

ACCELERAR EL TRABAJO DIGNO

**Formalizar el personal de cuidados
domiciliarios y agentes comunitarios
de salud**



Contenido

Resumen ejecutivo	3
Datos de la encuesta	3
Casos prácticos.....	4
Lecciones aprendidas	6
Formalización del personal de cuidados a domicilio y agentes comunitarios de salud	8
Datos de la encuesta sobre las condiciones de trabajo	9
Falta de protección y prestaciones laborales	10
Seguridad y salud en el trabajo	10
Falta de personal, exceso de trabajo y efectos en la calidad asistencial	11
Violencia y acoso.....	11
Orgullo y valor del trabajo de cuidados	11
Modelos de agentes de salud comunitarios formalizados	13
Brasil	13
Sri Lanka	14
Filipinas	14
Lecciones aprendidas	16
Organizarse para formalizar el personal de salud comunitaria	17
India	17
Nepal	18
Pakistán	19
Lecciones aprendidas	19
Formalización del personal de cuidados a domicilio.....	20
Estado de Washington, EE.UU.....	20
Colombia	21
República Dominicana	22
Lecciones aprendidas	23
Agradecimientos	24
Notas finales	25

RESUMEN EJECUTIVO

Inversiones en organización laboral y colectivos

La negociación colectiva es la base de los logros recientes y de larga data en materia de trabajo decente para el personal de cuidados a domicilio y los agentes comunitarios de salud. A través de datos de encuestas recientes y estudios de casos en profundidad, este informe pone de manifiesto tanto las condiciones laborales persistentemente deficientes que soportan los cuidadores/as informales como las vías prometedoras para acelerar la formalización.

En muchos países, el personal de cuidados domiciliarios y los agentes comunitarios de salud siguen siendo una mano de obra mayoritariamente informal y feminizada, excluida de las protecciones laborales estándar garantizadas a otros trabajadores/as y a menudo sometida a salarios bajos e irregulares, horarios prolongados y condiciones de trabajo inseguras, incluso cuando se financian con fondos públicos. La formalización y el reconocimiento del trabajo de cuidados como trabajo es esencial para prevenir el abuso y la explotación, eliminar las diferencias salariales entre hombres y mujeres, mejorar la participación y la movilidad de las mujeres en el mercado laboral y mejorar la calidad de la asistencia.

Cada vez se reconoce más la contribución de los profesionales sanitarios a la salud pública, por ejemplo reduciendo la mortalidad materna e infantil, mejorando las tasas de inmunización y prestando servicios en primera línea durante las pandemias, así como a la atención individual de las personas con discapacidad, las personas mayores y los niños. También se comprende cada vez mejor la inextricable conexión que existe entre la protección de los derechos laborales de los cuidadores y la prestación de unos cuidados accesibles y de alta calidad. La Resolución de la OIT sobre el trabajo decente y la economía de cuidados al afirma lo siguiente,

Todos/as los/as cuidadores/as deberían disfrutar de un trabajo decente. El trabajo decente para los/as cuidadores/as contribuye a una atención de calidad, a la reconstrucción y retención de los trabajadores y a la promoción de la igualdad de género, contrarresta la escasez de trabajadores y construye sociedades y economías resilientes¹.

Datos de la Encuesta

Este informe comparte los resultados de tres encuestas diferentes centradas en los trabajadores/as de cuidados. Se trata de una encuesta mundial en línea realizada en 2025 por UNI que incluyó a 3.353 trabajadores/as de cuidados a domicilio y comunitarios, una encuesta de UNI de 2025 apoyada por el fondo SAGE con datos de 1.270 agentes comunitarios de salud en el sur de Asia, y el Monitor PHS de 2024, una encuesta en línea que incluyó respuestas de 4.142 trabajadores de servicios personales y domésticos en Europa.

En todas las encuestas, la gran mayoría de las trabajadoras eran mujeres, y denunciaron importantes lagunas en materia de protección laboral, prestaciones y seguridad en el trabajo. En Nepal, los 319 agentes comunitarios de salud encuestados afirmaron que trabajaban como voluntarios en lugar de tener un empleo formal. En la encuesta mundial, el 18% de los agentes comunitarios de salud afirmaron que no recibían



"Nos hemos convertido en cuidadoras a domicilio por amor, por la familia, por el alto nivel de responsabilidad que tenemos hacia las personas a las que cuidamos. Queremos que el gobierno, los estados y el público en general nos ayuden a mejorar nuestra calidad de vida."

"Queremos que el gobierno, los estados y las políticas públicas de nuestro país consideren esto como un trabajo oficial. Queremos tener derecho a una pensión, asistencia sanitaria y cuidados para nosotras como cuidadoras, que no tenemos".

María Elisa Alfaro

Red de Trabajadoras de Cuidados, Colombia, 8 de mayo de 2025

prestaciones, y otro 23% (todos ellos de Nepal) declaró que sólo recibía una asignación para uniformes. La escasez de personal y el exceso de trabajo estaban muy extendidos: el 53% de los agentes comunitarios de salud de la encuesta mundial afirmaron que la escasez de personal afectaba a la calidad de la atención. Además, el 16% de los agentes comunitarios de salud y el 31% de los trabajadores a domicilio afirmaron que trabajaban más de 40 horas a la semana. El 24% de los trabajadores de la APS en el PHS Monitor declararon trabajar más de 40 horas a la semana.

El acceso a la asistencia sanitaria a través del trabajo era limitado, ya que sólo el 18% de los agentes comunitarios de salud y el 6% del personal de cuidados domiciliarios informaron de este tipo de cobertura. El acceso a equipos de protección personal (EPP) también era escaso: el 45% de los agentes comunitarios de salud de la India tenían acceso a ellos, el 36% en Pakistán y sólo el 3% en Nepal. En cuanto a la formación, el 31% de los agentes comunitarios de salud de Pakistán y el 23% de los de Sri Lanka habían recibido formación sobre seguridad laboral en los últimos seis meses, frente a sólo el 7% en India y el 6% en Nepal. El 30% de los agentes comunitarios de salud de la encuesta mundial declararon haber sufrido una lesión en el lugar de trabajo de un mes o más de duración.

Muchos encuestados señalaron que no se sentían seguros mientras trabajaban. En la encuesta mundial, el 32% de los agentes comunitarios de salud y el 25% de los trabajadores a domicilio afirmaron sentirse *"inseguros"* o *"muy inseguros"* en el trabajo. A pesar de estas dificultades, muchos trabajadores/as de cuidados manifestaron sentirse muy orgullosos y satisfechos de su trabajo y de contribuir a sus comunidades.

Estudios de Caso

Brasil

Los programas brasileños de Agente Comunitario de Salud y Trabajador de Enfermedades Endémicas han sido fundamentales para la Estrategia de Salud Familiar del país desde mediados de los años noventa. Estos trabajadores son miembros fundamentales de los equipos de salud familiar que prestan asistencia sanitaria primaria. Brasil es un modelo mundial de formalización de los agentes comunitarios de salud, que son asalariados públicos a tiempo completo.

Los empleados reciben prestaciones como vacaciones pagadas, un decimotercer mes de salario, indemnización por riesgos laborales y pensiones. Se estableció por ley un programa nacional de formación técnica, y el gobierno financió inicialmente la formación de 125.000 trabajadores. Las primeras condiciones de trabajo eran precarias, pero décadas de organización -incluida la creación de asociaciones municipales, una federación estatal y una confederación nacional- condujeron a importantes victorias legislativas, incluida una enmienda constitucional federal que establecía un salario mínimo nacional. La defensa persistente, la creación de coaliciones estratégicas y el compromiso directo con el parlamento fueron fundamentales para conseguir reformas a largo plazo.

Sri Lanka

El programa de comadronas de Sri Lanka es otro modelo mundialmente reconocido de trabajo de salud comunitario formalizado. Las comadronas de la sanidad pública han contribuido a reducir la mortalidad materna e infantil. Son empleadas públicas asalariadas con prestaciones estándar y siguen un programa de formación de 18 meses financiado por el gobierno que incluye trabajo práctico sobre el terreno y módulos sobre violencia sexual y de género. A pesar de estos puntos fuertes, el programa se enfrenta a problemas de contratación. Las comadronas son respetadas en sus comunidades y pudieron mantener su trabajo incluso durante la guerra civil de Sri Lanka. Los líderes sindicales subrayan la importancia de la organización dirigida por mujeres, de unas estructuras sindicales receptivas y de la participación estratégica en los espacios políticos, mediáticos y de la sociedad civil para promover el trabajo decente para las trabajadoras de la salud.

Filipinas

En Filipinas, los agentes comunitarios de salud de los barangay (BHW en inglés) están a punto de sufrir una importante reforma gracias a la Carta Magna pendiente, que está a la espera de la firma del Presidente para su aprobación como ley. En la actualidad, los BHW son trabajadores de primera línea esenciales en zonas insuficientemente atendidas, pero se les trata como voluntarios, y muchos ganan tan sólo 2 dólares al mes. La Carta Magna, que ha sido aprobada por ambas cámaras del Congreso y, en el momento de redactar este documento, se espera que se convierta en ley en junio de 2025, garantizaría unos honorarios mensuales mínimos de 3.000 PHP (aproximadamente 54 USD) y proporcionaría seguros, indemnizaciones por riesgos laborales y promoción profesional.

"Nuestra lucha es por nuestra identidad como agentes comunitarios de salud, no como voluntarios comunitarios..... El gobierno debería considerarnos agentes comunitarios de salud, dándonos al menos el salario básico, que es de 17.300 al mes. Y aparte de eso, también queremos formar parte del plan de seguridad social de Nepal".

Kopila Pokharel

Secretaría general, HEVON, Nepal, 6 de mayo de 2025





apoyo. También ordena la formación y la certificación para mejorar las competencias de las trabajadoras sanitarias. Los esfuerzos de organización, en particular por parte del Consejo de Enlace de UNI Filipinas y la Federación BHW, fueron cruciales para sensibilizar a la opinión pública y presionar a los legisladores. Aunque el proyecto de ley contaba con un amplio apoyo, los debates sobre su financiación retrasaron su tramitación. En última instancia, la responsabilidad de la financiación se repartirá entre el gobierno nacional y los gobiernos locales en función de la clasificación de ingresos de estos últimos.

India

En la India, los agentes comunitarios de salud han logrado avances significativos gracias a la organización persistente, la acción colectiva y las negociaciones estratégicas. Tras invertir en la creación de estructuras sindicales y de afiliación a escala local y estatal, el sindicato JSNGEF-IN presentó su lista de reivindicaciones al gobierno y llevó a cabo protestas, concentraciones, reuniones y debates bilaterales para llamar la atención. Sus esfuerzos han dado resultados concretos, como el compromiso del gobierno de Jharkhand de modificar las condiciones de servicio, garantizar el pago puntual de los honorarios y proporcionar herramientas digitales como tabletas Android. Los trabajadores siguen presionando para conseguir otras reivindicaciones, como prestaciones de jubilación, progresión profesional y recursos adecuados para su trabajo.

Nepal

En Nepal, las Voluntarias de Salud Comunitaria (FCHV) siguen estando clasificadas como voluntarias y, a escala nacional, sólo reciben un subsidio de vestido y transporte y una modesta prestación de jubilación. Inversiones en construcción sindical, con el apoyo de UNI Global Union,

han contribuido a cambiar esta situación. Como señaló Kopila Pokharel, miembro del sindicato, la afiliación aportó financiación y personal de apoyo, lo que permitió a HEVON ampliar su alcance más allá de Katmandú y conseguir logros como el seguro médico gratuito en la provincia de Bagmati. Sin embargo, persisten las disparidades entre municipios, y el sindicato sigue abogando por el reconocimiento oficial, unos salarios justos y la inclusión en el régimen de seguridad social de Nepal.

Pakistán

En Pakistán, las agentes comunitarias de salud llamadas Lady Health Workers (LHW) han recurrido a los tribunales y a la organización sindical para resistirse a la erosión de sus derechos laborales. A pesar de las victorias legales -incluida una sentencia del Tribunal Supremo de 2013 que ordenaba su regularización-, las trabajadoras sanitarias se enfrentan a retos constantes como retrasos en los salarios, vacantes sin cubrir y amenazas de privatización. Como subrayó Bushra Arain, líder del sindicato, los fondos presupuestados para el desarrollo profesional de las LHW se han desviado a empresas privadas, socavando la estructura del servicio y abriendo la puerta a modelos de empleo precarios. El sindicato All Lady Health Workers Programme Union ha creado sólidas redes de comunicación y ha dirigido acciones coordinadas. Estos esfuerzos ponen de relieve cómo la participación judicial y la organización de base pueden defender conjuntamente la protección laboral.

Estado de Washington, EE.UU.

En el estado de Washington, los trabajadores de cuidados de larga duración -principalmente mujeres, inmigrantes y mayores de 55 años- fueron clasificados inicialmente como contratistas independientes y se enfrentaban a condiciones precarias: salarios bajos, ausencia de prestaciones, aislamiento y entornos inseguros. La creación de SEIU 775 en 2002, tras una iniciativa electoral,

los derechos de negociación colectiva garantizados por el sindicato han dado lugar a importantes avances en materia de bajas por enfermedad, asistencia sanitaria, jubilación y formación. El sindicato, que cuenta en la actualidad con unos 55.000 afiliados/as, se ha beneficiado de la centralización del sistema de cuidados a largo plazo en el marco de la Administración de Ayuda a Largo Plazo y Envejecimiento (ALTSA), que ha hecho más eficaz la organización. Las alianzas estratégicas con los receptores de los cuidados, los objetivos compartidos y las disposiciones sobre grupos de presión incluidas en los contratos han favorecido la defensa de sus intereses. Los elevados niveles de formación, el compromiso político y un consejo centralizado de fijación de tarifas han reforzado aún más el movimiento, que inicialmente contó con el apoyo de la financiación nacional de SEIU.

Colombia

En Colombia, el trabajo de cuidado de los familiares que asisten a parientes con discapacidades o enfermedades crónicas suele realizarse sin remuneración, capacitación ni apoyo. En 2024, UNI Américas lanzó la Red de Trabajadoras de Cuidados para organizar a estas cuidadoras a través de un alcance local dirigido por pares en toda Bogotá. La red cuenta ahora con más de 250 miembros y se centra en construir una voz colectiva y abogar por que el trabajo de cuidados sea reconocido como una profesión. Su Carta de Derechos 2024 exige formalización, acceso a la formación, libertad de asociación y negociación colectiva. A raíz de la Política Nacional de Cuidados 2025 de Colombia, la Red está presionando para influir en su aplicación y garantizar apoyo y financiación a largo plazo para los cuidadores.

República Dominicana

En la República Dominicana, la mayoría del personal de cuidados domiciliarios carecen de contrato, seguridad social y formación oficial. FENAMUTRA ha trabajado para aumentar su visibilidad, mejorar la protección y proporcionar acceso a formación técnica. El programa "Familias de Cariño", lanzado en 2020 por CONAPE, apoya a las cuidadoras con estipendios mensuales y ha crecido hasta incluir a 290 trabajadores en 2025. FENAMUTRA agregó con éxito un curso de capacitación certificado de 15 horas y continúa presionando para obtener un reconocimiento más amplio. También participan en la Mesa Nacional de Cuidados con organismos públicos. Sin embargo, los nuevos planes de subcontratación para 2025 hacen temer la fragmentación y el debilitamiento de las normas. FENAMUTRA aboga por una supervisión rigurosa, una contratación justa y una protección laboral que garantice los derechos de los trabajadores/as y de los receptores de cuidados.

Lecciones Aprendidas



Concienciar a la opinión pública de la contribución del personal sanitario a domicilio y comunitario es esencial para obtener apoyo político y reconocimiento oficial.

Los organizadores de Brasil señalaron que uno de sus primeros retos fue cambiar las percepciones y los prejuicios sociales, y concienciar sobre el valor de los agentes comunitarios de salud para la protección de los derechos y los resultados sanitarios. Este reconocimiento ha ayudado a las matronas de Sri Lanka a promover y potenciar un programa de trabajo decente.

La normativa nacional promueve unas normas mínimas para el trabajo digno.

Una característica clave de los modelos relativamente exitosos de Brasil, Sri Lanka y las próximas reformas en Filipinas es su alcance nacional. Unas normas mínimas en todo el país garantizan la coherencia en la formalización y ayudan a consolidar el reconocimiento público del trabajo de cuidados. El contexto político y económico suele implicar que los impulsos políticos y las innovaciones de los programas se produzcan primero a escala local, estatal o provincial. Hacer hincapié en las reformas a escala nacional ayuda a evitar grandes variaciones en las condiciones de trabajo y la protección laboral. Las provincias y los municipios con menos ingresos pueden necesitar subvenciones federales para financiar los salarios y las prestaciones.

La organización a largo plazo y el compromiso político sostenido son fundamentales para conquistar los derechos laborales.

Los líderes sindicales subrayaron la prioridad de la organización continua a escala local, estatal y nacional como pilar central para construir un sistema sanitario que respete los derechos de los trabajadores. Organizar a los trabajadores y reforzar su identidad como profesionales de la salud, facilita el poder colectivo y refuerza la voz política para impulsar reformas y defenderse de retrocesos perjudiciales.

Los programas de formación técnica y certificación son un elemento clave de la formalización del trabajo de cuidados.

Una característica común de los países con modelos más sólidos de trabajo decente para los cuidadores son los programas de certificación previa, las oportunidades de formación y acreditación, y las vías de promoción profesional. El desarrollo de competencias y cualificaciones favorece la profesionalización del sector y mejora la calidad de la asistencia y la seguridad y la salud en el trabajo.

Invertir en la organización de los trabajadores, incluso a través del apoyo inicial de sindicatos nacionales o mundiales u otros donantes, es una estrategia eficaz para apoyar la formalización de los trabajadores del sector de la asistencia.

El apoyo de UNI aumentó significativamente el poder y el alcance de los sindicatos locales, lo que se tradujo en victorias concretas para la formalización y el trabajo decente. Los sindicatos locales y las organizaciones de trabajadores se han beneficiado del apoyo de UNI destinado a la formación de dirigentes, el fortalecimiento de la movilización y la comunicación de los miembros y el compromiso político estratégico.

Organizar a los trabajadores que prestan cuidados no remunerados a familiares es una prioridad importante para un programa global de trabajo decente en el ámbito de los cuidados.

Los cuidadores de familiares siguen siendo uno de los colectivos más aislados, dispersos y desorganizados. Llegar a estos cuidadores es fundamental para construir identidades, agendas y voces políticas individuales y colectivas. Los retos y las prioridades del personal de cuidados domiciliarios, incluidos los que cuidan de sus seres queridos, deben reconocerse específicamente en las políticas y los programas nacionales de asistencia.

La creación de agendas y alianzas complementarias para los trabajadores y los usuarios de la atención sanitaria es estratégica y tiene impacto.

Esta ha sido una práctica de gran éxito en el estado de Washington y ofrece un modelo estratégico en otros contextos. Puede incluir la creación de agendas compartidas para aumentar la financiación de la economía de los cuidados, la calidad de la asistencia y la formación, y el fortalecimiento del diálogo social para superar las diferencias políticas.

La consolidación y la coordinación contribuyen a un diálogo social productivo entre los interlocutores sociales.

La fragmentación, ya sea entre cuidadoras aisladas y no organizadas, agencias de asistencia privatizadas, usuarios de cuidados no organizados o múltiples organismos gubernamentales, puede perjudicar la promoción de un trabajo de cuidados digno. El ejemplo del estado de Washington muestra cómo el diálogo y las relaciones sostenidas entre un organismo gubernamental centralizado que coordina los cuidados sanitarios de larga duración, un sindicato que representa a los trabajadores de los cuidados de larga duración y las organizaciones que representan a los usuarios de los servicios de cuidados domiciliarios han sido mutuamente beneficiosos para la transparencia, la financiación, la calidad de los cuidados y unas condiciones de trabajo dignas.

Los gobiernos tienen la obligación de garantizar que todos los cuidadores financiados con fondos públicos estén plenamente formalizados y tengan acceso a todas las prestaciones sociales.

Los ejemplos de países tan diversos como Sri Lanka, Brasil y el estado de Washington en Estados Unidos demuestran que, cuando existe voluntad política, los gobiernos pueden formalizar plenamente a el personal de cuidados domiciliarios y agentes de salud comunitaria. Todo gobierno que cuente con sistemas de atención que financien a trabajadores informales, ya sea mediante pagos en efectivo a las familias que necesitan atención y apoyo, directamente a través de sistemas de "voluntariado" o mediante contratos que no llegan a la plena formalización, debe trabajar con los sindicatos de trabajadores de la atención para que estos trabajadores pasen a tener un empleo plenamente formalizado con acceso a formación y profesionalización. Los gobiernos que están desarrollando nuevos sistemas nacionales de asistencia deben incorporar la formalidad como parte fundamental de estos nuevos sistemas para garantizar un trabajo digno y una asistencia y apoyo de calidad. Los organismos multilaterales de financiación deberían insistir en la plena formalidad y el acceso a la formación y la profesionalización como condiciones previas para acceder a los recursos.



FORMALIZACIÓN DE EL PERSONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

En muchos países, el personal de cuidados domiciliarios y los agentes comunitarios de salud siguen siendo una mano de obra mayoritariamente informal y feminizada, excluida de las protecciones laborales estándar garantizadas a otros trabajadores y a menudo sometida a salarios bajos e irregulares, horarios prolongados y condiciones de trabajo inseguras, incluso cuando se financian con fondos públicos.

Sin embargo, su contribución a la salud pública -como la salud materno infantil, las campañas de vacunación y la gestión de enfermedades infecciosas, así como la atención individual a personas con discapacidad, ancianos y niños- es cada vez más reconocida. Las necesidades son urgentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para 2030 habrá un déficit mundial de 11 millones de trabajadores/as de cuidados⁽²⁾. Según la OMS, es probable que alrededor de 2 de cada 3 personas que llegan a una edad avanzada necesiten apoyo y cuidados a largo plazo de otras personas para realizar actividades de la vida diaria, como comer, desplazarse o bañarse. Sin embargo, menos del 60% de los países informantes incluyen los cuidados de larga duración en su marco nacional de competencias para los cuidadores geriátricos⁽³⁾.

Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de una asistencia de calidad está indisolublemente ligado a la promoción de un programa de trabajo digno para los cuidadores, que incluya su formalización e integración en las estructuras, políticas y planificación de la sanidad pública.

La Recomendación 204 de la OIT sobre la transición de la economía informal a la economía formal y la Resolución 2024 de la OIT sobre el Programa de Trabajo Decente en el Ámbito de los Cuidados establecen normas y enfoques claros para mejorar los derechos y la protección de los trabajadores del sector⁴.

Como se muestra en este informe, la construcción de la identidad de los trabajadores, la visibilización de sus contribuciones y el aumento de su poder de negociación colectiva han sido eficaces para poner a prueba sistemas innovadores de formalización, acelerar la reforma de las políticas y defenderse contra las medidas regresivas de privatización de la economía de los cuidados. Los grupos de trabajadores también están en primera línea a la hora de identificar las necesidades de formación estructurada y abogar por programas de certificación e itinerarios profesionales. Invertir en la organización de la mano de obra es un enfoque estratégico para acelerar la formalización del trabajo de cuidados.



DATOS DE LA ENCUESTA

SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO



Los datos sobre el número, las condiciones de trabajo y las perspectivas de los cuidadores siguen siendo fragmentarios. En este informe se comparten los resultados de tres encuestas diferentes centradas en los trabajadores/as de cuidados. Se trata de una encuesta mundial en línea llevada a cabo en 2025 por UNI sobre los trabajadores de la salud en instituciones, a domicilio y comunitarios, una encuesta de UNI en 2025 apoyada por el fondo SAGE centrada en los trabajadores de la salud comunitarios en Asia meridional, y el PHS Monitor de 2024, una encuesta en línea centrada en los trabajadores de los servicios personales y domésticos, los empleadores, los usuarios-empleadores y los usuarios de servicios en Europa.⁵

Las características informales de los cuidadores en muchos contextos, incluidas las lagunas en las identidades y categorías claras de los trabajadores, la dispersión de los trabajadores en hogares privados y el acceso variable a Internet dificultan el empleo de un muestreo aleatorio con resultados estadísticamente significativos. No obstante, las respuestas a estas encuestas ponen de manifiesto las experiencias y opiniones de miles de trabajadores del sector y ofrecen valiosos datos sobre ámbitos en los que se debe seguir investigando y actuando. Los métodos de recopilación de datos incluyeron la distribución de encuestas entre los sindicatos afiliados y aliados, anuncios en las redes sociales y, en el caso de la encuesta de Asia Meridional, cuestionarios en persona.

Encuesta mundial 2025

En la encuesta participaron 15.376 encuestados de 80 países que representaban a trabajadores/as de cuidados de instituciones, comunidades y domicilios. De ellos:

- 2.165 encuestados representaban a agentes comunitarios de salud de 38 países. De ellos, un gran número procedía de Pakistán (30%) y Nepal (23%). El 94% de los encuestados eran mujeres.
- 1.188 encuestados representaban a trabajadores/as de cuidados a domicilio de 41 países. El 83% de los encuestados eran mujeres. Más de la mitad de los encuestados procedían de Colombia, Turquía y el Reino Unido.

Encuesta 2025 sobre Asia Meridional

La encuesta total incluyó a 1.270 encuestados que representaban a agentes comunitarios de salud de India, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.

- El 99% de los encuestados eran mujeres.

2024 PHS Monitor 1

La encuesta total incluyó 6.523 respuestas que representaban a trabajadores de servicios personales y domésticos (SPD), usuarios-empleadores de SPD, otros usuarios de SPD y organizaciones proveedoras de SPD de 27 países de toda Europa.

- 4.142 encuestados representaban a trabajadores de servicios personales y domésticos de 26 países. De ellos, el 96% eran mujeres.

"Estoy muy orgullosa de poder trabajar como cuidadora de ancianos durante más de 15 años. Y a veces es complicado porque los familiares no aceptan lo que decimos y nos plantean otras tareas que no podemos hacer."

Trabajadora de cuidados domiciliarios, Brasil



Falta de protección laboral y de beneficios

- En la encuesta de Asia Meridional, los 319 agentes comunitarios de salud de Nepal declararon trabajar como voluntarios en lugar de tener un empleo formal.
- En la encuesta mundial, el 18% de los agentes comunitarios de salud afirmaron no recibir ninguna prestación. Otro 23%, que representaba a los agentes comunitarios de salud de Nepal, afirmó que la única prestación que recibía era un subsidio para uniformes.
- En la encuesta mundial, sólo el 18% de los agentes comunitarios de salud y el 6% de los trabajadores a domicilio declararon recibir asistencia sanitaria a través de su trabajo.
- En el informe PHS Monitor, el 57% de los trabajadores afirmaron haber considerado la posibilidad de abandonar el sector en los últimos tres años. Los bajos salarios son la razón más citada por los trabajadores del sector.

Seguridad y salud en el trabajo

- En la encuesta de Asia Meridional, los índices de acceso a equipos de protección personal (EPP), como guantes, máscaras y gafas, son bajos. Mientras que el 80% de los agentes comunitarios de salud de Sri Lanka declararon tener acceso a EPP, esta cifra descendió al 45% de los encuestados de la India, el 36% de los encuestados de Pakistán y sólo el 3% de los encuestados de Nepal.
- En la encuesta mundial, el 30% de los agentes comunitarios de salud afirmaron haber sufrido una lesión laboral de un mes o más de duración.
- En la encuesta de Asia Meridional, el 31% de los agentes comunitarios de salud encuestados de Pakistán y el 23% de los agentes comunitarios de salud de Sri Lanka afirmaron haber recibido formación sobre seguridad y salud en el trabajo, incluida la relativa a la violencia y el acoso en el lugar de trabajo, en los últimos seis meses. Estas cifras fueron significativamente inferiores para los agentes comunitarios de salud de India (7%) y Nepal (6%).

"Como ayuda a domicilio tenemos una serie de desventajas. Desgraciadamente. Aunque hacemos mucho trabajo mental y físico. No creo que algunas leyes sean correctas".

Trabajadora de cuidados domiciliarios, Austria

- En el PHS Monitor, alrededor del 40% de los trabajadores encuestados afirmaron haber recibido formación sobre salud y seguridad relacionada con su puesto de trabajo.

Falta de personal, sobrecarga en el trabajo y sus efectos en la calidad de los cuidados.

- En la encuesta mundial, el 53% de los agentes comunitarios de salud declararon que "a menudo" o "siempre" les faltaba personal, hasta el punto de que ello afectaba a la calidad de la atención.
- En la encuesta mundial, el 16% de los trabajadores comunitarios y el 31% de los trabajadores a domicilio declararon trabajar más de 40 horas semanales.
- En el PHS Monitor, alrededor del 24% de los trabajadores del sector declararon trabajar más de 40 horas semanales⁽⁶⁾.

Un agente comunitario de salud que respondió a la encuesta mundial desde Brasil dijo: *"Mis días son largos y suelo trabajar durante el almuerzo y los descansos, pero nunca consigo ponerme al día con el trabajo y los clientes. Suelo trabajar 8 horas no remuneradas los fines de semana para intentar ponerme al día. Estoy impaciente e irritable con el personal, los clientes y la familia debido a la falta de sueño y de tiempo para relajarme. Se necesita más personal, mejores salarios y una mejor calidad de vida. mejor gestión".*⁷ Un agente comunitario de salud de Ghana dijo: *"Tuve que renunciar a las vacaciones anuales, lo que me dejó deprimido y agotado durante y después del trabajo. Afectó a mi motivación para hacer el trabajo, tenía menos concentración durante las horas de trabajo y menos tiempo para la familia."*⁸

Muchos de los encuestados señalaron que la escasez de personal limita su capacidad para atender a todos los pacientes o clientes que solicitan sus servicios. Un trabajador sanitario comunitario de Kenia dijo: *"Hay*

zonas a las que no se llega debido a la escasez de personal",⁹ y otro dijo: *"En algunos escenarios, teníamos un gran número de pacientes a los que teníamos que atender, pero éramos muy pocos, por lo que los pacientes se impacientaban, se deprimían y, obviamente, sufrían."*¹⁰

Violencia y acoso

- En la encuesta mundial, el 32% de los agentes comunitarios de salud y el 25% del personal de cuidados domiciliarios afirmaron sentirse "inseguros" o "muy inseguros" en el trabajo.

Varios de los encuestados que afirmaron haber sufrido violencia o acoso en el trabajo dijeron que no se sentían cómodos dando más detalles. Los que sí lo hicieron mencionaron acoso sexual, a veces por parte de superiores, o abuso verbal y exigencias de trabajo poco razonables por parte de clientes. Una trabajadora de cuidados domiciliarios dijo que su cliente se masturbaba delante de ella, y otras mencionaron comentarios sexualmente sugerentes de las familias de sus clientes. Una agente comunitaria de salud de Pakistán dijo: *"Te sientes tan mal cuando te acosan que es difícil ir a trabajar o al lugar de trabajo"*.¹¹

Otras preocupaciones se referían a las condiciones de trabajo. Un agente de salud de la India dijo: *"Somos discriminados por [la gente] que nos considera mal pagados y temporales y además no se nos da un lugar adecuado para pasar la noche"*.¹² Varios agentes comunitarios de salud de Pakistán mencionaron sentirse inseguros durante las campañas contra la polio, que han tenido un historial de violencia.

Orgullo y valor de los cuidados

Un tema muy presente en los datos de la encuesta de muchos cuidadores es el profundo sentimiento de orgullo y satisfacción por los servicios que prestan y por su contribución a la comunidad.

"Deseo más apoyo con las herramientas necesarias, [y] mejores condiciones de trabajo y un reconocimiento y remuneración adecuados".

Trabajador sanitario comunitario, Kenia

"Deberíamos tener más voz, descansos, mejor salario por hora y dietas de viaje, ser respetados por el trabajo que hacemos para ayudar a la gente a tener su dignidad y vivir en su propia casa".

Agente comunitario de salud, Nueva Zelanda

Una agente comunitaria de salud de un barangay de Filipinas dijo: "Aunque a veces nuestro trabajo sea duro, prefiero seguir siendo trabajadora sanitaria comunitaria porque me encanta mi trabajo y me reconforta saber que puedo ayudar a nuestra comunidad, especialmente a nuestra tribu."¹³

Una trabajadora de cuidados de Pakistán afirma: "Llevo varios años trabajando como cuidadora y ha sido una experiencia increíblemente gratificante. He tenido la oportunidad de trabajar estrechamente con mujeres, niños y familias de mi comunidad, prestándoles servicios sanitarios esenciales,

apoyo y educación. Lo que más me gusta de mi trabajo es la confianza y el vínculo que he creado con mis pacientes. Verles recuperarse de enfermedades, presenciar el nacimiento de una nueva vida y dotarles de conocimientos para que tomen el control de su salud ha sido realmente satisfactorio."¹⁴

Una trabajadora de cuidados domiciliarios en Colombia dijo: "Me encanta el trabajo de cuidadora, porque mi misión es cuidar de las personas necesitadas tanto física como emocionalmente".¹⁵



"Nos [enfrentamos] a mucho acoso, pero nuestro trabajo nos da motivación, porque es nuestra labor ayudar a los demás de esta manera a salvar su dinero, su salud y su vida".

Trabajadora de cuidados, Pakistán

"Me encanta ayudar a la gente que necesita atención médica. Sólo espero que tengamos medicinas y equipos adecuados para ayudar a los necesitados. Y también que al menos nuestro salario como BHW aumente para que podamos mantener a nuestra familia. Con setecientos pesos de sueldo al mes no podemos ni alimentar a nuestra familia".

Agente comunitario de salud de un barangay, Filipinas

MODELOS DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD FORMALIZADOS

Brasil

Los programas brasileños de Agentes Comunitarios de Salud (Agentes Comunitários de Saúde) y de Trabajadores de Enfermedades Endémicas han sido parte integral del sistema de salud pública del país y de su Estrategia de Salud Familiar desde mediados de los años 90.¹⁶ Estos trabajadores son miembros fundamentales de los equipos de salud familiar que incluyen un médico, una enfermera y un auxiliar de enfermería. Los agentes comunitarios de salud proporcionan atención sanitaria preventiva, inmunizaciones, servicios de salud prenatal, neonatal e infantil, y ayudan a gestionar enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el COVID.

La formalización de los agentes comunitarios de salud en Brasil es un modelo mundial. Los agentes comunitarios de salud son empleados a tiempo completo y asalariados del sector público. Tienen prestaciones como 30 días de permiso retribuido, un sueldo de decimotercer mes (una prima anual de un mes de sueldo), indemnización por riesgo de trabajo y pensiones. Tras la aprobación de una ley que establece un programa de formación técnica, el gobierno nacional pagó la formación de una cohorte inicial de 125.000 trabajadores.

La organización a largo plazo y la defensa legislativa han sido fundamentales para conseguir estos derechos. En los primeros días del programa, las condiciones laborales eran precarias, los trabajadores ganaban a menudo por debajo del salario mínimo y estaban excluidos de las protecciones laborales garantizadas a otros trabajadores. Según Cândido, "creamos asociaciones municipales, formamos la federación estatal y una confederación nacional, y empezamos a trabajar en la ley para profesionalizar a los TCS. Conseguimos la legislación movilizándolo a los trabajadores para que participaran en el proceso"⁽¹⁷⁾.



Afirmó que los organizadores generaron confianza y concienciación mediante visitas a los lugares de trabajo y educación política, especialmente en las unidades sanitarias y en los puntos de encuentro de los trabajadores⁽¹⁸⁾. El movimiento obrero optó estratégicamente por defender la legislación estatal y nacional, ya que temía que las normativas descentralizadas a escala local dieran lugar a unas condiciones de trabajo muy desiguales¹⁹.

El compromiso constante con los parlamentarios fue decisivo para aprobar las reformas. Los abogados se enfrentaron a la oposición a sus demandas de la Asociación Nacional de Alcaldes y de las autoridades sanitarias estatales²⁰.

"Dejar claro a la sociedad que los agentes comunitarios de salud son importantes fue el mayor reto que tuvimos..... Destacamos la contribución de los trabajadores a la eliminación del cólera, la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición. Argumentamos que los trabajadores que mejoraban los resultados sanitarios merecían ellos mismos unas condiciones de trabajo saludables."

Fernando Cândido

Presidente, Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde de Alagoas (SINDACS), 14 de mayo de 2025



Los trabajadores contrarrestaron esta situación con la creación de coaliciones y contrapropuestas estratégicas. La defensa liderada por los trabajadores consiguió que se designara a los agentes de salud comunitarios como trabajadores/as de cuidados durante la distribución de la vacuna COVID-19, corrigiendo una exclusión inicial.²¹

Los sindicatos reclaman ahora una semana laboral de 30 horas, aumentos salariales que tripliquen el mínimo nacional, la restauración de prestaciones especiales de jubilación y formación técnica para todos los agentes de salud comunitarios²².

Sri Lanka

El programa de comadronas de Sri Lanka es otro modelo mundial de trabajo sanitario formalizado. A las agentes comunitarias de salud se les atribuye un papel integral en el cumplimiento de los objetivos de Sri Lanka para reducir la mortalidad materna e infantil y erradicar la malaria. Las matronas de Sri Lanka prestan apoyo a la salud materna e infantil, la planificación familiar, la gestión de enfermedades comunitarias y la prevención y respuesta a la violencia sexual y de género. A pesar de sus muchos puntos fuertes, el programa se enfrenta a problemas de contratación, escasez de mano de obra y cambios en la prestación de servicios sanitarios a medida que el país se urbaniza.

Las matronas de la sanidad pública de Sri Lanka son empleadas públicas asalariadas y perciben prestaciones estándar, como el pago de horas extraordinarias, pensiones, permisos retribuidos y prestaciones por maternidad.

Las matronas de Sri Lanka, divididas en hospitalarias y sobre el terreno, reciben un estipendio al recibir formación financiada por el gobierno durante 18 meses. Tras completar con éxito el programa, que incluye 6 meses de prácticas sobre el terreno, obtienen un diploma, así como una certificación y una acreditación.

inscribirse en el Consejo Médico de Sri Lanka. En particular, la formación incluye un módulo sobre prevención y respuesta a la violencia sexual y de género.

Muchas matronas se sienten orgullosas de su trabajo y existe un reconocimiento bien establecido de los servicios sanitarios que prestan a las comunidades. Esta confianza permitió a las matronas continuar su trabajo, incluso en zonas afectadas por el conflicto durante la prolongada guerra civil del país. *"Las matronas podían llegar a las comunidades para atender partos y consultas, especialmente de planificación familiar, incluso en zonas de guerra: Todos entienden bien lo que hacen. Si una matrona lleva el uniforme único, saben el motivo de su trabajo. Durante la guerra, ya sea el ejército de Sri Lanka o los Tigres de Liberación de Eelam Tamil, todo el mundo entiende bien el papel de la matrona"*⁽²³⁾.

Los líderes sindicales señalan la importancia de la organización de los trabajadores desde la base hasta el ámbito nacional como factor crítico para la eficacia del programa y destacan la fuerza del liderazgo femenino en los niveles superiores. Devika Kodithuwakku, presidenta de la Asociación Gubernamental de Servicios de Partería, habló de invertir en relaciones con actores de todo el espectro político del país, medios de comunicación, empresas privadas y otras organizaciones de trabajadores. Crear fuerza colectiva y presencia política ha sido fundamental para promover un trabajo digno para las matronas, ya sea para responder a incidentes individuales, como medidas disciplinarias por casos de acoso, o para hacer campaña sobre propuestas políticas y de financiación.

Filipinas

Los Barangay Health Workers (BHW) de Filipinas están a punto de alcanzar un hito importante en su formalización. Los BHW son agentes comunitarios de salud que prestan asistencia sanitaria y educación, servicios preventivos y respuesta de emergencia.



"Cuando las matronas terminan su formación y salen al campo tienen alrededor de 24, 25 años. Pueden sufrir acoso cuando trabajan sobre el terreno, pues destacan por su uniforme blanco. Hacen consultas sobre anticoncepción y planificación familiar, tanto a mujeres como a sus maridos. Hablan de temas delicados.... Se han producido incidentes de acoso en Sri Lanka.... Tomamos medidas inmediatas para apoyar al trabajador y superar el problema. Nuestro equipo no acepta en absoluto este comportamiento, en cuanto oímos esas preocupaciones, respondemos lo antes posible..... Las matronas pueden encontrarse con barreras jerárquicas a la hora de denunciar el acoso. Tomamos las medidas sindicales necesarias".

Devika Kodithuwakku

Presidenta de la Asociación Gubernamental de Servicios de Partería, Sri Lanka, 22 de mayo de 2025

Carecen actualmente de salario mínimo, protección social y reconocimiento como trabajadores.

Los BHW son importantes como primer punto de contacto en zonas remotas y desatendidas. Su carga de trabajo suele ser elevada, abarcando barrios enteros, y sin embargo son tratadas como voluntarias. Reciben una remuneración mensual que oscila entre los 2 y los 50 dólares, dependiendo del gobierno local. La gran mayoría, aproximadamente el 99%, son mujeres, y en marzo de 2024 había más de 252.000 BHW registradas⁽²⁴⁾. Si se tienen en cuenta los trabajadores no registrados, el número total asciende aproximadamente a 500.000⁽²⁵⁾.

La Carta Magna de Agentes Comunitarios de Salud de Barangay es un proyecto de ley histórico, aprobado por la Cámara de Representantes y el Senado. En el momento de su publicación, se espera que el presidente la convierta en ley en junio de 2025. La Carta Magna garantiza unos honorarios mensuales mínimos de 3.000 pesos filipinos (unos 60 dólares). El proyecto de ley también prevé subsidios de transporte, subsistencia y peligrosidad, cobertura de seguros, un subsidio de emergencia sanitaria (HEA) durante las crisis de salud pública, regalos en metálico, un incentivo único dedicado a los servicios, apoyo a la promoción profesional, servicios jurídicos gratuitos y acceso a programas gubernamentales de subsistencia⁽²⁶⁾.

Con el objetivo de reforzar el perfil de cualificación del sector, en virtud de la Carta Magna, los BHW deberán

realizar cursos de formación y obtener la certificación de las autoridades sanitarias municipales o de la ciudad.

El impulso a la Carta Magna cobró fuerza con la elección de Angélica Natasha Co, representante de la lista del partido BHW, a la Cámara de Representantes en 2019. Ella fue la encargada de llevar el proyecto de ley a la Cámara de Representantes en 2022. En el Senado, el viceportavoz de la mayoría, Joseph Victor Ejercito, presentó el proyecto de ley.

La organización de los trabajadores desempeñó un papel fundamental a la hora de sensibilizar a la opinión pública sobre el proyecto de ley y fomentar el apoyo político. Roland de la Cruz habló del proceso,

"UNI y el Consejo de Enlace Filipino apoyaron activamente la defensa..... Así que cada vez que hay una audiencia, cada vez que hay un debate sobre la Carta Magna, la representante de UNI-PLC... y también la presidenta de la Federación BHW en la Región de la Capital Nacional. La hermana Myma Gaite es muy, muy activa en la asistencia a todas estas audiencias del comité del Senado, debates y otras actividades que realizamos para [mantener el] ritmo de los tambores, para que el público sea más consciente de que hay una Carta Magna pendiente en el Senado, que tenemos que presionar al Senado para que apruebe la Carta Magna"⁽²⁷⁾.

A pesar del apoyo generalizado a la importancia y el contenido del proyecto de ley, los avances fueron lentos debido a los retrasos en los presupuestos y la financiación.



"En la nueva ley, que es la Carta Magna entrante, los trabajadores sanitarios de los barangay gozan de ciertas protecciones. Tienen una remuneración fija, al menos mínima. Ahora mismo, depende realmente del gobierno local la cantidad que dará a los trabajadores sanitarios de los barangay como voluntarios..... Así que éste es realmente un gran paso hacia la emancipación de los Trabajadores Sanitarios de Barangay de la explotación, el abuso y la pobreza prolongada, especialmente en las zonas rurales".

Roland de la Cruz

Consejo de Enlace UNI Filipinas, 7 de mayo de 2025





Los debates se retrasaron aún más por los cambios en la dirección del Senado. En 2025, el Senado aprobó un proyecto de ley en el que se llegaba a un compromiso por el que se exigía al gobierno nacional que pagara la aplicación en las zonas de renta más baja, mientras que las unidades de gobierno local de primera y segunda clase debían adoptar sus propias ordenanzas para financiar la aplicación.

Lecciones aprendidas

La normativa nacional promueve unas normas mínimas para el trabajo digno.

Una característica clave de los modelos de relativo éxito de Brasil, Sri Lanka, y la próxima de las reformas en Filipinas es su alcance nacional. Las normas mínimas en todo el país garantizan la coherencia en la formalización y ayudan a consolidar el reconocimiento público del trabajo de cuidados. El contexto político y económico suele implicar que los impulsos políticos y las innovaciones programáticas se produzcan primero a escala local, estatal o provincial. Hacer hincapié en las reformas a escala nacional ayuda a evitar grandes variaciones en las condiciones de trabajo y la protección laboral. Las provincias y los municipios con menos ingresos pueden necesitar subvenciones federales para financiar los salarios y las prestaciones.



La organización a largo plazo y el compromiso político sostenido son esenciales para conseguir derechos laborales.

Los líderes sindicales de Brasil, Sri Lanka y Filipinas subrayaron la prioridad de la organización continua a escala local, estatal y nacional como pilar central para construir un sistema sanitario que respete los derechos de los trabajadores. Organizar a los trabajadores y reforzar su identidad como trabajadores/as de cuidados de la comunidad facilita el poder colectivo y refuerza la voz política para impulsar reformas y defenderse de retrocesos perjudiciales.

Concienciar a la opinión pública de la contribución de los agentes comunitarios de salud a la salud pública es esencial para obtener apoyo político y reconocimiento formal.

Los organizadores de Brasil señalaron que uno de sus primeros retos fue cambiar las percepciones y los prejuicios sociales, y concienciar sobre el valor de los agentes comunitarios de salud para la protección de los derechos y los resultados sanitarios. Este reconocimiento ha ayudado a las matronas de Sri Lanka a promover y potenciar un programa de trabajo decente.

Los programas de formación técnica y certificación son un elemento clave de la formalización del trabajo de cuidados.

Una característica común de los países con modelos más sólidos de trabajo decente para los cuidadores son los programas de certificación previa, las vías de progresión profesional y las oportunidades de formación y acreditación. Todo ello contribuye a la profesionalización del sector y a la mejora de la calidad de la asistencia y de la seguridad y la salud en el trabajo.

ORGANIZARSE PARA FORMALIZAR A AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD



India

En la India, los agentes comunitarios de salud desempeñan un papel esencial en la atención primaria y se dividen en enfermeras-parteras auxiliares (ANM), activistas sociales de salud acreditadas (ASHA) y trabajadoras y ayudantes anganwadi (AWW). Las ANM reciben salarios públicos que varían según el estado. Sin embargo, las ASHA y las AWW se consideran voluntarias, y las ASHA reciben incentivos basados en el rendimiento por actividades como las campañas de inmunización. Los trabajadores y ayudantes anganwadi reciben unos honorarios mensuales por su trabajo centrado en la nutrición infantil⁽²⁸⁾.

protecciones laborales como el salario mínimo y la seguridad y salud en el trabajo.

Con el tiempo se han producido algunas mejoras en las prestaciones. En la actualidad, los trabajadores y ayudantes anganwadi disfrutan de 180 días de permiso de maternidad remunerado, 20 días de vacaciones anuales, seguro de vida y acceso a planes de pensiones contributivos⁽²⁹⁾. En una decisión consecuente de finales de 2024, el Tribunal Superior de Gujarat dictaminó que los trabajadores y ayudantes anganwadi debían ser reconocidos como empleados públicos con derecho a la estructura de la escala salarial pública en lugar de a honorarios⁽³⁰⁾. Esta decisión refuerza la defensa a escala nacional del reconocimiento de los trabajadores y ayudantes anganwadi como empleados públicos.

Las inversiones en la organización de los trabajadores y las campañas a largo plazo han dado lugar a mejoras. Por ejemplo, en la provincia de Jharkhand, después de que los agentes comunitarios de salud comenzaran a organizarse como describe Ashok Kumar Singh más adelante, han intensificado el diálogo con el gobierno estatal y están negociando el fortalecimiento de las condiciones de trabajo y los beneficios⁽³¹⁾. Más de 20.000 trabajadores se organizaron una manifestación en apoyo de su lista de 8 puntos de demandas al gobierno en septiembre de 2024⁽³²⁾. En mayo de 2025, el gobierno se había comprometido a una enmienda de las condiciones de servicio, el pago oportuno de honorarios y el suministro de tabletas Android. Los trabajadores están negociando la simplificación de los aumentos salariales, el aumento de las prestaciones de jubilación³³, los ascensos por antigüedad a puestos de supervisor y la financiación o el suministro adecuados de material nutricional⁽³⁴⁾.³⁴

Los trabajadores también han abogado por mejorar la seguridad en el trabajo. Tras la pandemia de COVID-19

"Formamos un comité local, un comité de barrio, un comité de distrito y un comité estatal. Presentamos nuestra lista de reivindicaciones al gobierno. Tras presentarla, negociamos con el gobierno.... Celebramos protestas de un día. Hicimos todo tipo de agitaciones, concentraciones, reuniones y reuniones bilaterales para llamar la atención del gobierno. El gobierno tuvo en cuenta nuestras demandas y conseguimos nuestras reivindicaciones..... Todo empezó con una campaña puerta a puerta".

Ashok Kumar Singh

JSNGEF-IN, India, 9 de mayo de 2025



reclamó un acceso regular a los equipos de protección, y no sólo durante las crisis.

Un factor que ha contribuido al éxito de la organización ha sido el liderazgo de los trabajadores. La secretaria general estatal del sindicato JSHCEF, Rekha Mandal, afirma: *"Trabajo como agente comunitaria de salud y colaboro con el sindicato. Es positivo porque la gente sabe que soy como ellos. Soy una de ellos. Así que pueden confiar en mí, porque entiendo sus problemas sobre el terreno, en el trabajo, en casa, conozco la situación real del trabajo como trabajadora sanitaria comunitaria en la India".*³⁵ Señaló que los intercambios transfronterizos de aprendizaje con sindicatos de agentes comunitarios de salud de otros países reforzarían su defensa de la mejora de las condiciones de trabajo y la formalización.

Nepal

En Nepal, las voluntarias comunitarias de salud (FCHV) son una parte importante del sistema de salud pública, ya que prestan servicios de salud materno infantil, inmunización y educación sanitaria a comunidades desatendidas y remotas. Las 52.000 FCHV del país siguen estando clasificadas como voluntarias y no reciben un salario regular, protección social ni otras prestaciones.

En todo el país, las FCHV sólo tienen garantizado un subsidio de vestuario, un subsidio de transporte y una prestación única de jubilación de 20.000 NPR (aproximadamente 150 USD). En comparación, el personal sanitario oficial puede recibir entre 3 y 4 millones de NPR o más, con prestaciones de jubilación continuas. La prestación de jubilación ejemplifica la fragmentación de las condiciones de trabajo en todo el país: en algunas provincias y municipios, las FCHV cobran el mínimo nacional de 20.000 NPR, mientras que otras perciben cantidades adicionales. Por ejemplo, las zonas más ricas, como el municipio de Chandragiri y la ciudad de Katmandú, ofrecen a las FCHV 200.000 NPR adicionales en concepto de prestaciones de jubilación.

Las inversiones en la organización de las trabajadoras han aumentado la visibilidad de las deficientes condiciones laborales de las agentes comunitarias de salud y muestran la promesa de construir poder colectivo.



El Sindicato de Trabajadores de la Salud de la Comunidad de Nepal (HEVON/FCHWU), afiliado de UNI Global Union que representa a más de 10.000 FCHV de todo el país, consiguió un seguro de enfermedad gratuito para los FCHV de la provincia de Bagmati en 2023³⁶. Anteriormente, los FCHV tenían que pagar una prima de 1.750 rupias. Con el nuevo acuerdo, el gobierno federal pagará el 50% y el gobierno provincial la otra mitad⁽³⁷⁾.

La falta de reconocimiento formal y de una remuneración adecuada por su trabajo agrava los problemas sociales a los que se enfrentan los trabajadores, en su mayoría mujeres, a la hora de participar en el mercado laboral. Muchas FCHV informan de que sufren conflictos en casa por trabajar sin remuneración, incluidas las que forman parte de hogares agrícolas en los que se espera que todos contribuyan al trabajo doméstico. El hecho de estar de guardia para atender partos y emergencias también les obliga a interrumpir sus obligaciones personales y comunitarias.

Kopila Pokharel, agente comunitaria de salud y dirigente sindical, declaró: *"Por ahora, nuestra lucha es por nuestra identidad como agentes comunitarios de salud, no como voluntarias..... El gobierno debería considerarnos*

"Antes no teníamos presupuesto ni un equipo adecuado para hacer el trabajo. Pero una vez que nos afiliamos a la UNI, tuvimos organizadores a tiempo completo que nos apoyaron y guiaron. Nos apoyaron con fondos para actividades. Pudimos expandirnos fuera de Katmandú y formar comités en otras provincias".

Kopila Pokharel

Secretaria general, HEVON, Nepal, 6 de mayo de 2025.



como agentes comunitarios de salud, dándonos al menos el salario básico, que es de 17.300 al mes. Y aparte de eso, también queremos formar parte del plan de seguridad social de Nepal".³⁸

Pakistán

Al igual que otros programas de agentes comunitarios de salud del sur de Asia, el Programa de Trabajadoras de Salud de Pakistán desempeña un papel fundamental en la prestación de atención sanitaria primaria. Creado en 1994, el programa ha aumentado las tasas de inmunización del país, ha reforzado la planificación familiar y ha mejorado la atención prenatal⁽³⁹⁾. A pesar de estas contribuciones, las trabajadoras han tenido que luchar contra el pago bajo e irregular de los salarios, la prohibición de realizar trabajos adicionales y las condiciones de trabajo peligrosas, incluidas las amenazas de violencia durante las campañas contra la poliomielitis.

La sindicalización y las movilizaciones masivas frente a la importante opresión autoritaria, combinadas con la defensa a través del sistema judicial, han desempeñado un papel importante en el reconocimiento de sus derechos laborales, lo que dio lugar a una orden del Tribunal Supremo de 2013 para regularizar su empleo y situarlas en una escala salarial⁽⁴⁰⁾. El sindicato All Lady Health Workers Programme Union (ALPU) de Pakistán, dirigido por la presidenta Bushra Arain, ha ganado siete peticiones constitucionales en el Tribunal Supremo. Como resultado, más de 125.000 trabajadoras sanitarias fueron regularizadas y recibieron indemnizaciones retroactivas.

Siguen existiendo múltiples problemas, como la aplicación de las protecciones laborales⁽⁴¹⁾. Miles de vacantes siguen sin cubrirse, a pesar de que los candidatos pagan las tasas de solicitud, lo que sugiere una mala gestión. En la actualidad, los miembros de la ALPU han luchado contra los intentos de privatizar el programa mediante el desvío de fondos públicos destinados a empresas privadas y ONG. Estas medidas amenazan la protección de los trabajadores, la estructura del servicio y la responsabilidad pública.

Las trabajadoras sanitarias han creado poderosos sindicatos. Las reuniones mensuales de distrito, las herramientas digitales como los grupos de WhatsApp y las redes sociales han permitido una comunicación rápida, la documentación de las quejas y la acción coordinada⁽⁴²⁾. La defensa sindical también condujo al fin de las tareas de seguridad electoral forzadas de las trabajadoras sanitarias.

Lecciones aprendidas

Las actitudes arraigadas que infravaloran el trabajo de las mujeres y su labor asistencial frenan el avance hacia la formalización.



En Asia Meridional, los agentes comunitarios de salud desempeñan un papel esencial y de gran repercusión en la prestación de servicios sanitarios básicos, pero no han recibido el reconocimiento público ni los recursos adecuados. Hay que trabajar mucho para cambiar las narrativas y las percepciones públicas, así como las estructuras organizativas arraigadas que han enmarcado a los agentes comunitarios de salud como "voluntarios" o "ayudantes". El aumento de las oportunidades de formación y certificación puede contribuir a una mayor valoración de la labor asistencial.

El apoyo de UNI aumentó significativamente el poder y el alcance de los sindicatos locales, lo que se tradujo en logros concretos en materia de formalización y trabajo decente.

Los sindicatos locales y las organizaciones de trabajadores se han beneficiado del apoyo de UNI destinado a la formación de dirigentes, el fortalecimiento de la movilización y la comunicación de los miembros y el compromiso político estratégico. En un período relativamente corto, por ejemplo, los agentes comunitarios de salud de Nepal han visto crecer su afiliación y su poder colectivo. Los organizadores sindicales de la provincia de Jharkand han logrado incluir las reivindicaciones de los trabajadores en la agenda del gobierno estatal.

"Porque según la ley, según la orden del Tribunal Supremo, el presupuesto ya está asignado a la estructura de servicios de las agentes comunitarias de salud. Pero el gobierno no utilizó el presupuesto para el desarrollo profesional [de las trabajadoras], para la promoción. Transfirieron este presupuesto y contrataron a una nueva empresa de repente. Todo esto es contrario a la ley. Básicamente, quieren eliminar la estructura de las agentes comunitarias de salud. Se puede decir que, poco a poco, en el futuro, se limitarán a contratar a algunas trabajadoras por días o a un tercero. No tendrán voz para defender sus derechos".

Bushra Arain

Presidenta, All Lady Health Workers Programme Union (ALPU), Pakistán, 9 de mayo de 2025



FORMALIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO A DOMICILIO

Washington Stdte, EE.UU.

Al principio, los trabajadores de cuidados de larga duración de Washington -principalmente mujeres, inmigrantes y mayores de 55 años- eran clasificados como contratistas independientes y trabajaban en malas condiciones. Recibían salarios bajos, carecían de prestaciones, vivían en entornos aislados y a menudo inseguros, y no tenían derecho legal a sindicarse. La organización de los trabajadores ha dado lugar a avances transformadores. SEIU 775, creado en 2002 para representar a los trabajadores de cuidados de larga duración después de que una iniciativa electoral lograra el derecho a la negociación colectiva con el Estado, cuenta con unos 55.000 afiliados, incluidos 40.000 trabajadores de cuidados a domicilio. Con el tiempo, han conseguido bajas por enfermedad remuneradas, asistencia sanitaria asequible, prestaciones de jubilación, indemnizaciones laborales y formación técnica. Estos cambios han mejorado tanto la calidad

de las condiciones de trabajo de las cuidadoras y la calidad de la atención a los usuarios.

Un ingrediente para el éxito de la organización en Washington es la naturaleza relativamente consolidada de su sistema de cuidados de larga duración. La elaboración de políticas y presupuestos para los servicios de atención a largo plazo está centralizada en la Administración de Apoyo a Largo Plazo y Envejecimiento (*ALTS*, por sus siglas en inglés), que forma parte del Departamento de Servicios Sociales y Sanitarios del Estado de Washington (*DSHS*, por sus siglas en inglés). Además, como señaló Mariana Morante, directora del departamento de investigación y política de SEIU, "hay un programa dirigido por el consumidor en el que se pueden consolidar muchos de los trabajadores de atención domiciliaria. Y luego hay un pequeño número de trabajadores de atención domiciliaria que trabajan con agencias -.... Y eso nos ayudó a crear densidad. Hay otros estados ... donde tienen mucho más fragmentación. Y entonces es más difícil organizarse y conseguir ese poder en la legislatura".⁴³



"Los cuidadores, bueno, anteponen sistemáticamente a sus clientes y a sus familiares. Todo lo que hacemos para defender a las cuidadoras consiste también en crear estabilidad y atención para las personas a las que cuidan. Así que esa ha sido siempre la forma en que los cuidadores abordan la defensa..... Hay algunas organizaciones para mayores y personas con discapacidad que entienden que el trabajo conjunto de todos mejora la financiación".

Andrew Beane

Vicepresidente SEIU 775, 5 de mayo de 2025

Otro punto fuerte es encontrar un terreno común entre los cuidadores y los consumidores de cuidados de larga duración. Los cuidadores subrayan que la mejora de su salario, formación y satisfacción laboral aumenta la calidad de los cuidados que reciben sus clientes. El interés mutuo por mantener una mano de obra cualificada y estable permite establecer alianzas estratégicas. Aunque puede haber diferencias en algunas posturas políticas, por ejemplo, en aspectos concretos de los mandatos de formación o las modalidades de comprobación de antecedentes, los cuidadores a largo plazo y las organizaciones de consumidores suelen trabajar en pro de un programa común, especialmente cuando se oponen a los recortes de Medicaid o luchan por una mejor financiación.⁽⁴⁴⁾ En reconocimiento de esto, algunos contratos entre SEIU 775 y las agencias de cuidados a domicilio incluyen disposiciones para que el cuidador se tome un día de permiso con fines de cabildeo.⁴⁵

Con el objetivo de mejorar la cualificación de los trabajadores y la calidad de la atención, Washington ha establecido los requisitos de formación más exigentes de Estados Unidos para los cuidadores a domicilio, similares a los de un auxiliar de enfermería certificado (CNA). Algunos clientes han expresado su preocupación por estas normas, incluida la capacidad de retener a los cuidadores de confianza. La creación de flexibilidad en la forma de impartir la formación y la oferta de oportunidades de formación remunerada han ayudado a abordar estas preocupaciones.

Otros elementos clave que contribuyen a la formalización de los trabajadores de cuidados de larga duración y a los avances en el programa de trabajo decente en el sector de los cuidados son el profundo compromiso político, el diálogo regular con interlocutores sociales fuertes y la transparencia. Una junta centralizada de fijación de tarifas para los salarios y prestaciones de los trabajadores de asistencia domiciliar ha creado un productivo proceso de negociación colectiva. Las negociaciones pueden centrarse en la asignación de un porcentaje fijo de reembolso de Medicaid, en lugar de debatir sobre los recursos disponibles. Todas las mejoras de las condiciones laborales han ido acompañadas de una acción popular y un compromiso político constantes. Beane afirma: "Hubo un número importante de marchas y manifestaciones en el Capitolio. Y hubo una enorme inversión en política y en intentar elegir a personas que hicieran lo correcto por los cuidadores."⁴⁶

Actualmente un modelo nacional y mundial, la fuerza del movimiento de trabajadores de cuidados de larga duración en el estado de Washington obtuvo un apoyo decisivo en sus inicios. Andrew Beane señaló: "Antes de que tuviéramos un sindicato, necesitábamos recursos y el SEIU nacional había votado a favor de añadir un fondo al que los sindicatos locales contribuían para ayudar a este tipo de campañas. Así que si los sindicatos locales de todo el país no hubieran financiado los primeros años de los trabajadores a domicilio que intentaban formar su sindicato, nunca lo habrían conseguido. Y creo que fue una inversión que ha merecido la pena"⁽⁴⁷⁾.

Colombia

En Colombia existen varias categorías de cuidadoras. Un grupo que no ha sido bien reconocido ni organizado es el de los familiares no remunerados que ayudan a parientes con discapacidades, Alzheimer o enfermedades crónicas. Algunos reciben un modesto estipendio del gobierno, normalmente unos 11 dólares al día, vinculado a las necesidades de la persona a la que cuidan, a menudo niños o personas con discapacidades físicas o cognitivas. Otros no reciben nada. A menudo, las cuidadoras deben sufragar los gastos de su propio bolsillo.

En 2024, UNI lanzó la *Red de Trabajadoras de Cuidados de Colombia* como parte de la campaña Juntos Cuidamos: Alianzas para un sistema de salud equitativo.⁴⁸ La red se centra en la concienciación de las trabajadoras y en la consolidación de su fuerza. Se están organizando localmente, dividiendo Bogotá en zonas para llegar mejor a las cuidadoras allí donde viven y trabajan. Las reuniones locales reducen las barreras de la distancia, el tiempo y el coste. Las cuidadoras, aisladas desde hace tiempo, están empezando a conectar entre sí y a construir una identidad y una voz colectivas. María Elisa Alfaro se refirió a los ingredientes del éxito organizativo: "Los líderes están recibiendo formación y desarrollando sus capacidades, de modo que el movimiento y el alcance sean locales. De cuidador a cuidador, y eso marca la diferencia. Escuchar de verdad. En persona. Reuniones atractivas".⁴⁹



"[Si me pagaran por mi trabajo de cuidadora] no tendría que tener otros dos empleos y podría dedicarme al cien por cien a cuidar de mi marido..... [Podría recibir formación.] Como tiene problemas de movilidad física, aprendería a apoyarle en el baño para no hacerme daño en la espalda, tengo que vestirle, podría proporcionarle apoyo para que no me afectara físicamente. También cómo proporcionarle apoyo emocional porque el dolor de sus riñones es insoportable".

María Elisa Alfaro

Red de Trabajadoras de Cuidados, Colombia, 8 de mayo de 2025



La Red de Trabajadoras de Cuidados cuenta en la actualidad con más de 250 miembros y está llegando a líderes locales e iniciativas públicas como las "Manzanas del Cuidado". Están adoptando un enfoque a largo plazo para organizarse y conseguir las protecciones articuladas en su Carta de Derechos 2024: 1) la formalización del trabajo de cuidados como profesión reconocida, 2) el acceso a la formación y la certificación, 3) la libertad de asociación y 4) el derecho a la negociación colectiva⁽⁵⁰⁾.

En febrero de 2025, Colombia aprobó su primera Política Nacional de Cuidados, con el objetivo de satisfacer las necesidades de cuidados de su población y apoyar a los cuidadores con reconocimiento, formación y mejores condiciones laborales. Los defensores identifican la financiación sostenible como un reto. La Red espera influir en la normativa y la aplicación de la Política Nacional de Cuidados.

República Dominicana

El personal de cuidados domiciliarios de la República Dominicana suelen trabajar sin contrato, seguridad social ni protecciones laborales básicas. La mayoría no ha recibido formación formal. La Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras (FENAMUTRA) ha estado trabajando para aumentar el reconocimiento público de los trabajadores de la salud a domicilio, mejorar las oportunidades de formación y abogar por una mayor protección laboral.

Un programa innovador, "Familias de Cariño", fue lanzado en 2020 por el Consejo Nacional para el Envejecimiento (CONAPE)⁽⁵²⁾. A través de esta iniciativa, los cuidadores del vecindario, a menudo mujeres solteras o personas desempleadas o jubiladas, convierten sus hogares en espacios que proporcionan cuidados dignos a los adultos mayores. Aunque el programa no paga a los cuidadores un salario formal o la seguridad social, representa un paso hacia la formalización y el pago regular mediante la provisión de un estipendio mensual de 15.000 dólares (unos 254 dólares). El programa está creciendo: empezó con menos de 50 cuidadores y, en 2025, contaba con 290 personas dedicadas al cuidado de ancianos.

FENAMUTRA, con el apoyo de UNI Care, ha impulsado con éxito la integración de un componente de formación en el programa. El acuerdo inicial con CONAPE implicaba que FENAMUTRA proporcionara a 200 trabajadores formación avalada por el Instituto Nacional de Formación Técnica y Profesional (INFOTEP) y certificación técnica con reconocimiento nacional e internacional. La formación, de 15 horas de duración, incluye seguridad y salud en el trabajo, cuidado de ancianos, gestión de conflictos y violencia laboral. FENAMUTRA se basa en esta formación para impulsar otras oportunidades de formación y certificación.

FENAMUTRA también forma parte de la Mesa Nacional de Cuidados y apoya una iniciativa piloto en dos regiones que da prioridad a los cuidados a niños, personas mayores y discapacitados. Colaboran



*"Es muy importante que haya una auditoría y un concurso público. Porque no es sólo una empresa o una organización la que va a contribuir al contrato... Se va a contratar a numerosas empresas y organizaciones..... Es muy importante que haya una supervisión y un proceso de control para garantizar que se respeta lo que dice el gobierno sobre los derechos de los trabajadores".*⁵¹

Ruth Díaz

FENAMUTRA, República Dominicana, 6 de mayo de 2025

con diversas organizaciones que integran la Mesa Nacional de Cuidados, como el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAPI), el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), el Ministerio de la Mujer y Supérate, el principal programa de protección social del Gobierno dominicano.

FENAMUTRA está en conversaciones tanto con CONAPE como con la mesa de cuidados para formalizar plenamente a estos trabajadores. Ya se ha formalizado a un pequeño número de trabajadores, que reciben todas las prestaciones sociales, pero FENAMUTRA está presionando para que todas las cuidadoras reciban contratos de trabajo formales que garanticen prestaciones sociales como la atención sanitaria y la jubilación, para construir un sistema de cuidados de larga duración que aplique plenamente los principios de las 5R de la OIT.

En 2025, el gobierno está avanzando hacia la subcontratación de servicios asistenciales a través de terceros, lo que suscita preocupación por los contratiempos en la formalización del personal sanitario a domicilio, las condiciones laborales y la calidad de la asistencia. El sector se enfrentará a la fragmentación entre múltiples proveedores privados. Aunque el programa Familia con Cariño cubre en la actualidad los costes del cuidado de ancianos, incluidos los estipendios de los trabajadores, no hay garantías de que este modelo se mantenga a medida que se amplíe la subcontratación. Ruth Díaz expresó su preocupación por un modelo de subcontratación que da prioridad a la perspectiva empresarial frente a los derechos sanitarios y laborales. Pidió una fuerte supervisión estatal, prácticas de contratación justas y normas de obligado cumplimiento en materia de salarios, horarios y cotizaciones a la seguridad social⁵³.

Lecciones Aprendidas

Organizar a las trabajadoras que prestan cuidados no remunerados a familiares es una prioridad importante para un programa global de trabajo decente en el ámbito de los cuidados.

Las cuidadoras de familiares siguen siendo uno de los colectivos más aislados, dispersos y desorganizados. Llegar a estas cuidadoras es fundamental para construir identidades, agendas y voces políticas individuales y colectivas. Los retos y las prioridades del personal de cuidados domiciliarios, incluidos los que cuidan de sus seres queridos, deben reconocerse específicamente en las políticas y los programas nacionales de asistencia.



La creación de agendas y alianzas complementarias para las trabajadoras y los usuarios de la atención sanitaria es estratégica e impactante.

Esta ha sido una práctica de gran éxito en el estado de Washington, y proporciona un modelo estratégico en otros contextos. Puede incluir la creación de agendas compartidas para aumentar la financiación de la economía asistencial, la calidad de la asistencia y la formación, y reforzar el diálogo social para superar las diferencias políticas.

La formación, la certificación y los itinerarios profesionales son prioridades urgentes para el personal de cuidados domiciliarios.

La formación es fundamental para la seguridad y la salud en el trabajo, así como para la calidad de los cuidados. Las certificaciones y el reconocimiento formal del trabajo de atención sanitaria a domicilio también pueden ayudar a la reinserción laboral una vez finalizadas las responsabilidades de cuidado.

Las inversiones iniciales, ya procedan de sindicatos nacionales o mundiales o de otros donantes, para organizar a los trabajadores de la asistencia no sindicados es una medida estratégica y con visión de futuro para apoyar la formalización de los trabajadores de la asistencia.

La consolidación y la coordinación contribuyen a un diálogo social sólido y productivo entre los interlocutores sociales.

La fragmentación, ya sea entre cuidadoras aisladas y no organizadas, agencias de asistencia privatizadas, usuarios de asistencia sanitaria no organizados o múltiples organismos gubernamentales, perjudica la promoción de un trabajo de asistencia decente. El ejemplo del estado de Washington muestra cómo el diálogo y las relaciones constantes entre un organismo gubernamental centralizado que coordina la asistencia sanitaria de larga duración, un sindicato que representa a las trabajadoras de la asistencia de larga duración y las organizaciones que representan a los usuarios de los servicios sanitarios a domicilio han sido mutuamente beneficiosos para la transparencia, la financiación, la calidad de la asistencia y unas condiciones de trabajo dignas.

AGRADECIMIENTOS

UNI Global Union desea dar las gracias a todos los que han contribuido a nuestro trabajo y a nuestros éxitos recientes, y a los que han hecho posible este informe. Nisha Varia, consultora, investigó y redactó este informe.

Nos gustaría expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestros donantes, el Care Fund y la Fundación Ford, por su apoyo a la encuesta mundial de trabajadores/as de cuidados, a este informe y a la organización de los cuidadores informales en todo el mundo. Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al SAGE Fund por su apoyo a la organización de los agentes comunitarios de salud en el sur de Asia.

Notas finales

- 1 OIT, *Resolución relativa al trabajo decente y la economía asistencial*, CIT.112/Resolución V, 2024, punto 17.
- 2 Organización Mundial de la Salud, "Health Workforce", https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1.
- 3 Organización Mundial de la Salud, "La OMS pide una transformación urgente of care and support systems for older people", 1 de octubre de 2024, <https://www.who.int/news/item/01-10-2024-who-calls-for-urgent-transformation-of-care-and-support-systems-for-older-people>.
- 4 OIT, *Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal*, adoptada por la Conferencia en su 140.ª reunión, Ginebra, 12 de junio de 2015 (Recomendación núm. 204) y OIT, *Resolución relativa al trabajo decente y la economía asistencial*, CIT.112/Resolución V, 2024.
- 5 EFFAT, EFFE, EFSI y UNI Europa, 2024 Personal & Household Services Employment Monitor: Towards a Sustainable and Equitable Future for Care and Help at Home, mayo de 2024, <https://.phs-monitor.eu/>
- 6 PHS Monitor, p. 21.
- 7 Respuesta de un trabajador sanitario comunitario, Brasil, encuesta mundial UNI, 2025.
- 8 Respuesta de un trabajador sanitario comunitario, Ghana, encuesta mundial UNI, 2025.
- 9 Respuesta de un trabajador sanitario comunitario, Kenia, encuesta mundial UNI, 2025.
- 10 Respuesta del trabajador sanitario comunitario 2, Kenia, encuesta mundial UNI, 2025.
- 11 Respuesta de la trabajadora sanitaria 2, Pakistán, encuesta mundial UNI, 2025.
- 12 Respuesta de un trabajador sanitario comunitario, India, encuesta mundial UNI, 2025.
- 13 Respuesta del trabajador sanitario comunitario 2, Filipinas, encuesta mundial UNI, 2025.
- 14 Respuesta de Lady Health Worker 3, Pakistán, encuesta mundial UNI, 2025.
- 15 Respuesta de un trabajador sanitario a domicilio, Colombia, encuesta mundial de UNI, 2025.
- 16 Camila Giugliani y Rose Zulliger, "The Community Health Agent Program of Brazil", en Henry B. Perry (ed.), *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*, octubre de 2021, págs. 61-73, https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2021/11/Health_for_the_People_Natl_Case%20Studies_Oct2021.pdf, (consultado el 21 de mayo de 2025).
- 17 Entrevista con Fernando Cândido, presidente del Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (SINDACS), 14 de mayo de 2025.
- 18 Entrevista con Fernando Cândido, presidente del Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (SINDACS), 14 de mayo de 2025.
- 19 Ibid.
- 20 Ibid.
- 21 SINDACS, "Exchange with community health workers from Sri Lanka", UNI GLOBAL, 29 de enero de 2025.
- 22 Entrevista con Fernando Cândido, 14 de mayo de 2025.
- 23 Entrevista con Devika Kodithuwakku, presidenta de la Asociación Gubernamental de Servicios de Partería, Sri Lanka, 22 de mayo de 2025.
- 24 UNI Global Union, "Philippine Senate Approves Magna Carta of Barangay Health Workers on Final Reading", 5 de marzo de 2025, <https://uniglobalunion.org/news/philippines-approves-magna-cart-a-of-bhws>, (consultado el 7 de mayo de 2025).
- 25 Myrna Gaité, "Barangay Health Workers (BHWs): The Situation of Community Care Workers in the Philippines", presentación, conferencia UNI CARE, enero de 2025.
- 26 UNI Global Union, "Philippine Senate Approves Magna Carta of Barangay Health Workers on Final Reading", 5 de marzo de 2025, <https://uniglobalunion.org/news/philippines-approves-magna-cart-a-of-bhws/>, (consultado el 7 de mayo de 2025).
- 27 Entrevista con Roland de la Cruz, Consejo de Enlace de UNI Filipinas, 7 de mayo de 2025.
- 28 "India's Auxiliary Nurse-Midwife, Anganwadi Worker, and Accredited Social Health Activist Programs". En: Perry, H.B. (ed.). *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*, pp. 113-136. USAID y MCSP. USAID y MCSP.
- 29 "India's Auxiliary Nurse-Midwife, Anganwadi Worker, and Accredited Social Health Activist Programs". En: Perry, H.B. (ed.). *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*, pp. 113-136. USAID y MCSP. USAID y MCSP.

- 30 Saeed Khan, "HC: Formulate policy to absorb anganwadi staff into government service", Times of India, 9 de noviembre de 2024, http://timesofindia.indiatimes.com/articleshow/115098775.cms?utm_source=contentofinterest&utm_medium=text&utm_campaign=cppst, (consultado el 22 de mayo de 2025).
- 31 Entrevista con Rekha Mandal y Ashok Kumar Singh, JSNGEF-IN, India, 9 de mayo de 2025.
- 32 UNI Global Union, "Over 20,000 community health workers rally in Jharkhand for better pay, benefits and conditions," 26 de septiembre de 2024, <https://uniglobalunion.org/news/community-care-workers-rally-india/> (consultado el 9 de mayo de 2025).
- 33 10.000 rupias para los trabajadores Anganwadi y 5.000 rupias para los ayudantes Anganwadi.
- 34 Entrevista con Rekha Mandal y Ashok Kumar Singh, JSNGEF-IN, India, 9 de mayo de 2025.
- 35 Entrevista con Rekha Mandal y Ashok Kumar Singh, JSNGEF-IN, India, 9 de mayo de 2025.
- 36 UNI Global Union, "Victory for Nepalese union wins landmark free health insurance for community health workers", 26 de septiembre de 2023, <https://uniglobalunion.org/news/nepal-chw/#:~:text=In%20a%20triumphant%20culmination%20to,landmark%20initiative%20that%20underscores%20the> (consultado el 8 de mayo de 2025).
- 37 Entrevista con Kopila Pokharel, secretario general de HEVON, Nepal, 6 de mayo de 2025.
- 38 Entrevista con Kopila Pokharel, secretario general de HEVON, Nepal, 6 de mayo de 2025.
- 39 Oxford Policy Management, "External Evaluation of the National Programme for Family Planning and Primary Health Care: Lady Health Worker Programme", 2009, <https://www.opml.co.uk/files/Publications/6241-evaluating-lady-health-worker-programme/lhw-management-review.pdf?noredirect=1> (consultado el 27 de mayo de 2025).
- 40 "LHWs file contempt plea over issue of service regularization", Dawn, 24 de diciembre de 2014.
- 41 "Sindh's failure to enforce LHWs' service structure contempt of court: rights activists", Dawn, 3 de octubre de 2023, <https://www.dawn.com/news/1778969>
- 42 Entrevista con Bushra Arain, presidenta de All Lady Health Workers Programme Union, Pakistán, 9 de mayo de 2025.
- 43 Entrevista con Andrew Beane y Mariana Monte, SEIU 775, estado de Washington, EE.UU., 5 de mayo de 2025.
- 44 Entrevista con Andrew Beane y Mariana Monte, SEIU 775, estado de Washington, EE.UU., 5 de mayo de 2025.
- 45 Por ejemplo, "SECCIÓN 24.4 ASESORAMIENTO DE LAS AGENCIAS DE ASISTENCIA A DOMICILIO
DÍA En reconocimiento del hecho de que las partes comparten un compromiso igual para mejorar la calidad de la atención de los programas de atención domiciliaria, específicamente para los trabajadores de agencias de atención domiciliaria y agencias privadas, el Empleador hará todo lo posible para proporcionar un día de licencia sin goce de sueldo para hasta el siete por ciento (7%) de la unidad de negociación con el fin de asistir a un día de defensa de los temas relacionados con la atención domiciliaria proporcionada por agencias. El empleador y SEIU 775 acordarán mutuamente la agenda del día de defensa". <https://seiu775.org/wp-content/uploads/2024/03/CCS-2023-2025-CBA.pdf> (consultado el 21 de mayo de 2025).
- 46 Entrevista con Andrew Beane y Mariana Monte, SEIU 775, estado de Washington, EE.UU., 5 de mayo de 2025.
- 47 Entrevista con Andrew Beane y Mariana Monte, SEIU 775, estado de Washington, EE.UU., 5 de mayo de 2025.
- 48 UNI Global Union, ""Hoy ya no somos invisibles" - UNI lanza Red de Cuidadores en Colombia", 1 de agosto de 2024, <https://uniglobalunion.org/news/today-we-are-no-longer-invisible-uni-launches-care-workers-network-in-colombia/> (consultado el 6 de mayo de 2025).
- 49 Entrevista con María Elisa Alfaro, Red de Trabajadoras de Cuidados, Colombia, 8 de mayo de 2025.
- 50 UNI Global Union, ""Hoy ya no somos invisibles" - UNI lanza Red de Cuidadores en Colombia", 1 de agosto de 2024, <https://uniglobalunion.org/news/today-we-are-no-longer-invisible-uni-launches-care-workers-network-in-colombia/> (consultado el 6 de mayo de 2025).
- 51 Nota para traductores, original en español: Es muy importante para que haya una fiscalización, o una licitación pública. Porque no es solo una empresa o una organización que va a ser aportada al contrato.... Va a ser aportada o contratada a numerosas empresas y organizaciones.... es muy importante para que haya una fiscalización, o un proceso de seguimiento para asegurar que lo que el gobierno dice sobre los derechos de los trabajadores y todo sea respetado.
- 52 CONAPE, "Programa familias de cariño", <https://www.conape.gob.do/servicios/programa-familias-de-cariño>, (consultado el 21 de mayo de 2025).
- 53 Entrevista con Ruth Díaz, FENAMUTRA, República Dominicana, 6 de mayo de 2025.



UAI
global
union

care

www.uniglobalunion.org