precedentes sobre los sistemas de salud construidos sobre bases débiles y desiguales. En muchos países, se ha aplaudido a las trabajadoras sanitarias por su sacrificio y compromiso, pero no se les ha recompensado con un trabajo digno e igualdad salarial y de liderazgo. Muchos sistemas de salud han enfrentado desafíos aún mayores por el COVID-19 debido a la escasez desesperada de personal sanitario capacitado.

Antes de la pandemia, se preveía que se necesitarían 18 millones más de trabajadores sanitarios⁹¹ para lograr la Cobertura Sanitaria Universal en 2030. La pandemia ha llevado al límite a los trabajadores y sistemas sanitarios de la mayoría de los países. Los trabajadores sanitarios han muerto a causa del COVID-19 y millones de personas han contraído el “COVID prolongado” y tienen consecuencias para su salud a largo plazo a causa del virus. Además, especialmente en los países de ingresos altos se está produciendo una “gran dimisión” de personal sanitario, sobre todo de enfermeras y matronas, que abandonan la profesión debido al agotamiento mental. Probablemente, la dimisión de un número importante de trabajadores sanitarios capacitados en los países de ingresos altos impulsará la migración no gestionada de trabajadores sanitarios de los países de ingresos bajos, lo que debilitará aún más los sistemas de salud vulnerables.

En este contexto, al menos seis millones de mujeres realizan trabajos no remunerados y extremadamente mal pagados en funciones esenciales de los sistemas de salud. Estas mujeres, muchas veces denominadas voluntarias, trabajan fuera del sector formal, de modo que no se benefician de una remuneración justa ni de prestaciones más amplias, acordes

con la contribución que realizan. En términos más generales, los sistemas de salud no aprovechan todo el potencial de sus conocimientos y experiencia, ya que, como trabajadoras infravaloradas, estas mujeres casi nunca tienen una trayectoria profesional que les permita progresar hacia puestos del sector formal.

Por lo tanto, este es el momento de valorar a cada trabajador sanitario y reconocer las habilidades y la experiencia de los millones de mujeres que actualmente trabajan sin remuneración. En lugar de verlas como voluntarias, debemos verlas como agentes de cambio que son expertas en sus comunidades. Crear puestos de trabajo decentes para todas las mujeres en el sector sanitario contribuiría significativamente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 y reduciría el déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios en el mundo. Invertir en las mujeres que realizan trabajos no remunerados para que se incorporen a empleos del sector sanitario formal tendría los beneficios más amplios de aumentar la igualdad de género y el empoderamiento económico de las mujeres. Los nuevos empleos creados en el sector sanitario podrían atender a las poblaciones jóvenes de los países de bajos ingresos, impulsar el crecimiento económico y reforzar los sistemas de salud. Pero estos nuevos empleos no pueden crearse con el sistema de desigualdad actual que existe entre mujeres y hombres en la fuerza de trabajo, y la seguridad sanitaria mundial no puede construirse sobre los cimientos del trabajo no remunerado de las mujeres. El COVID-19 ha destapado las grietas de un sistema desigual que debemos corregir para construir sistemas de salud fuertes y resilientes, preparados para afrontar la próxima emergencia.

Justicia económica para las trabajadoras sanitarias no remuneradas: hacer realidad el “triple dividendo de género”

Aumentar las oportunidades económicas de las mujeres en el sector sanitario tendrá importantes beneficios, pues permitirá ampliar el personal sanitario mundial necesario para alcanzar los objetivos sanitarios mundiales, incluida la Cobertura Sanitaria Universal, y hacer realidad el triple dividendo de género que se observa en:

1. **Mejor salud:** una remuneración justa, la igualdad de oportunidades y un trabajo decente atraerán a las mujeres a la profesión sanitaria y retendrán a las trabajadoras sanitarias, ayudando a cubrir el déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios en el mundo.
2. **Igualdad de género:** invertir en las mujeres para que se incorporen al sector formal con trabajos sanitarios remunerados aumentará la igualdad de género, en la medida en que las mujeres obtengan más ingresos, seguridad económica de por vida y poder de decisión.
3. **Crecimiento económico:** los nuevos trabajos sanitarios creados impulsarán el crecimiento económico y reforzarán los sistemas y resultados de salud, contribuyendo así a la CSU y a los objetivos de los ODS para la fecha límite de 2030.

ACERCA DE WOMEN IN GLOBAL HEALTH

Women in Global Health (WGH) es el movimiento liderado por mujeres que está creciendo rápidamente para exigir la igualdad de género en el sector sanitario mundial. Si bien las mujeres representan el 70% de la fuerza de trabajo y alrededor del 90% de los trabajadores sanitarios de primera línea, apenas ocupan una cuarta parte de los puestos de liderazgo. Actualmente, con partidarios en más de 90 países y 41 capítulos oficiales, predominantemente en países de bajos ingresos, Women in Global Health realiza campañas en favor de la representación equitativa de las mujeres en el liderazgo del sector sanitario; la remuneración equitativa y el fin del trabajo no remunerado para las trabajadoras sanitarias; la protección y el trabajo seguro y decente; y la prevención de la explotación sexual, el abuso y el acoso. Estas son las bases esenciales para lograr sistemas de salud sólidos, la Cobertura Sanitaria Universal y la seguridad sanitaria mundial.



Para obtener más información, visite: www.womeningh.org

Síguenos: @WomeninGH

Contáctenos : info@womeningh.org

REFERENCIAS

- ¹ Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al, Women and health: the key for sustainable development [Mujeres y salud: la clave del desarrollo sostenible]. Lancet. 2015;386(9999):1165-1210.
- ² Public Services International (PSI), Un día en la vida de los trabajadores sanitarios comunitarios del sur de Asia, 23 de junio de 2021
- ³ OMS, Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health Workforce, [Impartida por mujeres, dirigida por hombres: un análisis de género y equidad del personal sanitario y social mundial], Serie 'Observadores de Recursos Humanos para la Salud' de la OMS No. 24. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019
- ⁴ OMS, (2019) Delivered by Women, Led by Men [Impartida por mujeres, dirigida por hombres]
- ⁵ Boniol M et al, Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries [Equidad de género en el personal sanitario: análisis de 104 países]. Documento de trabajo 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (OMS/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1).
- ⁶ Bhatia, K, Community health worker programs in India: a rights-based review [Programas de trabajadores sanitarios comunitarios en la India: una revisión basada en los derechos]. Perspectives in public health 134 (5), 276-282, 2014
- ⁷ Ballard, M et al, Are dual cadre CHW programmes exploitation by another name? [Los programas de trabajadores sanitarios comunitarios de doble plantilla ¿son una forma de explotación con otro nombre?] Apolitico, 25 de agosto de 2021
- ⁸ Organización Mundial de la Salud, (2020). ¿Qué sabemos de los trabajadores sanitarios comunitarios? Una revisión sistemática de las revisiones existentes. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>
- ⁹ Maes, K et al A Women's Development Army: Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia [Un ejército para el desarrollo de las mujeres: Narrativas de inversión y empoderamiento de las trabajadoras sanitarias comunitarias en las zonas rurales de Etiopía], Studies in Comparative International Development, 2015
- ¹⁰ Maes, K et al, A Women's Development Army [Un ejército para el desarrollo de las mujeres]

- ¹¹ Rao, B, and Tewari, S, Anger, Distress Among India's Frontline Workers in Fight Against Covid-19 [Ira y angustia entre los trabajadores de primera línea de la India en la lucha contra el Covid-19]. Artículo 14. Junio de 2020. <https://www.article-14.com/post/anger-distress-among-india-s-frontline-workers-in-fight-against-covid-19>
- ¹² Women in Global Health, La seguridad sanitaria mundial depende de las mujeres, 2020 <http://covid5050.org/Global-Health-Security-Depends-on-Women-WGH.pdf>
- ¹³ OMS, (2019) Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health Workforce [Impartida por mujeres, dirigida por hombres: un análisis de género y equidad del personal sanitario y social mundial]
- ¹⁴ Boniol M et al, Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries [Equidad de género en el personal sanitario: análisis de 104 países].
- ¹⁵ Sharma R, Webster P, Bhattacharyya S, Factors affecting the performance of community health workers in India: a multi-stakeholder perspective [Factores que afectan al rendimiento de los trabajadores sanitarios comunitarios en la India: una perspectiva de múltiples partes interesadas]. Glob Health Action. 2014;7(1):1-8
- ¹⁶ Rao, B, y Tewari, S, 2020. Anger, Distress Among India's Frontline Workers in Fight Against Covid-19 [Ira y angustia entre los trabajadores de primera línea de la India en la lucha contra el Covid-19].
- ¹⁷ Waring, M, (2018) Still Counting for Nothing, Wellbeing, Women's Work and Policy Making [El bienestar, el trabajo de las mujeres y la formulación de políticas aún no cuentan para nada]
- ¹⁸ Waring, M, The Gender Pay Gap is wider than you thought [Las diferencias salariales entre hombres y mujeres es mayor de lo que se pensaba], Think Global Health, 11 de mayo de 2022
- ¹⁹ OMS, 2018d. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de trabajadores sanitarios comunitarios]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- ²⁰ Bujakera S, Holland H, 2020. Una "red mafiosa" malversó los fondos del virus del Congo, dice el viceministro. Disponible en: [https:// COVID-19 in DRC 2169 www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-congocorruption-idUSKBN249225](https://COVID-19.inDRC.2169.www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-congocorruption-idUSKBN249225). Consultado el 28 de abril de 2022.
- ²¹ Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe, USAID Maternal and Child Survival Program [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios de Afganistán a Zimbabwe, Programa de Supervivencia Materna e Infantil de USAID], <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/partner-content/health-for-the-peoplenational-chw-case-studies2020.pdf>
- ²² Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ²³ Glinski, S, 'The Taliban know they need us': the Afghan hospitals run by women Female medics continue to save lives, but rely on the Red Cross to get by because the Taliban cannot pay their salaries ["Los talibanes saben que nos necesitan": los hospitales afganos dirigidos por mujeres médicas siguen salvando vidas, pero dependen de la Cruz Roja para subsistir porque los talibanes no pueden pagar sus salarios], the Guardian, 9 de mayo de 2022
- ²⁴ Bujakera S, Holland H, 2020. Congo Virus Funds Embezzled by 'Mafia Network' [Una "red mafiosa" malversó los fondos del virus del Congo],
- ²⁵ Exemplars in Global Health, #CountCHWs: Campaign launched to establish national health worker registries [Ejemplares en Salud Global, #CountCHWs: Lanzamiento de una campaña para establecer registros nacionales de trabajadores sanitarios], https://www.exemplars.health/stories/campaign-launched-to-establish-national-health-worker?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2022022210-count_chws-nb-ne-em-gen-lived_experience-na, Consultado el 27 de abril de 2022
- ²⁶ #CountCHWs campaign, <https://mailchi.mp/chwimpact/chwml-official-launch> Consultado el 29 de abril de 2022.
- ²⁷ #CountCHWs campaign,
- ²⁸ Closser S y Shekhawat S, (2021): The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan: Gender and labour in CHW programmes, Global Public Health, DOI [El contexto familiar del trabajo de ASHA y Anganwadi en la zona rural de Rajastán: Género y trabajo en los programas de trabajadores sanitarios comunitarios, Global Public Health, DOI]: 10.1080/17441692.2021.1970206
- ²⁹ Closser S et al, Per Diems in Polio Eradication: Perspectives From Community Health Workers and Officials, American Journal of Public Health [Dietas para la erradicación de la poliomielitis: Perspectivas de los trabajadores sanitarios comunitarios y de los funcionarios], American Journal of Public Health - Julio de 2017 DOI: 10.2105/AJPH.2017.303886
- ³⁰ Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios] f
- ³¹ Srivastava, R, On India's COVID-19 frontline, female health workers push for fair pay, Reuters 28 August 2020, India's female health workers push for pay on COVID-19 frontline [En la primera línea del COVID-19 en la India, las trabajadoras sanitarias exigen un salario justo, Reuters 28 de agosto de 2020, Las trabajadoras sanitarias de la India exigen un salario en la primera línea del COVID-19] (trust.org)
- ³² OMS, 2018d. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de trabajadores sanitarios comunitarios] n

- ³³ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker programme [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India? Orígenes y adaptaciones de las políticas del mayor programa mundial de trabajadoras sanitarias comunitarias], *Human Resources for Health* (2019) 17:3 <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338->
- ³⁴ Perry, H (ed) et al, *Health for the People: National Community Health Worker Programs* [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios] f
- ³⁵ Maes, K, "Volunteers are not paid because they are priceless": community health worker capacities and values in an AIDS treatment intervention in urban Ethiopia ["Los voluntarios no reciben remuneración porque no tienen precio": Capacidades y valores de los trabajadores sanitarios comunitarios en una intervención de tratamiento contra el SIDA en una zona urbana de Etiopía]. *Med Anthropol Q.* 2015;29:97-115. Medline:25
- ³⁶ Ballard et al, Compensation models for community health workers: Comparison of legal frameworks across five countries [Modelos de remuneración para los trabajadores sanitarios comunitarios: comparación de los marcos jurídicos de cinco países]. *J Global Health* 2021;11:04010.
- ³⁷ OMS, 2018d. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ³⁸ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ³⁹ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, (2020). ¿Qué sabemos de los trabajadores sanitarios comunitarios? Una revisión sistemática de las revisiones existentes. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>
- ⁴¹ Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Qué sabemos de los trabajadores sanitarios comunitarios?
- ⁴² Perry, H (ed) et al, *Health for the People: National Community Health Worker Programs* [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ⁴³ Perry, H (ed) et al, *Health for the People: National Community Health Worker Programs* [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ⁴⁴ Zulliger, R, *Ethiopian Community Health Worker Programmes* [Programas de trabajadores sanitarios comunitarios de Etiopía], CHW Central, 28 de febrero de 2018
- ⁴⁵ Oxford Policy Management, *Lady Health Worker Programme, Pakistan, Performance Evaluation*, [Programa de trabajadoras sanitarias, Pakistán, Evaluación de resultados], septiembre de 2019
- ⁴⁶ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ⁴⁷ *Hindustan Times*, (2020) Covid-19: Female health workers on India's frontline push for fair pay [Covid 19: Las trabajadoras sanitarias de la primera línea de la India exigen un salario justo], 28 de agosto de 2020
- ⁴⁸ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ⁴⁹ *Women in Global Health*, (2021) Fit for Women: safe and decent PPE for women health and care workers [Adaptados a las mujeres: EPP seguro y decente para las trabajadoras sanitarias y asistenciales]. <https://womeningh.org/our-advocacy/fitforwomen/>, Consultado el 24 de abril de 2022
- ⁵⁰ *Women in Global Health and Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)*, (2020), *Health in Their Hands: Testing and Women's Empowerment Means Better Health for All* [La salud en sus manos: Las pruebas y el empoderamiento de las mujeres significan una mejor salud para todos]. https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2021/03/Health-in-their-hands_EXEC-SUMM_Nov-2020.pdf
- ⁵¹ UNICEF, *Technical Note Gender Transformative Approaches in the global programme to end child marriage*, Adapted from [Enfoques transformadores de género en el programa global para acabar con el matrimonio infantil, adaptado de]: Pederson, A., Greaves, L., and Poole, N. 'Gender-transformative health promotion for women – a framework for action' ["Promoción de la salud transformadora del género para las mujeres: un marco de acción"], *Health Promotion International*, vol. 30, No. 1, marzo de 2015, .
- ⁵² Bhalla, N and Wuilbercq, E, *Africa's unsung army of women wage war on COVID-19* [El ejército de mujeres no reconocido de África libra la guerra contra el COVID-19], *Reuters* 26 de junio de 2020
- ⁵³ Hanif, S *It's scary work, but I'm determined. We will make Pakistan polio-free* ["Es un trabajo aterrador, pero tengo mucha determinación. Haremos que Pakistán esté libre de la poliomielitis"] *The Guardian*, 4 May 2022
- ⁵⁴ Perry, H (ed) et al, *Health for the People: National Community Health Worker Programs* [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ⁵⁵ Maes, K, (2015), *Community Health Workers and Social Change: Local and Global Perspectives* [Trabajadores sanitarios comunitarios y cambio social: Perspectivas locales y globales], *Annals of Anthropological Practice*, Volumen 39 Asunto 1: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/napa.2015.39.issue-1/issuetoc>
- ⁵⁶ Ballard, M et al, *Are dual cadre CHW programmes exploitation by another name?* [Los programas de trabajadores sanitarios

comunitarios de doble plantilla ¿son una forma de explotación con otro nombre?] Apolitico, 25 de agosto de 2021

- ⁵⁷ Jackson R, Kilsby D, y Hailemariam A, Gender exploitative and gender transformative aspects of employing Health Extension Workers under Ethiopia's Health Extension Program [Aspectos de explotación y transformación del género en el empleo de trabajadores de extensión sanitaria en el marco del Programa de Extensión Sanitaria de Etiopía], *Tropical Medicine and International Health* doi:10.1111/tmi.13197 Volumen 24 No.3 pp 304–3 19 marzo de 2019
- ⁵⁸ UNICEF, Girls' Education: gender equality in education benefits every child [Educación de las niñas: la igualdad de género en la educación beneficia a todos los niños]. <https://www.unicef.org/education/girls-education>, Accessed 25 April 2022
- ⁵⁹ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ⁶⁰ Jackson R, Kilsby D, and Hailemariam A, Gender exploitative and gender transformative aspects [Aspectos de explotación y transformación del género]
- ⁶¹ Closser, S and Sekhawat, S, (2021), The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan: Gender and labour in CHW programmes [El contexto familiar del trabajo de ASHA y Anganwadi en la zona rural de Rajasthan: género y trabajo en los programas de TCS], <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1970206>
- ⁶² Organización Mundial de la Salud, (2020). ¿Qué sabemos de los trabajadores sanitarios comunitarios? Una revisión sistemática de las revisiones existentes. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>
- ⁶³ Uwimana, A, Community Health workers: the 'unsung heroes' of COVID-19 [Trabajadores sanitarios comunitarios: los "héroes anónimos" de COVID-19], *Rwanda Times*, 5 de agosto de 2021
- ⁶⁴ Closser, S and Sekhawat, S, (2021), The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan: [El contexto familiar del trabajo de ASHA y Anganwadi en la zona rural de Rajasthan:]
- ⁶⁵ Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ⁶⁶ Ved et al, How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? [¿Cómo se abordan las desigualdades de género que afectan al millón de ASHA de la India?]
- ⁶⁷ Steege, R et al, (2018), How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? [¿Cómo afectan las relaciones de género a la vida laboral de los proveedores de servicios sanitarios cercanos a la comunidad?] Investigación empírica, revisión y marco conceptual, *Social Science & Medicine* 209 (2018) 1–13
- ⁶⁸ Dasgupta, J and Kanika, J, Women Workers at the Forefront of COVID-19: A Roadmap for Recovery and Resilience in India [Las trabajadoras al frente de la emergencia por COVID-19: Un plan de recuperación y resiliencia en la India], 2022
- ⁶⁹ Waring, M, The Gender Pay Gap is wider than you thought [Las diferencias salariales entre hombres y mujeres es mayor de lo que se pensaba], *Think Global Health*, 11 de mayo de 2022
- ⁷⁰ Dhaliwal, B and Shet, A On the Front Lines with India's COVID-19 Warriors [En primera línea con los guerreros del COVID-19 en la India], 12 de abril de 2022
- ⁷¹ Jackson R, Kilsby D, and Hailemariam A, Gender exploitative and gender transformative aspects [Aspectos de explotación y transformación del género] 9
- ⁷² Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios]
- ⁷³ Srivastava, R, On India's COVID-19 frontline, female health workers push for fair pay [En la primera línea del COVID-19 de la India, las trabajadoras sanitarias exigen un salario justo]
- ⁷⁴ Wuilbercq, E, Ethiopia taps army of women health workers to fight coronavirus [Etiopía recurre a un ejército de trabajadoras sanitarias para luchar contra el coronavirus], *Reuters*, 7 April 2020
- ⁷⁵ Srivastava, S, A million frontline COVID workers demand India boost \$40 pay [Un millón de trabajadores de primera línea de COVID exigen un aumento de sueldo de 40 dólares a la India], *Bloomberg* 1 de diciembre de 2021
- ⁷⁶ Population Council, Frontline Health, Resumen de resultados: explorar las funciones, el apoyo y las experiencias de los trabajadores sanitarios comunitarios en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Kenia, abril de 2021
- ⁷⁷ Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of COVID-19 [De la primera línea a la escena central: la resiliencia del personal sanitario de primera línea en el contexto de COVID-19], *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:1, 1837413, DOI: 10.1080/26410397.2020.1837413
- ⁷⁸ Women in Global Health, (2021) Fit for Women: safe and decent PPE for women health and care workers [Adaptados a las mujeres: EPP seguro y decente para las trabajadoras sanitarias y asistenciales].
- ⁷⁹ Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers [De la primera línea a la escena central: la resiliencia del personal sanitario de primera línea]
- ⁸⁰ BBC India coronavirus, The underpaid and unprotected women leading the Covid-19 war [Coronavirus en la India, Las mujeres mal pagadas y desprotegidas que dirigen la guerra contra el Covid-19] 17 de abril de 2020
- ⁸¹ Dasgupta, J and Kanika, J, Women Workers at the Forefront of COVID-19 [Las trabajadoras al frente de la emergencia por COVID-19]
- ⁸² Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers [De la primera línea a la

escena central: la resiliencia del personal sanitario de primera línea]

⁸³ Objetivos de Desarrollo Sostenible, <https://www.un.org/en/exhibits/page/sdgs-17-goals-transform-world>

⁸⁴ OMS, 2018d. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker [Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de trabajadores sanitarios comunitarios]

⁸⁵ ILO, 2019 A quantum leap for gender equality: For a better future of work for all [[OIT, Un salto cualitativo para la igualdad de género: Por un futuro laboral mejor para todos]. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_674831/lang--en/index.htm

⁸⁶ Tiwari, A, Asha workers protest at Jantar Mantar demanding better pay, face FIR [Los trabajadores Asha protestan en Jantar Mantar exigiendo mejoras salariales y se enfrentan a una orden de arresto], Indian Express, 16 de octubre de 2020

⁸⁷ Waring, M, The Gender Pay Gap is wider than you thought [Las diferencias salariales entre hombres y mujeres es mayor de lo que se pensaba], Think Global Health, 11 de mayo de 2022

⁸⁹ Perry, H (ed) et al, Health for the People: National Community Health Worker Programs [Salud para el pueblo: Programas nacionales de trabajadores sanitarios comunitarios] f

⁹⁰ OMS, Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health Workforce [Impartida por mujeres, dirigida por hombres: un análisis de género y equidad del personal sanitario y social mundial, iniciativa para la igualdad de género en el personal sanitario y asistencial] <https://womeningh.org/gender-equal-health-care-workforce-initiative/> Accessed 27 April 2022

⁹¹ OMS, Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 [Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: fuerza de trabajo para el 2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016