

Recepción del artículo: 17-01-2024 | Aceptación del artículo: 30-04-2024 | Publicación del artículo: 13-08-2024

Violencias, pandemia y trabajo en salud. El caso de la Residencia de Trabajo Social

Violence, pandemic and health work. The case of the Social Work Residency

Malena Lenta 

Universidad de Buenos Aires, Argentina
malenalenta@gmail.com

Roxana Longo 

Universidad de Buenos Aires, Argentina
mailto:roxana@gmail.com

RESUMEN

Palabras clave
cuidado, género,
sistemas y
servicios de
salud, pandemia

Desde la psicología social comunitaria y la salud colectiva, esta investigación tuvo el objetivo de elucidar el abordaje de las afectaciones del trabajo vivo en acto de un colectivo de trabajadoras sociales en un hospital de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia del COVID-19, en un escenario especialmente marcado por la violencia laboral en el sistema de salud. A partir de un diseño de estudio de caso conformado por la Residencia de Trabajo Social de un hospital del segundo nivel de atención, se desarrolló un proceso de monitoreo estratégico participativo en el marco de una estrategia de investigación acción participativa. Se trabajó con grupos de discusión con 12 trabajadoras sociales integrantes de dicha Residencia. Los hallazgos permitieron describir el proceso de victimización y revictimización producto de la violencia laboral ejercidas directa e indirectamente en base a la intersección de las jerarquías disciplinares, de género y generacionales. También se observó el reconocimiento de las afectaciones colectivas fundamentalmente emocionales, como la ira, la bronca y el enojo, asociadas a las violencias vividas por el equipo de salud. Y, finalmente, se delimitaron las estrategias de afrontamiento colectivas centradas en las estrategias de red y exigibilidad de derechos.

ABSTRACT

Keywords
care, gender,
health systems
and services,
pandemic.

From the perspective of community social psychology and collective health, the aim of this research was to elucidate the approach to the effects of the live work of a group of social workers in a hospital in the province of Buenos Aires, Argentina, during the COVID-19 pandemic, in a scenario particularly marked by workplace violence in the health system. Based on a case study design, a participatory strategic monitoring process was developed within the framework of a participatory action research strategy in a second level of care hospital. Focus groups were conducted with 12 social workers from the residency. The findings made it possible to describe the process of victimisation and re-victimisation as a result of direct and indirect workplace violence based on the intersection of disciplinary, gender and age hierarchies. They also favoured the recognition of the fundamentally emotional collective affectations, such as rage, anger and anger associated with the violence experienced by the health team. And, finally, collective coping strategies focused on networking strategies and enforceability of rights were delimited.

Citar como: Lenta, M. y Longo, R. (2024). Violencias, pandemia y trabajo en salud. El caso de la Residencia de Trabajo Social. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, 9(2), 45-57.



Introducción

Las exigencias actuales y la profunda precariedad bajo la que trabajan los equipos de salud producen efectos destructivos en el proceso de salud-enfermedad de las/os trabajadoras/es del campo (Federico, 2021). El sector de salud viene atravesando un proceso de precarización laboral desde hace décadas que, en contexto de pandemia por COVID-19 se evidenció en la falta de insumos, la mayor exigencia en la carga laboral, la fragilidad en los contratos, sumado al estrés de convivir con la enfermedad e incluso la muerte (Lenta et al., 2020).

La pandemia por COVID-19 tornó evidente la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y la calidad del trabajo en salud. Pero, al mismo tiempo, como crisis socio-ecosistémica (Breilh, 2022), profundizó lo que se denomina la crisis de los cuidados que volvió visible el papel central del trabajo de cuidado en las diferentes esferas de la vida humana, incluyendo no solo la reproductiva sino también la productiva (Fraser, 2023). Vale señalar que la noción de cuidado refiere a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2014). Sin embargo, la desigual distribución de los trabajos de cuidados lleva a que las mujeres experimenten menos tiempo para destinar a otras actividades, como el estudio, actividades deportivas, culturales o recreativas (Hirata, 2023). Pues el trabajo de cuidados es una actividad central en tanto práctica social. La división sexual patriarcal del trabajo (Lenta et al., 2019), que opera tanto en el ámbito profesional como en el doméstico, resulta un epifenómeno de la división sexual del poder y del saber (Hirata, 2023).

Este vínculo estrecho entre poder y “privatización” y “domesticación” del trabajo de cuidados impacta en múltiples dimensiones como la del salario, el trabajo arduo, la sobrecarga de trabajo, la descalificación y la falta de reconocimiento. Pero además abarca el desarrollo de capacidades que no son nada evidentes, tales como la disponibilidad, la paciencia, la capacidad de anticiparse a las necesidades de otros, así como una sensibilidad específica ante el sufrimiento de las demás personas (Molinier, 2023).

Según Carrasco (2004), aunque las mujeres han ido aumentando su participación en el mercado laboral, ésta sigue siendo todavía menor que la de los varones, y su vulnerabilidad en el trabajo es mayor. Las dinámicas de la división sexual patriarcal del trabajo configuran diferentes modos de discriminación e inequidades basadas en las relaciones de género que operan tanto en el espacio público como privado.

Resulta muy significativa para el devenir de las mujeres, la sobrecarga de trabajo y la legitimación de la mística femenina del cuidado que implican la naturalización de la asignación a las mujeres de las tareas, roles, comportamientos y posiciones subordinadas que se reproducen también en el mercado laboral, además del espacio doméstico (Lenta et al., 2022). Los aportes de la perspectiva de género mostraron que las estructuras del mercado de trabajo, las relaciones laborales y los procesos organizativos se inscriben en la base de las diferencias genéricas. Las problemáticas que enfrentan las mujeres en el mercado laboral no pueden ser entonces únicamente explicadas por la estructura o la dinámica del mercado, sino que exigen la introducción en el análisis de ciertas dimensiones entre las que se encuentran las representaciones sobre el trabajo doméstico y extradoméstico, el rol de las mujeres en las diferentes esferas y la división sexual del trabajo (Muñiz Terra, Roberti, Deleo y Hasicic, 2013).

Esto se refleja en las trayectorias laborales de las mujeres profesionales que se caracterizan por la inserción laboral en jornadas parciales debido a las responsabilidades domésticas, y también, en general se muestran trayectorias lineales con pocas posibilidades de ascenso y desarrollo profesional. Diversas investigaciones (Montes Berges y Ortúñez Fernández, 2021; Ramos et al., 2021; Alonso et al., 2023) dan cuenta de la desigual implicación de las mujeres en el mercado laboral respecto a sus pares varones profesionales. Esto se manifiesta en carreras profesionales con interrupciones laborales, principalmente por la maternidad, por la desigualdad de ingresos, por la falta de conciliación vida-trabajo, por el desigual uso del tiempo, por el menosprecio de los saberes y por la mayor exigencia del entorno para acceder a determinados espacios de responsabilidad, entre otros (Chandia Godoy y Neira, 2023).

En función de ello, es posible afirmar que la progresiva inclusión en el trabajo no resuelve el

conjunto de exclusiones históricas de las mujeres en la esfera productiva. Los estereotipos de género operan y se imbrican longitudinalmente a partir de estos diversos factores de construcción de una trayectoria profesional, y generan el entramado de inclusiones y exclusiones de las mujeres en el mercado de trabajo (Longo, 2009). Los principales obstáculos radican en la falta de reconocimiento de las desigualdades de género y la naturalización de las desigualdades que dificultan su tratamiento como una problemática transversal al campo laboral (Aspiazu, 2016).

Particularmente en el sector salud, a partir de la pandemia del COVID-19, se instalaron una serie de cambios en la organización del trabajo con el aumento de la virtualización de las prácticas y la telemedicina (Freidin et al., 2021), la tendencia a la reindividualización de las prácticas (Tejada y Reyes, 2021; Freidin et al., 2022), la relegitimación o fortalecimiento del discurso biomédico (Longo et al., 2022), la complejización de las demandas vinculadas a la precarización de la población usuaria (Longo et al., 2022) y el aumento de la violencia laboral en el sector tanto a nivel vertical como horizontal (Lenta et al., 2021), lo cual impactó especialmente en las mujeres.

Vale señalar que, en Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud, lo que a su vez representa un 9,8 por ciento del total de las mujeres ocupadas del país. Este sector se caracteriza por contar con una fuerza de trabajo que presenta niveles educativos considerablemente superiores a la media poblacional e incluso, a la media de formación en el total de mujeres trabajadoras. De hecho, el 62 por ciento de las trabajadoras de la salud cuenta con estudios superiores (terciarios, universitarios o posgrado), mientras que este porcentaje se reduce a menos del 30 por ciento en el caso del resto de trabajadoras. Una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar (el 48 por ciento, frente al 41 por ciento en el caso del resto de trabajadoras) y el 53,8 por ciento tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7 por ciento tiene hijos/as menores de 5 años (East, Laurence y López Mourelo, 2020).

Bedoya Jojoa (2020) y Larkin (2021) afirman que la discriminación y las agresiones físicas, verbales y psicológicas al personal de salud aumentaron con la pandemia de COVID-19. Como ejemplo de esta situación, están las experiencias vividas por múltiples profesionales de diferentes ramas de la salud, quienes fueron discriminados/as

en las calles, en el transporte público, en los supermercados e incluso en sus propios lugares de residencia. Fueron víctimas de una fuerte estigmatización, en varias ocasiones se han materializado en agresiones físicas y verbales, debido a que la gente del común asociaba cualquier tipo de contacto con el personal de salud con el aumento de sus posibilidades de contagio. No obstante, Fierro Moreno y Ortíz Reyes (2022) indican que existe una relación positiva y significativa entre los estereotipos de género, la discriminación laboral y la productividad diferenciada en la violencia laboral en contra de las mujeres del área de salud en la atención por COVID-19 por parte de las personas usuarias del sistema de salud. Y, en el mismo sentido, Bucci y Facedini (2022) advierten sobre los riesgos psicosociales del trabajo en salud especialmente vinculados con el mobbing, el acoso sexual y el acoso moral, que fueron vividos particularmente por las mujeres sanitarias en este contexto.

Cabe señalar que la violencia laboral por motivos de género es concebida como toda práctica, conducta, acción u omisión que, basada en una relación de poder desigual, afecta el cuerpo, la salud, el patrimonio, la sexualidad y/o la vida de las mujeres debido a su subordinación por el sistema patriarcal (Lenta et al., 2019). Scarone Adarga (2014) sostiene que la violencia laboral basada en género es clave para comprender la subordinación y desvalorización del trabajo femenino. Mientras que Palma et al. (2018) afirman que los facilitadores de la violencia laboral están relacionados con la naturaleza del trabajo y las consecuencias más comúnmente estudiadas están relacionadas con la afectación de la salud mental. Las principales consecuencias del fenómeno son los síntomas depresivos, el trastorno de estrés postraumático y el estrés laboral. La naturaleza del trabajo como facilitador de la violencia se relaciona principalmente con el lugar de trabajo y la profesión, especialmente referidas a los servicios psiquiátricos, con personal de enfermería y otros trabajos vinculados al cuidado, como es el caso del trabajo social.

Longo et al. (2022) dan cuenta de los procesos de violentación sufridos por las trabajadoras sociales en el sector salud, en función de la histórica feminización y subordinación disciplinar -no sólo respecto de la medicina sino de la psicología, también. Las autoras afirman que estos procesos legitiman prácticas de segregación y desjerarquización profesional, pero también advierten sobre la capacidad reflexiva, crítica y

transformadora de las trabajadoras de la salud que se organizan frente a estas dinámicas instituidas en el ámbito sanitario. En este sentido, recuperar la categoría de "trabajo vivo en acto" (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012) que plantea que el trabajo en el ámbito de la salud no se limita a tareas técnicas y de implementación de protocolos, sino que se concibe como una actividad profundamente interconectada con la vida de las personas, se constituye en un escenario propicio no solo para la reproducción de las lógicas de poder y violencia, sino también para la innovación y las dinámicas instituyentes que instan a reconocer la singularidad de cada sujeto/a, considerando sus experiencias, emociones y contexto social en el acto de salud, para subvertir las dinámicas de violentación.

Desde la psicología social comunitaria (Montero, 2014) y la salud colectiva (Breilh, 2013; Almeida Filho, 2012) se plantea el desafío de desarrollar una praxis preventivista frente a los procesos de precarización integral de la vida, de desgaste laboral, de violentación e de individualización del sufrimiento producidos por los modos actuales de organizar la producción y el trabajo en salud, así como también desarrollar experiencias colectivas de reflexividad crítica y transformación social de dichas condiciones (Lenta y Pérez Chávez, 2011). En este marco, este artículo tiene como objetivo elucidar el abordaje de las afectaciones del trabajo vivo en acto de un colectivo de trabajadoras sociales en un hospital de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia del COVID-19, en un escenario especialmente marcado por la violencia laboral en el sistema de salud. El estudio se enmarcó en el proyecto UBACyT de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires denominado: "Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado", dirigido por la profesora Graciela Zaldúa.

Método

Diseño: la investigación adoptó un diseño de estudio de caso intrínseco (Yin, 2009) en donde el mismo fue constituido por la Residencia de Trabajo Social de un hospital público del segundo nivel de atención de la provincia de Buenos Aires, Argentina y se llevó adelante durante la pandemia del COVID-19 (2020-2021).

El alcance del estudio fue de tipo exploratorio-descriptivo y adoptó un enfoque cualitativo. Este enfoque es fundamental para

conocer cómo tienen lugar las diferencias sociales, y específicamente de género, en los distintos espacios colectivos. Como también la necesidad de llevar a cabo estudios cualitativos para analizar los procesos de trabajo y las dinámicas que allí acontecen como objeto de investigación recuperando la producción de sentido en el propio proceso investigativo (Torns, 2008; Murillo, 1996).

En este marco, se trabajó con la modalidad de la IAP para el desarrollo de un monitoreo estratégico participativo de salud y trabajo (Lenta y Pérez Chávez, 2011; Díaz Monsalve, 2014) que comprende un conjunto de dispositivos de evaluación estratégica construidos sinérgicamente con las experiencias y saberes colectivos en procesos de trabajo, de organización y autogestión con el objetivo de la promoción crítica y reflexiva de los condicionantes de salud. Este proceso de monitoreo estratégico participativo de salud y trabajo (Lenta y Pérez Chávez, 2011) valora el potencial que tienen profesionales y equipos de salud para conformar colectividad, gestionar procesos orientados al logro de condiciones salutíferas de salud y promover procesos participativos y de agenciamiento. Recuperando los aportes de la epistemología feminista (Barbosa, 2020), facilita no sólo advertir los diferentes ámbitos, fases y momentos de una situación compleja; sino que se muestra sensible ante determinados temas como las emociones, los afectos, los contextos y las interacciones sociales (Beiras, Cantera Espinosa y Casasanta García, 2017). Así como también, promueve prácticas investigativas más democratizantes, recíprocas y dialógicas.

Participantes: en la investigación participaron 12 trabajadoras sociales mujeres que se encontraban en el proceso de formación en servicio en dicha Residencia de Trabajo Social. La selección de las participantes fue de tipo intencional por acercamiento voluntario en función de su pertenencia a la Residencia, la voluntariedad y la accesibilidad.

Instrumentos: se trabajó mediante grupos de discusión (Damiani et al., 2020) sobre las dimensiones del malestar laboral, la identificación de violencias, las cargas de género en el trabajo, los territorios de precarización y las respuestas colectivas del equipo de salud frente a las amenazas internas y externas. Como trabajamos desde la IAP en contexto de pandemia, recurrimos a el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (plataforma virtual de Zoom) como

una herramienta de apoyo a la investigación, permitiendo el mantenimiento de redes de comunicación y colaboración entre las investigadoras y el equipo de salud participante del estudio, pues favoreció a la investigación al servicio de la salud colectiva desde el punto de vista del proceso (transferencia) y del contenido (conocimiento) (Huamaní 2021).

Procedimiento: en cuanto al procedimiento, en primer lugar, se tomó contacto con el colectivo de trabajadoras sociales de la Residencia de Trabajo Social mediante entrevistas telefónicas y se acordó el número, modalidad, frecuencia y contenidos de los encuentros. Cabe señalar que se trata de un colectivo con el que el equipo de investigación tenía un contacto previo en función del desarrollo de otros procesos de investigación participativa.

En segundo lugar, se acordó realizar tres encuentros de tres horas de duración con modalidad de grupo de discusión mediante la plataforma virtual de Zoom, con una frecuencia quincenal. También se acordó realizar un encuentro de discusión y análisis de los datos producidos en los grupos de discusión, así como también la consolidación de un documento escrito como síntesis de los hallazgos realizados en el proceso de monitoreo estratégico participativo de salud y trabajo. Cabe señalar que al inicio del proceso se implementó un consentimiento informado y esclarecido a fin de garantizar los resguardos necesarios para la participación en procesos de investigación (Roussos, Braun y Olivera, 2012).

En cuanto a la estrategia de análisis de datos, en función del objetivo y el enfoque cualitativo del estudio, se optó por una modalidad de análisis de contenido temático de los datos para la presentación de este trabajo (Braun y Clarke, 2023).

Resultados

Entre los principales hallazgos se identificaron tres temas centrales: victimización y revictimización en el proceso de violentación laboral que atravesaba al equipo de salud en contexto de pandemia; el reconocimiento intersubjetivo de las violencias hacia el equipo; y, las estrategias colectivas de afrontamiento de la violencia laboral.

Victimización y revictimización en el proceso de violentación laboral que atravesaba al equipo de salud en contexto de pandemia

El proceso de monitoreo estratégico participativo en el marco de la IAP propició el encuentro del colectivo de trabajo y la reflexión de sus prácticas cotidianas y los límites del quehacer laboral. Al abordar el escenario en el cual se realizaba el proceso de trabajo de las participantes del estudio, resaltaron el contexto de la pandemia por COVID-19 en donde pudieron identificar una transformación autoritaria en las lógicas y relaciones de poder en el espacio hospitalario:

“Se vive un clima de trabajo difícil que se complicó con la pandemia porque hay más poder médico. Más vertical todo. Hay como más arbitrariedad en la toma de decisiones en el hospital” (Grupo de discusión_1)

“Las bajadas de línea del municipio se escuchan diferente. Son más duras y más que pensar en la salud, hay como un cambio ideológico que se mete en el hospital” (Grupo de discusión_1)

Como sostienen las narrativas, las transformaciones en la organización del sistema de salud para adaptarse a las medidas de aislamiento y/o distanciamiento social preventivo obligatorio dictadas por el Estado nacional en 2020 y 2021, implicaron un cambio en la organización del trabajo en las instituciones sanitarias. Bajo las metáforas bélicas de “guerra al COVID-19” habilitaron lógicas verticalistas propias de las instituciones militares, en donde las jerarquías institucionales irradiaron en la profundización de las jerarquías profesionales. Asimismo, esta lógica favoreció la toma de decisiones jerárquicas arbitrarias, que deslegitimaron y hasta inhabilitaron prácticas de salud desarrolladas hasta el momento previo a la pandemia y que, a pesar de las resistencias ideológicas, habían logrado tener lugar en el sistema de salud:

“Ninguneaba el espacio de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, del que somos parte. Tensión insoportable en el clima de trabajo” (Grupo de discusión_1)

“Bajan un protocolo, con una bajada de línea que iba en contra del posicionamiento ideológico que estaba hasta el momento de la pandemia y del protocolo vigente legal

sobre interrupción legal del embarazo”
(Grupo de discusión_1)

El acceso a prácticas de salud como la entrega de métodos anticonceptivos y las interrupciones voluntarias y legales de los embarazos fueron las principales prácticas restringidas en este período a pesar de estar sostenidas en normativas y protocolos nacionales. Y frente a estas prohibiciones, la rehabilitación de discursos de odio basadas en género y los castigos diversos comenzaron a ejercerse desde las jerarquías laborales, dando cuenta de la instalación de procesos de violencia en el ámbito laboral con diversos tipos de castigo:

“Nos decía que son cosas de tortas y que nos pasa por feministas” (Grupo de discusión_1)

“Tuvimos una medida de castigo: nos corrió de lugar para la atención, fuimos vetadas, no podemos tomar situaciones de aborto por estar contra el protocolo bajado” (Grupo de discusión_1)

“Nos castigaron sin dejarnos comer durante las 8 horas o más de la jornada laboral. Dicen que no se puede comer en la jornada laboral” (Grupo de discusión_1)

“La jefa decía: “yo te puedo echar”. Sabíamos que no dependía de ella, pero era constante la posibilidad implícita de sanción” (Grupo de discusión_1)

Múltiples tipos de violencia se pudieron identificar en las narrativas en torno a lo acontecido en el ámbito laboral: violencia simbólica -observada en la estigmatización de las identidades de género-, violencia política -reconocida en la sanción por el posicionamiento ideológico y la participación política de las trabajadoras sociales-, violencia psicológica -identificada en la quita de tareas-, violencia económica y patrimonial -observada en la amenaza del despido- y violencia física -reconocida en la prohibición del alimento en la jornada laboral. Las mismas fueron ejercidas desde una direccionalidad jerárquica tanto en el plano institucional como disciplinar y generacional:

“Actores: Sistema de salud municipal y la institución desde un lugar de omisión porque en el municipio cada efector de salud se maneja como le parece, omisión

por jefa de toco-ginecología del hospital y como más directas la grupalidad de la residencia, la jefa del servicio social y las personas con posibilidad de gestar porque si bien era algo contra ellas, se vulneran derechos de quienes querían solicitar una ILE [interrupción legal del embarazo]. Direccionalidad jerárquica: desde su lugar de jefa, disciplinar: las residentes como subordinadas, también por ser trabajadoras sociales frente a otras disciplinas. Y si no estás de acuerdo, hay castigo, también castigo generacional” (Grupo de discusión_2)

“(…) la institución las desprotegió, actores jerárquicos que nunca preguntaron nada, también a nivel de la región sanitaria, la jefa solicita sancionar a la Residencia y a nivel de la región sanitaria nunca se preguntó por qué. Se habilitó la posibilidad de sanción libremente. Situación de violencia “velada”.” (Grupo de discusión_2)

“” ¿Por qué no hablaron antes?” Se nos preguntó muchas veces desde otros sectores cuando comenzamos a decir lo que pasaba en la Residencia” (Grupo de discusión_2)

Ya sea bajo argumentos disciplinares al desvalorizar a la profesión de trabajo social desde otras disciplinas, por cuestiones generacionales al ser ellas residentes jóvenes frente a profesionales con más edad y antigüedad en el sistema, como por jerarquías de poder en el organigrama institucional, las violencias se ejercieron bajo diferentes argumentos que buscaron naturalizarlas. No obstante, además del ejercicio de la violencia directa operada desde las instancias mencionadas, la violencia indirecta que se nombra por las trabajadoras como “velada”, fue ejercida por otras instancias o personas jerárquicas y/o de responsabilidad ante las situaciones acontecidas en la Residencia de Trabajo Social. Esto generó, a su vez, una nueva violencia: la revictimización por el intento de responsabilización de las víctimas respecto de las violencias padecidas.

El reconocimiento intersubjetivo de las violencias hacia el equipo y la percepción del malestar

En el proceso reflexivo acerca de las violencias identificadas y sus modos de ejercicio permitieron identificar el malestar presente en el

clima laboral. Juntamente con ello se pudieron colegir diferentes emociones concomitantes como el miedo, la bronca, el enojo, la desesperación y el dolor moral; como así también afectaciones físicas como enfermedad:

“(…) sin ella estábamos bien, cuando ella estaba había malestar constante, dolor de cabeza cuando te ibas del servicio, veíamos cómo accionar para que ella no te maltrate” (Grupo de discusión_2)

“Tenía miedo de que me echaran. Es difícil trabajar así, con miedo. Es desesperante” (Grupo de discusión_2)

“Mucha bronca por el ninguneo, por el maltrato. Solo queremos trabajar bien, desde los derechos humanos y el cuidado. En un punto no entiendo qué se juega ahí. O sí. Es mucha bronca la que da” (Grupo de discusión_2)

“Me enoja que tengan esa impunidad para maltratarnos de esta manera. Nosotras pagamos con malestar, dolor, nos enfermamos” (Grupo de discusión_2)

El reconocimiento intersubjetivo de las violencias vividas por el equipo permitió conectar el malestar presente con diferentes afectaciones: emocionales y del cuerpo, en principio vividas individualmente, pero resignificadas como parte de la vivencia colectiva. Cabe señalar que, en conjunto, las afectaciones de la violencia laboral trascendieron el espacio de trabajo, permeando la vida personal y comprometiendo la integralidad de la salud al punto tal de percibirse “deshumanizadas”:

“Siento que nos deshumaniza tanto maltrato. Ellos nos deshumanizan y un poco vos te lo creés también. Te roban una parte de la humanidad” (Grupo de discusión_2)

“Perder la condición humana. Es eso, pasamos a ser cosas. Objetos de su goce, odio, frustración. Nos despersonaliza con el maltrato” (Grupo de discusión_2)

La percepción de la deshumanización en el trabajo es un fenómeno que se manifiesta cuando los aspectos humanos, emocionales y éticos de la experiencia laboral son relegados. Esta deshumanización puede manifestarse a través de prácticas como la falta de reconocimiento, la

asignación de tareas alienantes, la presión desmedida, la falta de asignación de tareas y la indiferencia hacia el bienestar de quienes trabajan. En este caso, las trabajadoras experimentaron una pérdida de identidad y conexión con su labor, lo que implicó el aumento del sufrimiento psíquico.

Las estrategias colectivas de afrontamiento de la violencia laboral a partir del proceso de IAP

La dialogicidad en los grupos de discusión permitió visualizar las situaciones problemáticas vinculadas a las violencias e identificar las principales afectaciones. No obstante, también favoreció el establecimiento de estrategias de afrontamiento grupales que apuntaron a optimizar el accionar colectivo y visibilizar problemas y posibilidades en la agenda institucional y profesional mediante tres estrategias: la organización gremial, el fortalecimiento de los vínculos con la comunidad y la continuidad de las prácticas de reflexividad del equipo:

“Romper con la naturalización de la violencia como hilo conductor de las estrategias. Por eso no debemos abandonar los espacios continuos de discusión entre nosotras. Es el encuentro nuestro fundamental para que no nos vuelvan a dividir y fragmentar así” (Grupo de discusión_3)

“Retoma participación gremial como posible herramienta para las estrategias” (Grupo de discusión_3)

“Tenemos que ir al Colegio de Trabajadoras Sociales, a la [asociación gremial] CICOOP, recurrir a todos los sectores, no quedarnos solo acá” (Grupo de discusión_3)

“Construir acuerdos con la comunidad y fortalecernos desde ahí, desde lo que nos respetan y respetamos. Porque nos pueden dar legitimidad para garantizar que podamos trabajar en las prácticas que piden y necesitan” (Grupo de discusión_3)

Estas tres estrategias pudieron sintetizarse asimismo en la importancia de “hacer red” dentro del equipo y con actores de dentro y fuera del sistema de salud a fin de “desnaturalizar las violencias” y “limitar la impunidad” de quienes las ejercen. Asimismo, las trabajadoras de la Residencia de Trabajo Social pudieron distinguir

obstáculos y facilitadores de las estrategias identificadas:

“Facilitadores: la historia de la residencia de trabajo social en relación a la participación, la solidez del grupo, su organización, la construcción colectiva, la presencialidad y los recorridos personales” (Grupo de discusión_3)

“Obstáculos: la fragmentación del grupo por la pandemia, las instituciones y el peligro de no sostener los espacios de encuentro del equipo” (Grupo de discusión_3)

Si bien en las narrativas de los grupos de discusión se pudieron identificar amenazas internas y externas al colectivo en torno a la posibilidad de lograr las estrategias colectivas para el afrontamiento grupal de las violencias vividas, las cuales se relacionan con la propia dinámica de fragmentación de los equipos de trabajo que impuso la institución en la pandemia, lo que atenta contra las “voluntades” de las integrantes del colectivo, la apelación a la memoria histórica de organización, el encuentro presencial y la consolidación del grupo aparecen como oportunidades ante el escenario descripto. Pues el ejercicio de discusión evidenció que los espacios colectivos de reflexión crítica de los equipos no solo permitieron la puesta en común de las condiciones desgastantes del trabajo y sus afectaciones, sino también la posibilidad de imaginar-se trabajando con otras condiciones dignas, necesarias y legítimas, lo que habilita el desencadenamiento de procesos colectivos de exigibilidad de derechos, frente a las estrategias individuales empleadas para sortear el malestar cotidiano.

Discusión

Si bien en el trabajo de monitoreo estratégico participativo sobre salud y trabajo en el marco de la IAP se abordaron las situaciones de violencia laboral vividas solo por un colectivo de trabajo -el equipo de la Residencia de Trabajo Social de un hospital público de segundo nivel de atención de la Provincia de Buenos Aires en Argentina-, la experiencia permitió identificar diversas situaciones de violentación con puntos en común con otros por colectivos sanitarios feminizados como lo indican los estudios de Ullón (2023) y Herrera-Acostay Martínez-Rojero (2021) en relación con otras disciplinas como la enfermería.

El contexto de pandemia por COVID-19 habilitó que un conjunto de prácticas institucionales y sanitarias verticalistas reforzarán las jerarquías profesionales, las miradas biomédicas y las jerarquías de género que se interseccionaron con la verticalización de la toma de decisiones desplegadas en los servicios e instituciones de salud a nivel global (Lenta et al., 2020; Gutiérrez, 2020).

El trabajo reflexivo propuesto por el monitoreo estratégico participativo con este equipo, posibilitó la identificación colectiva de vivencias y lógicas de violencias vinculadas a tres aspectos que coinciden con hallazgos de otras investigaciones en el sector salud: la subalternidad profesional por ser trabajadoras sociales frente al poder médico (Longo, Veloso y Zaldúa, 2020); la desigualdad de género vinculada a la división sexual del trabajo que resultó sustrato de la conformación de un colectivo feminizado (Gutiérrez, 2020; Pombo, 2019); y los diversos mecanismos de disciplinamiento y control que se recrudecieron desde la política sanitaria sobre el quehacer profesional de las trabajadoras de salud, pero que adquirieron una particular connotación de género en función de los posicionamientos ético-político del colectivo de trabajadoras afinadas en las prácticas de garantía del derecho al aborto y otros derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos (Mellado, 2019; Domingo, 2020).

Además de visualizar las situaciones problemáticas o conflictivas, en los grupos de discusión se logró identificar las afectaciones del trabajo vivo atravesado por las dinámicas de violentación, tanto a nivel de los malestares físicos como emocionales vivenciadas en lo singular y en lo grupal. Como sostiene Fernández Christlieb (2000), las emociones no son simplemente experiencias individuales e internas, sino que están intrínsecamente conectadas con las estructuras sociales y culturales y son fenómenos que están imbuidos de significados políticos y que juegan un papel crucial en la construcción y reproducción de normas sociales. En este sentido, Ahmed (2013) señala que existen ciertas emociones positivas, como la felicidad, la alegría y la gratitud, que a menudo son valoradas y promovidas socialmente. Estos afectos son considerados deseables y están asociados con la conformidad a las normas y expectativas sociales. En cambio, ciertos afectos, como la ira, la bronca o el dolor, entre otros que identificaron este colectivo de trabajadoras sociales, pueden ser culturalmente excluidos o

desaprobados. Estos afectos, a menudo asociados con la resistencia, la disidencia o la incomodidad, pueden ser marginados socialmente y etiquetados como negativos o inapropiados. Sin embargo, lejos de resultar un obstáculo, tal como insiste Ahmed (2013) este tipo de emociones resultan particularmente relevantes para la gesta de procesos de transformación social. Ya que existe una política de los afectos que atraviesa las instituciones y que juega un papel crucial en la construcción de identidades y en la reproducción de jerarquías de poder. Y este tipo de afectos resultan sustanciales para cuestionar y desafiar las normas culturales y sociales que se imponen en la vida cotidiana. En este caso, podrían implicar una potencia transformadora del autoritarismo y la deshumanización sentida.

Otro aspecto relevante que surge de este proceso monitoreo estratégico participativo fueron los riesgos psicosociales del trabajo que a menudo están asociados con altos niveles de estrés laboral como resultan las situaciones de violencias analizadas en este estudio. Tal como plantean Henry y Neffa (2019) y Neffa (2019), es posible que estas situaciones incidan en el aumento del desgaste psíquico o síndrome de burnout en el equipo de trabajadoras sociales ya que se trata, tal como señalan Mayorga et al. (2021), de una condición caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y una disminución de la realización personal en el trabajo. También, estas violencias vividas pueden aumentar los problemas en la salud mental de las trabajadoras con problemas como ansiedad, depresión y afectaciones psicosomáticas (Palma et al., 2018; Álvarez Reza et al., 2021; Navinés et al., 2021). Pues, los riesgos psicosociales del trabajo, según Neffa (2023), representan amenazas potenciales para la salud mental y emocional de quienes trabajan, afectando su bienestar y su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en el entorno laboral.

Finalmente, cabe destacar que el proceso de reflexividad colectiva dio lugar a la innovación en el desenvolvimiento del trabajo vivo en acto. Por un lado, se identificaron y elaboraron estrategias de afrontamiento de las situaciones de violencia vividas centradas en la exigibilidad de derechos (Zaldúa et al., 2013) mediante la consolidación de una agenda pública de reclamos y la construcción de redes (Rovere, 2006; Ramos y Limachi, 2021) con instituciones y actores aliados. Pero, por otro lado, permitió desarrollar prácticas vinculadas al cuidado del propio equipo. El cuidado de quienes

cuidan, de acuerdo con Losada y Marmo (2020), constituye una estrategia central para garantizar la salud integral de los equipos y las buenas prácticas sanitarias. En el período de la pandemia por COVID-19 resultaron prácticas que se vieron especialmente dificultadas como parte de las políticas institucionales, mientras que pudieron emerger como prácticas de autocuidado desarrolladas por los propios equipos, tal como se observó en este estudio. Lo cual resulta potente, pero insuficiente al mismo tiempo toda vez que se intente morigerar estructuralmente los mencionados riesgos psicosociales del trabajo (Henry, 2022; Aspiazu y Cutuli, 2022). La potencia de las prácticas de autocuidado, en este caso, se observaron en el sostenimiento de los grupos de discusión, la escucha mutua y la solidaridad entre pares, todas prácticas sostenidas en una ética del cuidado, en el sentido de Gilligan (2013), ya que buscaron poner el foco en el cuidado de sí y de otros/as, satisfaciendo las necesidades indispensables para la vida, desde la empatía y el reconocimiento de la diversidad de modos de ser y sentir. Asimismo, en las estrategias colectivas de afrontamiento de las situaciones de violencia vividas también se pudo colegir la importancia de la exigibilidad de políticas de cuidado para quienes cuidan por parte de diversas instancias institucionales, al no renunciar a la visibilización de las violencias vividas por el colectivo, a su denuncia y al reclamo por condiciones de trabajo dignas para ellas y para la garantía de las prácticas integrales en salud que garantizan derechos aun en contextos especialmente complejos como lo fue la pandemia.

Conclusiones

Si bien este estudio tiene la limitación de haberse realizado con un colectivo acotado de trabajadoras sociales, como se advirtió más arriba, los hallazgos permiten entrar en diálogo con otros trabajos en los que se estudia el impacto de las violencias en colectivos feminizados en el sector sanitario y en el contexto del COVID-19.

La pandemia del COVID-19 en tanto evento disruptivo global exacerbó no solo la crisis de los cuidados sino también los procesos de violentación en el sector sanitario. Pero, al mismo tiempo, permitió su visibilización y problematización por parte de algunos equipos, lo cual abre posibilidades de cambio.

La cuestión del cuidado de quienes cuidan con foco en el mejoramiento de las condiciones de trabajo como así también en la prevención de las

violencias y las prácticas arbitrarias resulta fundamental para enfrentar la naturalización de las pedagogías de la crueldad. Éstas suelen instalarse en el sistema de salud y, en particular, en los espacios de formación profesional en este ámbito incrementando el sufrimiento individual. Las instancias de encuentro y de reflexividad crítica resultan espacios fundamentales para el abordaje colectivo de las violencias.

Referencias

- Ahmed, S. (2013). *The cultural politics of emotion*. Routledge.
- Almeida Filho, N. (2012). *Quatro estações no ensino de línguas*. Pontes.
- Alonso, V., Fuertes, S., Romero, P. M., y Sánchez, L. (2023). Desigualdades de género en la producción del cuidado: Narrativas de trabajadores/as de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata. *Etnografías contemporáneas*, 9(16), 140-162. <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/1385>
- Álvarez Reza, S., Flores-Olivares, L. A., Fernández-López, M., Durán-Oyarzabal, C. E., Hernández-Granillo, P. M., y Tapia-Ortega, E. (2021). Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud pública de México*, 63(2), 162-163. <https://doi.org/10.21149/12203>
- Aspiazu, E., y Cutuli, R. (2022). Condiciones de trabajo de la enfermería: percepciones, prácticas y riesgos psicosociales durante la pandemia COVID-19. Mar del Plata, Argentina. *EJES de Economía y Sociedad*, 6(11), 462-495. <https://doi.org/10.33255/25914669/61043>
- Aspiazu, L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 19(1), 55-66. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/Sociales/article/view/1381>
- Barbosa, C. P. (2020). Epistemología feminista enquanto uma ramificação da epistemologia social: uma análise a partir de Donna Haraway e Sandra Harding. *Intuitio*, 13(1), e35521-e35521. <https://doi.org/10.15448/1983-4012.2020.1.35521>
- Bedoya Jojoa, C. M. (2020). Covid-19: the pandemic of abuse against health personnel in times of pandemic. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 3(1), e-6276. <https://revistas.unilivre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/6276>
- Beiras, A., Cantera Espinosa, L. M., y Casasanta García, A. L. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 54-65. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1012>
- Braun, V., y Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and being a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Salud Pública* 31, 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Breilh, J. (2022). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética. Metodología meta-crítica para una ciencia responsable y reparadora. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(25), 39- 59. <http://hdl.handle.net/10644/9377>
- Bucci, L. y Faccendini, A. (2020). *La violencia laboral (mobbing) en la pandemia de COVID-19*. Pensar la pandemia. Observatorio Social del Coronavirus - CLACSO.
- Carrasco, C. (2004). Hacia nuevos indicadores de trabajo y género: un problema mucho más que estadístico. P. De Villota (Coord.), *Globalización y desigualdad de género* (pp. 103-129). Síntesis.
- Chandia Godoy, D. y Neira, D. (2023). Revisión sistemática sobre trayectorias laborales profesionales. *Trabajo y sociedad*, 24(40), 295-315. <https://www.redalyc.org/journal/3873/387375273014/html/>
- Damiani, S., Navarro, A., Alonso, J. P., Jones, D., Santos Sharpe, A., Meccia, E., ... & Dalle, P.

- (2020). *Biografías y sociedad: métodos y perspectivas*. Ediciones UNL.
- Díaz Monsalve, L. (2014). El monitoreo estratégico: una metodología participativa para el cuidado de la salud. *Av. enferm*, 32(1), 139-146. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32.n1.46075>
- Domingo, C. (2020). *Derecho a decidir: El mercado y el cuerpo de la mujer*. Akal.
- East, S., Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. OIT, ONU Mujeres y UNFPA.
- Federico, L. (2021). Política y trabajo en salud: ¿la pandemia de COVID-19 como acontecimiento? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00240120>
- Fernández Christlieb, P. (2000). *La afectividad colectiva*. Taurus.
- Fierro Moreno, E., y Ortiz Reyes, F. A. (2022). Violencia laboral contra las mujeres del área de salud en la atención al COVID-19 en México. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 29(4), e178. <https://cienciaergosum.uaemex.mx/articulo/view/16330>
- Fraser, N. (2023). *Capitalismo Canibal*. Siglo XXI.
- Freidin, B., Ballesteros, M. S., Wilner, A. D., & Krause, M. (2022). El acceso a los servicios de salud durante el primer año de la Pandemia COVID-19: las experiencias y miradas de un equipo de salud público del primer nivel de atención. *Entramados y Perspectivas*, 12(12), 376-412. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9135425>
- Freidin, B., Wilner, A. D., Krause, M., & Ballesteros, M. S. (2021). Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires. *Población y sociedad*, 28(2), 138-167. <https://n2t.net/ark:/13683/pkrn/dfB>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gutiérrez, N. (2020). ¿Ponerse el ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública. *ConCienciaSocial*, 4(7), 247-261. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30761>
- Henry, M. L. (2022). Cambios en los procesos de trabajo durante la pandemia de Covid-19 y riesgos psicosociales emergentes. *RELET-Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 26(42), 39-61. <http://alast.info/relet/index.php/relet/article/view/469>
- Henry, M. L., y Neffa, J. C. (2019). Los riesgos psicosociales en el trabajo: diferentes miradas para su estudio en el contexto argentino. *Trabalho (En) Cena*, 4, 1-06. <https://doi.org/10.20873/2526-1487V4NEspecialP01>
- Herrera-Acosta, M., y Martínez-Rojero, D. (2021). Impacto de la pandemia covid-19 en aspectos laborales del personal sanitario. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 29(2), 48-52. Link <http://www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/211>
- Hirata, H. (2023) Género, patriarcado y clase. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 7(15), 1-13. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/yjnuql1zs>
- Huamaní, C. G. A. (2021). La investigación en la educación universitaria en pandemia. *HAMUT'AY*, 8(3), 5-8. <https://doi.org/10.21503/hamu.v8i3.2344>
- Larkin, H. (2021). Navigating attacks against health care workers in the COVID-19 era. *JAMA*, 325(18), 1822-1824. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2701>
- Lenta, M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de Salud. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 141-145. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/rutojra3f>
- Lenta, M. M., Longo, R. G., & Zaldúa, G. (2019). Estrategias de mujeres ferroviarias frente a las violencias de género. Una experiencia desde la psicología social comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 53(2), 195-207. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1045>

- Lenta, M. M., Longo, R. G., Zaldúa, G., & Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de investigaciones*, 27, 147-154. https://www.psi.uba.ar/docentes.php?va_r=publicaciones/anuario/anteriores/anuario27/trabajo.php&id=1159
- Lenta, M. M., y Pérez Chávez, K. (2011). Herramientas para la evaluación de la salud de y con los trabajadores. G. Zaldúa. (comp.) *Epistemes y prácticas de psicología preventiva* (pp. 135-147). EUDEBA.
- Longo, M. (2009). Género y trayectorias laborales. Un análisis del entramado permanente de exclusiones en el trabajo. *Trayectorias*, 11(28), 118-141. <https://trayectorias.uanl.mx/public/anteriores/28/index.htm>
- Longo, R., Lenta, M., Tortosa, P. y Zaldúa, G. (2022). Feminización del trabajo en salud, salud colectiva y pandemia. En G. Zaldúa, M. Bottinelli y M. Lenta (Coord). *Salud Mental Comunitaria y Pandemia. Diálogo desde los territorios* (pp. 43-56). Teseo.
- Longo, R., Veloso, V. y Zaldúa, G. (2020). Género, trayectorias identitarias y territorios de precarización en salud. G. Zaldúa y M. Bottinelli, (Coordinadoras) (2020) *Territorios, equipos y narrativas en situación* (pp. 61-76). Teseo.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2020). El cuidado de quienes cuidan: Miembros de Equipos de Atención de Violencia Familiar. *Revista Psicología Unemi*, 4(6), 8-19. <https://n2t.net/ark:/13683/pDuT/gXp>
- Mayorga, T. J. F., Pérez, G. P. L., Pallango, B., y Sánchez, K. E. Y. (2021). Síndrome de burnout en profesionales sanitarios por la pandemia del Covid 19 una revisión para la actualización. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(9), 1692-1712. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8094548>
- Mellado, J. C. R. (2019). Fundamentos de un trabajo social clínico feminista: una perspectiva de género, raza e interseccionalidad. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (33), 207-243. <https://doi.org/10.29344/07171714.33.2055>
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/125/pdf>
- Molinier, P. (2023). Los establos de Augias: mito de la performance y negación de la vulnerabilidad. *Revista latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 7(15), 2-16. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/pukcggpem>
- Montero, M. (2014). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Montes-Berges, B. y Ortúñez Fernández, M. E. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería global*, 20(62), 254-282. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>
- Muñiz Terra, L, Roberti, E, Daleo, C y Hasicic, C. (2013) Trayectorias laborales en Argentina: una revisión de estudios cualitativos sobre mujeres y jóvenes. *Laboratorio. Revista de Estudios sobre Cambio Estructural y Desigualdad Social*, 25(14), 57-79. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/90616>
- Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada: De la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI.
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., y Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina clínica*, 157(3), 130. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Neffa, J. C. (2019). Un nuevo campo de estudio para la sociología del trabajo: los riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo (CESOT)*, (11), 65-104. <https://ojs.econ.uba.ar/index.php/CESOT/article/view/1541>
- Neffa, J. C. (2023). Teorías de la segmentación del mercado de trabajo. *RBEST Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho*, 5, e023012. Link <https://doi.org/10.20396/rbest.v5i00.18343>
- Palma, A., Ansoleaga, E., y Ahumada, M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 146(2), 213-222.

- <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
- Pombo, G. (2019). La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo. Rivero, L. (Comp.) *Trabajo Social y feminismos* (pp. 149-176). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Ramos, C. J. M., y Limachi, R. E. M. (2022). Estrés laboral y actitudes durante la pandemia COVID-19 del personal de enfermería a nivel de la micro-red de salud Cono Norte de Tacna, 2021. *Revista Muro de la Investigación*, 7(1), 1-15. <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r-Muro-investigaion/article/view/1690/1952>
- Ramos, V., Palacios, O., Franco-Crespo, A., Herrera, F., y Pazmiño, P. (2021). Diferencias de género tomando en cuenta la repercusión del teletrabajo durante período de pandemia por COVID-19. *Latin-American Journal of Computing*, 8(2), 18-27. <https://lajc.epn.edu.ec/index.php/LAJC/article/view/231>
- Rodríguez Enríquez, C. M. y Pautassi, L. C. (2014). *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*. ELA/CIEPP/ADC. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187067>
- Roussos, A., Braun, M. y Olivera, J. (2012). *Conductas responsables para investigación en Psicología*. FUNICS
- Rovere, M. (2006). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Agora.
- Scarone Adarga, M. (2014). Violencia laboral intramuros: Hostigamiento sexual y otras formas de violencia contra la mujer en las maquiladoras de Sonora y Baja California. *Región y sociedad*, 26, 129-154. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-39252014000600006&script=sci_arttext
- Tejada, C. M., y Reyes, F. (2021). Teletrabajo, impactos en la salud del talento humano en época de pandemia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 11(2), 38-45. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2021.6553>
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: Cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73. <https://doi.org/10.5944/empiria.15.2008.1199>
- Ullón, D., Páez, F., Viveros, G., González Vázquez, G., Espínola, R., Martínez, G., y Méndez-Romero, J. (2023). Violencia hacia el personal de enfermería durante la pandemia del COVID-19, Paraguay 2021. *Revista de salud pública del Paraguay*, 13(1), 52-57. <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.08>
- Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R., Sopransi, M. B., y Lenta, M. M. (2013). Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 265-275. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/26434>