

ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN A LA SALUD ANTE EL COVID-19 EN TRABAJADORAS DE UN CENTRO DE SALUD.

HEALTH PROTECTION STRATEGIES AGAINST COVID-19 IN WORKERS WOMEN AT A HEALTH CENTER.

Ariel Pérez Galavis¹, Marileidis Viloría Godoy¹, Alis A. Pérez Alcalá²

ABSTRACT

Disease outbreaks affect women and men differently, so pandemics exacerbate existing inequalities for women, as well as discrimination against other marginalized groups. The present investigation addressed the experiences of workers in the health sector in times of Covid-19, through the analysis of the social representations present in the discourse of their stories, regarding the health protection strategies that they implement, from the gender perspective as an analytical category and intersectionality. It was carried out from the post-positivist paradigm, qualitative approach, hermeneutic phenomenological method and exploratory-descriptive level. It had the contributions of five health workers, and an in-depth focused individual interview was applied, which allowed the unveiling of codes, symbols, records and meanings of the strategies developed by these women to safeguard their health, in the face of both labor and social challenges. Domestic problems they had to face during the Covid-19 pandemic. The analysis of their speeches revealed a gap in terms of public policies on gender aimed at protecting the health of working women during pandemics, placing them at a disadvantage due to the specific impacts on their physical and mental health. It is concluded that it is necessary for States to reduce the inequality gap, both in labor and in unpaid work, through the development of public policies aimed at protecting the health of women, girls and adolescents.

KEY WORDS: workers women; health strategies; COVID-19.

RESUMEN

Los brotes de enfermedades afectan a las mujeres y los hombres de manera diferente, por lo que las pandemias exacerbaban las desigualdades existentes para las mujeres, así como la discriminación de otros grupos marginados. La presente investigación abordó las experiencias de trabajadoras del sector salud en tiempos de COVID-19, por medio del análisis de las representaciones sociales presentes en el discurso de sus relatos, en cuanto a las estrategias de protección a la salud que ellas implementan, desde la perspectiva de género como categoría analítica y la interseccionalidad. La misma, se realizó desde del paradigma post-positivista, enfoque cualitativo, método fenomenológico hermenéutico, nivel exploratorio-descriptivo. Contó con los aportes de cinco trabajadoras de la salud y se aplicó una entrevista individual focalizada en profundidad, la cual permitió develar códigos, símbolos, registros y significaciones sobre las estrategias desarrolladas por estas mujeres para salvaguardar su salud, ante los desafíos, tanto laborales como domésticos, que debían enfrentar durante la pandemia por COVID-19. El análisis de sus discursos evidenció un vacío en cuanto a políticas públicas sobre género dirigidas a la protección de la salud de la mujer trabajadora durante la pandemia, colocándolas en desventaja por los impactos específicos sobre la salud física y mental de ellas. Se concluye que es necesario que los Estados disminuyan la brecha de desigualdad, tanto en lo laboral como en el trabajo no remunerado, mediante el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la protección de la salud de las mujeres, niñas y adolescentes.

PALABRAS CLAVE: mujeres trabajadoras; estrategias de salud; COVID-19.

Recibido: 06 de enero de 2023 Aceptado: 06 de abril de 2023

¹Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Aragua, Venezuela. ²Ministerio del Poder Popular para la Salud. Aragua, Venezuela.

Ariel Pérez Galavis: ORCID: 0000-0003-3422-3862
Marileidis Viloría Godoy: ORCID: 0000-0002-8227-7294
Alis A Pérez Alcalá: ORCID: 0000-0003-3053-4655

Correspondencia: arieldavid65@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades, producto de virus, que se han transformado en pandemias, tal como lo reseña González¹ "han ocasionado la pérdida de cientos de millones de personas y en diversas ocasiones han modificado sustancialmente la historia del ser humano en la que se vive". Este autor ha considerado que la pandemia de COVID-19, indiscutiblemente, tomó por sorpresa a la población mundial, así como también permitió evidenciar en los países, deficiencias existentes en todos los aspectos tanto económico, social, político,

educativo y salud. Dichas deficiencias fueron observadas, primeramente, en el sector salud, ya que al tratarse de un virus altamente contagioso, develó la falta de atención e inversión.¹

Las pandemias tienen efectos diferenciales en las mujeres y los hombres. Desde el riesgo de exposición y la sensibilidad biológica a la infección hasta las consecuencias sociales y económicas; es probable, que las experiencias de las personas varíen según las características biológicas y de género y su interacción con otros determinantes sociales. Por ello, tal como se discutió en la Asamblea del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud²:

"los planes estratégicos mundiales y nacionales de preparación y respuesta frente a la COVID-19 deben basarse en un sólido análisis de género y garantizar una participación significativa de los grupos afectados, incluidas las mujeres, en la adopción y ejecución de las decisiones".

Tal como opina Díaz³ *"se cree que todo lo logrado en cuanto a equidad de género se dio un retroceso, y que se está viendo más afectada a la mujer en todos los aspectos tanto económico, social, laboral y salud"*. Por tanto, han tenido mayor impacto los efectos ocasionados por la pandemia en su salud, ya que en ellas ha recaído, con mayor porcentaje, la responsabilidad económica, las actividades laborales y del hogar, las cuales se incrementaron con el confinamiento, ya que las mujeres tienen que hacerse cargo de los niños y niñas, de sus tareas escolares, entre otras series de actividades que debe desarrollar tanto dentro como fuera del hogar.

Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁴ presentó un artículo elaborado por Wiskow Christiane y Hopfe Maren, en el que señalan:

"...que en todo el mundo el personal sanitario está batallando desde la primera línea para contener el virus y salvar vidas, reconociendo que la seguridad y salud de este personal es primordial para que puedan realizar su trabajo de manera adecuada durante esta crisis, por lo cual la protección de estos debe ser prioridad".

A su vez, es conveniente destacar lo afirmado por el Director General de la OMS⁵, en relación a las y los trabajadores de primera línea, señalando *"que se ponen en riesgo para salvar a las personas y como consecuencia, algunos han perdido su vida"*. También reseñó que *"en muchos países el personal de salud está*

compuesto en un 70% por mujeres, por lo que se han visto afectadas de manera desproporcionada en esta pandemia". Ante esto, la Organización de las Naciones Unidas Mujeres⁶ (ONU Mujeres) expone que las mujeres del sector salud realizan el triple del trabajo de cuidados no remunerado en comparación con los hombres, además asevera:

"...que las coloca en mayor riesgo, aunado a esto muchas de ellas son madres y cuidadoras de familiares, en definitiva, continúan cargando con el peso de los cuidados, que de por sí ya es desproporcionado aun en circunstancias normales..."⁶

En este contexto, es fundamental aproximarse a las trabajadoras del sector salud, para evaluar las condiciones de trabajo y de vida, de cara al diseño de políticas de respuesta humanitaria, como una arista más de un conjunto de puntos de análisis o indicadores de salud integral; que a su vez, se inserten en un gran entramado de condiciones económicas, sociales y políticas que las transversalizan. Así pues, que la evaluación de la salud de la mujer trabajadora del sector salud, es necesario añadir indicadores tales como interacción trabajo - familia, condiciones y medio ambiente de trabajo, doble presencia y/o triple jornada laboral, sin dejar a un lado la pandemia por COVID-19 y como ésta ha influido en la vida y por ende en su salud, con la finalidad de presentar una visión sistémica e interseccional.

Por tanto, es evidente que la pandemia por COVID_19, ha generado cambios estructurales a nivel global, por lo que es el momento, tal como lo reseña el Instituto Nacional de las Mujeres de México⁷ de *"debatir y actuar en el marco de un nuevo pacto social que incluya un replanteamiento de los roles de género en la sociedad y un Estado de bienestar que fortalezca los servicios públicos..."*. Después de esto, la COVID-19 ha agudizado la doble presencia femenina, tal como lo explica Guerra, Viera y Beltrán⁸:

"...al no tener tiempo libre en el que la mujer pueda ocuparse de sus actividades personales es señal de un ritmo de trabajo contraindicado; el trabajo no remunerado ha sido sin duda el que ha tenido mayor visibilidad hoy en día tras la pandemia, estas tareas de cuidado, de trabajo continuo y sin paga de tareas domésticas sin equidad han regresado más aún".

Las mujeres mundialmente, según afirma la OMS⁵, representan entre 70% y 80% de quienes

trabajan en el sector salud, por lo que están en mayor riesgo durante las pandemias. A su vez, Capa⁹ señala que entre los sectores laborales esenciales, las personas que presentan cifras más altas de prevalencia global por infección por COVID-19 son por un lado, el personal sanitario (16,8%), sector en el cual los trabajadores y trabajadoras, en su mayoría, son mujeres y, por otro lado, son también mujeres quienes cuidan a personas dependientes en el domicilio (16,3%). La autora considera que a pesar de la disminución de casos por COVID-19 en el sector salud durante el primer semestre del año 2021, las diferencias entre las mujeres y los hombres fueron significativas, manteniendo mayor número de casos entre las mujeres (6,9% de mujeres versus 2,1% de hombres), según estudio realizado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) del Instituto de Salud Carlos III.

Los efectos ocasionados por la emergencia derivada del COVID-19, tal como lo afirma Rodríguez¹⁰ *están provocando impactos específicos sobre la salud física y mental de las mujeres*", visión que amplía Díaz³, quien considera que es debido:

"...a que ha recaído con mayor porcentaje la responsabilidad económica, las actividades laborales, del hogar y que estas se incrementaron al inicio de la pandemia por el encierro, ya que se tienen que hacer cargo de los niños y niñas y de las actividades escolares de estos, lo que ocasiona que el estrés acumulado sea mayor desencadenando enfermedades tanto emocionales y psicológicas, por tanto se ha visto afectada, además, desde su salud sexual obstétrica, como física".

A su vez, el impacto de la pandemia por COVID-19, desde el punto de vista de Ramos, se vio reflejado en Venezuela en las consultas de medicina general, ginecología y mastología, las cuales disminuyeron en 18,5%, producto de centros de salud cerrados o consultas suspendidas, ausencia de personal médico disponible e impedimentos de traslado de las mujeres a los centros de salud por restricciones de movilidad, propias de las medidas de confinamiento.

Ahora bien, la sociedad aqueja graves conflictos, entre otros la violencia contra la mujer, que agravó su situación durante la pandemia por COVID-19. Según Rodríguez¹⁰ *"la violencia contra la mujer implica una vulneración de los derechos humanos, su permanencia está ligada a una herencia social que normaliza el maltrato físico, económico, sexual y psicosocial de las mismas"*. Por tanto, la emergencia

sanitaria causada por esta pandemia, evidenció la ineficiencia en el manejo y prevención de la violencia contra la mujer; las restricciones de movilidad motivadas por el confinamiento admitieron condiciones idóneas para que los agresores pudieran ejercer su poder, esto reflejado en cifras elevadas de llamadas de emergencia relacionadas a violencia de género y femicidios. Esta autora hace referencia a que en la región Latinoamericana, organismos como el observatorio sobre desigualdad de género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe da cuenta de un incremento de 25% de los casos para el año 2020, femicidios que ocurrieron en el marco de las restricciones de circulación; como por ejemplo, en la ciudad de Bogotá aumentó en 8,6% y en Ecuador hubo 11 femicidios más para el año 2020 comparado con los años 2017 y 2019.

En tiempos de pandemia por COVID-19, todos los sectores de la sociedad tienen un papel importante, siendo el personal del sector salud quienes ponen en riesgo su vida para salvar a otros, por lo cual su protección debe ser prioridad. En relación a esto, la (OIT)⁴ plantea cinco formas de protección para el personal de salud, durante la crisis sanitaria producida por esta pandemia, a saber:

1. Preservar la seguridad del personal sanitario.
2. Proteger la salud mental.
3. Vigilar las horas de trabajo.
4. Proteger a quienes tengan un contrato de corta duración y a los voluntarios.
5. Contratar y formar a más personal de salud.

En este contexto, la situación de emergencia derivada del COVID-19, sigue provocando impactos específicos sobre las mujeres, como lo afirma la Comisión Interamericana de Mujeres¹² (CIM) que además *"profundiza las desigualdades de género existentes, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos, en los centros de salud, en el trabajo y también en la política"*.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, esta investigación estuvo centrada en abordar las experiencias de las trabajadoras del sector salud en tiempos de COVID-19, mediante el análisis de las representaciones sociales, presentes en el discurso de sus relatos, en cuanto a las estrategias de protección a la salud que ellas implementaron, desde la perspectiva de género como categoría analítica y la interseccionalidad, ya que esta última, según lo describe Jiménez¹³, se presenta como *"una potente herramienta analítica y de intervención tanto social como política"*

al cuestionar los planteamientos binarios y parciales sobre las relaciones de poder sustentados únicamente en la estratificación de género”.

En suma, la interseccionalidad plantea la pertinencia de abordar la complejidad de las relaciones de poder, privilegio y desventaja como producto de la interacción mutuamente constitutiva de distintos ejes de desigualdad. El marco interseccional invita a articular el género con otras categorías de división social y así entender la heterogeneidad y la desigualdad dentro del colectivo de las mujeres, implicando transversalizar una serie de principios en las diferentes etapas que atraviesan las políticas.¹³

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

La investigación se realizó desde el paradigma post-positivista, enfoque cualitativo y con nivel exploratorio-descriptivo. El método que dio dirección a este itinerario de investigación fue el fenomenológico hermenéutico¹⁴, dado que se centra en la interpretación de la experiencia humana y los textos de la vida, sin reglas específicas, considerando que es producto de la interacción dinámica entre las siguientes actividades de indagación: a) definir un fenómeno o problema de investigación (una preocupación constante para el investigador); b) estudiar y reflexionar sobre dicho problema; c) descubrir categorías y temas esenciales del fenómeno (lo que constituye la naturaleza de la experiencia); d) describir e interpretar, mediando diferentes significados aportados por los participantes.

Este estudio se realizó en un centro de atención primaria de salud, ubicado en el estado Aragua - Venezuela, durante los años 2021 y 2022. Fueron seleccionadas cinco trabajadoras del sector salud, considerando como criterios: un año o más laborando en dicho centro de salud, con hijos menores de 17 años, que vivan en pareja y que manifestaran su deseo de participar voluntariamente en la investigación.

Se realizó una revisión documental de los expedientes de las trabajadoras seleccionadas con la finalidad de caracterizarlas desde el punto de vista socio-demográfico y laboral (edad, antigüedad laboral, profesión, cargo, turno de trabajo, número de hijos, estado civil). Esta información fue vaciada en una ficha de recolección de datos elaborada por los investigadores.

Se utilizó la grabación y un diario de campo, para el análisis de contenido de los testimonios de dichas trabajadoras, informantes. El procedimiento se realizó

cumpliendo los siguientes pasos: una vez realizada las entrevistas bajo una serie de preguntas orientadoras, se transcribieron sin omitir ninguna información textual, la cual fue asentada en el diario de campo. Luego de efectuar la limpieza de la información, se ordenaron las transcripciones para obtener un relato continuo, coherente y libre de redundancias e irrelevancias.

La codificación axial utilizada, ocurrió alrededor de un eje central: las estrategias sobre protección a su salud ante el COVID-19, implementadas por las trabajadoras y a partir de este eje central que se rastreó en los discursos se fue desarrollando el corpus temático. Luego se procedió a la categorización y análisis de la información, la cual fue triangulada desde los aportes de la teoría de género y trabajo, los antecedentes del tema tratado y la información de las trabajadoras, para emitir las consideraciones finales. A los efectos de identificación de los aportes surgidos de este análisis, se codificó por medio de letras.

Se dio cumplimiento a las Consideraciones Bioéticas a través de la solicitud del permiso a la Dirección del centro de atención primaria de salud y una vez obtenida la aprobación, se les explicó a las trabajadoras seleccionadas, los propósitos, la metodología y los beneficios que se obtendrían con el estudio. Una vez aclaradas las dudas, se procedió a entregar la invitación a participar en la investigación y la solicitud del consentimiento informado, mediante el cual se les garantizó la confidencialidad de la información suministrada. Al recibir las cartas de consentimiento informado firmadas, se les realizó las entrevistas individuales focalizadas en profundidad. Se respetó los siguientes principios establecidos en el Código Venezolano de Bioética y Bioseguridad¹⁵: principio de responsabilidad, principio de no maleficencia, principio de justicia, principio de beneficencia, por último, se respetó el principio de autonomía.

HALLAZGOS

Características Socio-demográficas y laborales de las trabajadoras.

El grupo de las cinco trabajadoras seleccionadas para el estudio, fue integrado por una profesional de la medicina, con dos hijos (6 y 11 años de edad); una secretaria con un hijo (16 años de edad), una enfermera con dos hijos (12 y 13 años de edad), una bioanalista con un hijo (9 años de edad) y una aseo con tres hijos (11, 13 y 16 años de edad). Todas viven en pareja; con edades entre 33 y 51 años, con una

antigüedad laboral entre 6 y 19 años trabajando en el centro de atención primaria de salud.

Protección a la salud: Tras la búsqueda de las representaciones sociales.

Según lo expresado por Sandoval y Delgado¹⁶ "existe una creciente feminización de los recursos humanos en el sector salud" y en este sentido, plantean que a partir del año 2017 la OPS recomienda incorporar la perspectiva de género y tomar en consideración las necesidades de las trabajadoras en los modelos de organización y contratación en los servicios de salud. En Latinoamérica y el Caribe, según la CIM¹²:

"...Además la escasez, a nivel mundial, de los equipos de protección necesarios trae consigo un impacto particular en el riesgo de contagiarse e infectarse de las mujeres, por lo que pueden existir necesidades diferenciadas de las mujeres en este sector clave de la economía que está al frente de la emergencia derivada por el coronavirus".

Sobre este aspecto las informantes manifestaron:

"Ha sido difícil, recordando que al inicio de esta pandemia era poco lo que sabíamos sobre este virus, lo que sí teníamos claro era su virulencia, recuerdo que no había protectores nasobucales en el centro diagnóstico, tenía uno guardado y ese lo usé por varios días, algunos familiares nos daban guantes, protectores nasobucales, alcohol..." (C)

"Que momentos vivimos con el coronavirus, lo que más me estresaba es que tenía mis hijos en casa y tenía que ir a trabajar. Al principio no tenía con que limpiar ni tenía uniforme, pero conseguí un mono de cirujano y ese me lo ponía todos los días al entrar al trabajo, a veces no había agua para limpiar, ni para lavarnos las manos, pero muchos pacientes nos dieron tapa-boca, guantes y poco a poco fueron llegando los tapa-boca pero nos decían que no los botara que eso nos servía por varios días". (E)

"Lo más complicado ha sido hacer el barrido, llevar los casos con Covid-19, los equipos de protección salían de nuestros bolsillos, pero nunca dejamos de trabajar, siempre hemos estado expuestas porque seguimos en la comunidad, ya sea vacunando, cuidando a los enfermos, y ante cualquier caso sospechoso seguimos visitando..." (B)

La crisis generada por la pandemia de COVID-19, principalmente es una crisis sanitaria, dado en primer

lugar, por la demanda de atención y cuidados de personas infectadas; aunado a ello, se produjo el cierre de centros educativos y las medidas de confinamiento de la población, con el objetivo de evitar la propagación del virus, todo lo cual destacó la importancia y la centralidad de los cuidados, situando en primera línea de atención a las mujeres.

Las trabajadoras además de ser mayoría entre el personal sanitario, son las que realizan, como bien advierte el Instituto de la Mujer de México⁷, "el 70% del trabajo doméstico y en quienes ha recaído la responsabilidad económica, entendiéndose que las actividades laborales y las del hogar se incrementaron con el confinamiento ya que se tienen que hacer cargo de sus hijas e hijos de sus actividades escolares, de la atención no solo de familiares sino también incluso de sus vecinos enfermos, lo que según Díaz³ "todo esto ocasionó que el estrés acumulado sea mayor desencadenando enfermedades emocionales y psicológicas"; además, afirma que hubo un "incremento de la violencia intrafamiliar de género".

Demandas familiares y laborales: Desafíos a enfrentar.

Las medidas adoptadas a nivel mundial por la emergencia derivada por el coronavirus, como fue el confinamiento, buscaban proteger la salud pública y evitar que los servicios de salud colapsaran; sin embargo, tal como lo relata la CIM¹²:

"...su aplicación no fue neutra desde el punto de vista de género. Los hogares se convirtieron en el espacio donde todo ocurre: el cuidado, la educación de los niños, niñas y adolescentes, la socialización, y el trabajo productivo; lo que ha exacerbado la crisis de los cuidados. Se ha incrementado la carga de trabajo relacionada con el cuidado y la atención de las personas, cuya respuesta debería ser colectiva".

Sobre las demandas familiares y laborales las informantes relataron:

"No fue fácil, hubo momentos que prefería estar en el trabajo que en mi casa. No era lo habitual como cocinar, limpiar, lavar, atender a los niños, incluso todas las tareas del hogar se duplicaron además asumí ser la maestra de mis hijos; pero se asumía incluso los problemas de la comunidad, considero esto es otro trabajo que no se ve..." (A)

"Los quehaceres en mi casa nunca terminaban, tenía todo el día los muchachos, a mi esposo, mi mamá

que está discapacitada, las tareas de los muchachos, y el trabajo no fue fácil, fueron momentos de mucho cansancio y sin ayuda una sola para hacer todo". (D)

"Agotador, nunca trabajé tanto en mi casa, y apoyar a la comunidad fue otro trabajo que había que hacer, y se hizo, pero fue muy fuerte no solo era limpiar, lavar, cocinar era también asumir las responsabilidades del colegio de los niños y la comunidad". (B)

La pandemia por COVID-19, tal como lo afirman Guerra, Viera y Beltrán⁸:

"...no solo ha cambiado la visión de cientos y millones de personas, además ha sacado a la luz los pocos avances que se han dado en materia de carga laboral enfocada al género femenino. En su más reciente informe, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo advierte que el COVID-19 podría revertir los limitados avances que se han logrado en materia de igualdad de género y derechos de las mujeres..."

Por otro lado, la pandemia por COVID-19 ha agudizado la doble presencia del género femenino y el no disponer de tiempo libre para que la mujer se ocupe de sus actividades personales ha sido señal de un ritmo de trabajo contraindicado. El trabajo no remunerado, como bien advierten Guerra, Viera y Beltrán⁸ *"ha sido sin duda el que ha tenido mayor visibilidad hoy en día tras la pandemia"*, entre las cuales resaltan las tareas de cuidado, el trabajo continuo, las tareas domésticas sin equidad, el trabajo social. Además, alrededor del mundo, los distintos países han abarcado la crisis de la salud desde diferentes aristas, pero hasta el momento ninguna de ellas, ha cuestionado las mejoras que debían realizarse en términos de carga laboral femenina, siendo evidente que sus actividades se han multiplicado innumerablemente. En definitiva, las desigualdades de género en relación al trabajo y al empleo se expresan en el protagonismo femenino en el trabajo doméstico-familiar y en una relación débil con el empleo dado por empleos precarios, muchas veces a tiempo parcial.

La tarea no es sencilla, no sólo por las dificultades materiales para combinar trabajo y labores domésticas en la actual organización socio-productiva, sino también por la persistencia de unos imaginarios sociales que tienden a reproducir y a naturalizar la división sexual del trabajo. Durante la crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 se puso a prueba no solo el sistema sanitario, sino también otras

estructuras sociales y económicas, que aún en las fases de desescalamiento y recuperación son susceptibles de provocar inequidades entre grupos de población. En este sentido, las respuestas políticas más efectivas serán las que consideren su impacto en la vida de las mujeres y las niñas, considerando todos los contextos de vulnerabilidad.

CONSIDERACIONES FINALES

La pandemia por COVID-19 que atraviesa la humanidad, ha reabierto espacios que, hasta hace poco, parecían haberse superado. La equidad de género que tanto se ha tratado quedo anulada, cambiando su visión no sólo social, política y económica a nivel mundial, sino también ha visibilizado las desigualdades presentes aún en el género femenino. La pandemia no solo ha cambiado la visión de miles de personas, también ha sacado a la luz los pocos avances que se han dado en materia de carga laboral enfocada a las mujeres. Sobre esto, Guerra, Viera y Beltrán⁸ relatan que en el informe más reciente, el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se advierte que *"la COVID-19 podría revertir los limitados avances que se han logrado en materia de igualdad de género y derechos de las mujeres"*.

En consecuencia, la emergencia derivada de esta pandemia, ha provocado impactos específicos sobre las mujeres. Esta realidad requiere, tal como lo afirma la CIM¹² *"que la participación igualitaria de las mujeres en las decisiones y el enfoque de género sean elementos centrales de las políticas de mitigación y recuperación de la crisis"*, siendo necesario entender las lesiones que han dejado pandemias como la de Ébola, Zika, SARS, las cuales han demostrado que la incorporación de las necesidades de las mujeres en el abordaje de la emergencia no es una cuestión menor. Por tanto, no incorporar un enfoque de género ha profundizado las desigualdades con efectos que se prolongaran a largo plazo y serán difíciles de revertir.

Por lo tanto, la OMS⁵ hace un llamado a sus Estados miembros, dado a la necesidad de realizar investigación de calidad y con perspectiva de género sobre las repercusiones sanitarias, sociales y económicas adversas de la COVID-19. Incluso la incorporación de un enfoque de género en las respuestas a la pandemia, con el fin de asegurar que las políticas y medidas de salud colectiva para enfrentar la situación tengan en cuenta el género así como la forma en que éste interactúa con otras esferas de desigualdades. Se evidencia la necesidad de la disponibilidad de datos

desglosados por sexo, género y edad, ya que esto ha dificultado el análisis de las repercusiones de la COVID-19 en función del género y la elaboración de respuestas adecuadas⁵.

Por otra parte, la CIM¹² considera que:

"El acceso equitativo a la capacitación pertinente sobre las medidas de prevención y control de las infecciones, el equipo de protección personal, los productos esenciales para la higiene y el saneamiento además del apoyo psicosocial son fundamentales...".

A este respecto se debe tener en cuenta, las necesidades específicas de las mujeres, incluidas las diferencias en el diseño y el tamaño de los equipos de protección personal que puedan comprometer dicha función protectora. Además, considerar las horas de trabajo y la asignación de turnos para evitar el agotamiento, siendo importante destinar recursos para la salud mental y para el apoyo psicosocial, los permisos por enfermedad, para seguridad social y recibir su salario puntual.

En virtud de lo anterior, están surgiendo un conjunto de iniciativas, que buscan promover mejoras en las condiciones de trabajo y empleo en el sector salud. Su propósito, tal como lo reseña Pérez¹⁷, consiste en construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos, con el objetivo de alcanzar el "trabajo decente en el sector salud". Se destaca el programa de Trabajo Decente de la OIT¹⁸, como también, el plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud de la OPS 2015 - 2025¹⁹, que proponen alcanzar una serie de objetivos estratégicos tendientes a generar relaciones laborales adecuadas entre el personal y las organizaciones de salud, a fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y garantizar institucionalmente la prestación de servicios de buena calidad para toda la población.

Por consiguiente, es importante analizar y discutir la salud - enfermedad como un proceso que genera una síntesis de ciertas características que posee cada grupo en una sociedad específica; es decir, la expresión de un colectivo de personas que expresan las condiciones en que viven, trabajan y consumen; esta forma de organizarse varía de un grupo social a otro, pues hay diferencias marcadas en las condiciones de vida y las condiciones de trabajo, los cuales caracterizan los modos de vida de cada sociedad como un legado histórico, todo lo cual genera un perfil de salud. En tal sentido, es necesario identificar en las trabajadoras del sector salud, sus perfiles específicos de salud, para así determinar que padecen, de que enferman y de esta forma realizar intervenciones oportunas que permitan dignificar sus condiciones de vida y de trabajo.

Tal como considera Pérez¹⁷, frente a los cambios demográficos, sociales y económicos, sin dejar de lado la pandemia por COVID-19, las mujeres del sector salud se exponen al desafío de lograr un equilibrio entre trabajo y familia; es decir, alcanzar un compromiso total en el desempeño de sus roles, con la dedicación necesaria para responder de manera óptima en cada situación. Por lo que, en este trabajo de investigación, se argumenta que, como sociedad, enfrentamos el desafío de entender que no se trata de un problema privado; sino que además, de los impactos en el bienestar subjetivo, la satisfacción laboral y otros indicadores de calidad de vida, la relación trabajo - familia tiene importantes implicaciones para la equidad social y de género, así como para la transmisión intergeneracional de oportunidades. Por este motivo, es necesario iniciar una reflexión explícita de esta materia, a la luz de la actual normativa laboral, y desde una perspectiva social, económica y cultural.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) González-Toapanta HG. Pandemias en la historia: La peste negra y la gripe española, covid-19 y crisis capitalista. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Chakina*. 2021; (14), 130-145. Disponible en: <https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/477/534>
- 2) Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la Preparación Frente a Emergencias Sanitarias; Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Proyecto de Resolución EB146/CONF/17 de la 146ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra: Autor; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-sp.pdf
- 3) Díaz Niño M. La salud de la mujer frente a la pandemia. México: Partido Acción Nacional. [Internet]. [Consultado el 15 de Ene 2021]. 2021. Disponible en: <https://www.pan.org.mx/>
- 4) Organización Internacional del Trabajo. Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis del COVID-19. Ginebra: Autor; 2020. Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740405/lang-es/index.htm
- 5) Organización Mundial de la Salud. Actualización de las estrategias ante la COVID-19. Ginebra: Autor; 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf
- 6) Organización de las Naciones Unidas Mujeres. Covid-19: un lugar protagónico para las mujeres. Washington: Autor; 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/statement-ed-phumzile-covid-19-women-front-and-centre>
- 7) Instituto Nacional de las Mujeres de México. La vida de las mujeres y el COVID-19. Impactos diferenciados y medidas implementadas en la Jornada de Sana Distancia. México, 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/mex_inmujeres_medidas_implementadas_en_jornada_de_sana_distancia_200615.pdf
- 8) Guerra-G P, Viera-L D, y Beltrán-M D. La desigualdad de las cargas laborales frente al Covid-19. *Revista CienciAmérica*. [Internet]. 2020; 9(2): 244-250. Disponible en: <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/313>
- 9) Capa L. Impacto de la Covid-19 sobre la Salud de las Mujeres. Artículo de Opinión [Internet]. 2021. Disponible en: <https://fundadeps.org/opinion/impacto-de-la-covid-19-sobre-la-salud-de-las-mujeres/>
- 10) Rodríguez-Reinoso C. Incremento de la violencia contra la mujer durante la pandemia Covid-19. [Internet]. 2021. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23869>
- 11) Ramos-Mirabal C. La salud de las mujeres en Venezuela: Crisis del sistema sanitario y Covid-19. Venezuela: Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA); 2021. Disponible en: <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2021/04/la-salud-de-las-mujeres-en-venezuela.pdf>
- 12) Comisión Interamericana de Mujeres/OEA. Covid-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados. Comisión Interamericana de Mujeres/OEA: Editor; 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
- 13) Jiménez-Rodrigo ML. Políticas de igualdad de género e interseccionalidad: estrategias y claves de articulación. *Convergencia de Ciencias Sociales* [Internet]. 2022; 29: 1-24. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v29/2448-5799-conver-29-e17792.pdf>
- 14) Hernández-Sampieri R., Fernández-Collado C. & Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 6TH. ED. Colombia: McGraw-Hill Educación/Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- 15) Ministerio de Ciencia y Tecnología/Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología. Código de bioética y bioseguridad. Caracas: MCT/FNCT; 2002. Disponible en: <https://antoniorondonlugo.com/wp-content/uploads/2007/06/bioetica.pdf>
- 16) Sandoval-U T, y Delgado-C A. Mujeres del sector salud: su protección en tiempos de Covid-19. Un abordaje desde la perspectiva de género. *Revista Gaceta Laboral*. [Internet]. 2020; 26(2): 156-184. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/gaceta/article/view/35572/37757>
- 17) Pérez-Galavís A. Interacción trabajo - familia y salud en las y los trabajadores de un centro de atención primaria de salud. Aragua, Venezuela. *Revista Comunidad y Salud* [Internet]. 2022; 20(1): 1-10. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv20n1/art01.pdf>
- 18) Organización Internacional del Trabajo. Programas de Trabajo Decente por Países de la OIT. Ginebra: Autor; 2016. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_mas/---program/documents/genericdocument/wcms_561028.pdf
- 19) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores 2015 - 2025. Washington: Autor; 2015. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33983/CD54_10Rev.%201-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y