



Salud mental género y **cuidados**

Estrategias de cuidado en
organizaciones de salud
durante la pandemia.



Marcela Inés Freytes Frey,
Amanda Gotti, Cecilia Russo,
Mariela Nabergoi y Silvia Catalini.

EDITORIAL



**Universidad
del Chubut**

Salud mental, género y cuidados

Estrategias de cuidado en organizaciones
de salud durante la pandemia.

*Marcela Inés Freytes Frey, Amanda Gotti, Cecilia Russo,
Mariela Nabergoi y Silvia Catalini.*

Convocatoria

PICTO Género

Esta investigación se desprende del Proyecto **“SALUD MENTAL, GÉNERO Y CUIDADOS, EN LAS PERSONAS TRABAJADORAS DE SALUD, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”** financiado por la convocatoria **PICTO Género (2022)** de la **Agencia I+D+i** y el **Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación**, a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT), Contrato de préstamo BID.



Agencia I+D+i

Agencia Nacional de Promoción
de la Investigación, el Desarrollo
Tecnológico y la Innovación

FONCYT

Fondo para la Investigación
Científica y Tecnológica

Instituciones participantes

UDC | Universidad del Chubut

Observatorio de Género y Derechos Humanos



**Universidad
del Chubut**



**Observatorio de Género
y Derechos Humanos**

UNC | Universidad Nacional de Córdoba

UNSAM | Universidad de San Martín



Universidad
Nacional
de Córdoba



Universidad
Nacional
de San Martín

Salud mental, género y cuidados : estrategias de cuidado en organizaciones de salud durante la pandemia / Marcela Inés Freytes Frey ... [et al.]. - 1a ed. - Rawson : Universidad del Chubut, 2024.

Libro digital, PDF - (Investigaciones UDC)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-82869-4-5

1. Atención a la Salud Mental . 2. Salud Mental . 3. Pandemias. I. Freytes Frey, Marcela Inés

CDD 100

Título:

Salud mental, género y cuidados.

Autoras

Marcela Inés Freytes Frey, Amanda Gotti, Cecilia Russo, Mariela Nabergoi y Silvia Catalini.

Filiación Insitucional

Universidad del Chubut

Colección

Investigaciones UDC

Lugar y Fecha de creación

2024

Equipo Editorial

Victoria Russo @estudio_portatil | Dirección creativa y UX UI Editorial

Nestór David Gallo | Asistencia Editorial y DG Ilustraciones

Salud mental, género y cuidados

Estrategias de cuidado en organizaciones
de salud durante la pandemia.

*Marcela Inés Freytes Frey, Amanda Gotti, Cecilia Russo,
Mariela Nabergoi y Silvia Catalini.*

Dedicatoria

Este libro pretende dejar un insumo registrado para la construcción social de la Memoria colectiva en tiempos de pandemia y el proceso post pandemia, como así también para el desarrollo de políticas de cuidado impresas en la dinámica organizacional, valorando las voces de las personas trabajadoras, desde una perspectiva de género e interseccional.

Gracias.



Índice

Prólogo.....	13
<i>Dora Barrancos</i>	
Introducción	19
<i>Cecilia Maricel Russo, Cecilia Garzón, Melisa López, Jazmín Etchelecu</i>	
Capítulo 1	24
<i>Cecilia Maricel Russo, Cecilia Garzón, Melisa López, Jazmín Etchelecu</i>	
<i>Antecedentes y contexto de convocatoria</i>	<i>24</i>
<i>Integración del Equipo de Investigación</i>	<i>27</i>
<i>Experiencias y trayectos de implicación</i>	<i>34</i>
Capítulo 2	39
<i>Melisa López, Silvia Catalini, Guillermo Barale, Cecilia Maricel Russo, Cecilia Garzón, Jazmín Etchelecu, Patricia Vila y Denise Gutierrez</i>	
<i>Aspectos generales</i>	<i>39</i>
<i>La cultura organizacional del trabajo en salud y sus modificaciones en la pandemia</i>	<i>45</i>
<i>Los cuidados en sus múltiples aristas y desde la perspectiva de género</i>	<i>54</i>
<i>La salud mental en el ámbito de trabajo en salud</i>	<i>65</i>
<i>El género como categoría analítica.....</i>	<i>70</i>
Capítulo 3.....	79
<i>Jazmín Etchelecu, Melisa López, Mara Lesbegueris, Fernanda Ruiz, Carla Baglivo, Patricia Vila y Denise Gutierrez</i>	

Capítulo 4 - Informe final NODO Chubut.....	95
<i>Leticia Marcela Baez, Marcela Inés Freytes Frey, Agostina García, Amanda Gotti, Florencia Itovich, Marina Veleda, Ingrid María Ruscitti, Cecilia Maricel Russo.</i>	
Capítulo 5 - Informe final NODO Córdoba.....	159
<i>Silvia Catalini, Olivares Emilce, Gomez Patricia, Coronado Marcela, Cerino Sandra, Villanueva Florencia, Barale Guillermo, Stella Arrieta, Raquel Espeche, Lenis Jesus, Liliana Martinez, Romero Daniel y Ruth Fernández.</i>	
Capítulo 6 - Informe final NODO San Martín.....	197
<i>Mariela Nabergoi, Patricia Vila, Mara Lesbeguiris, Melisa Analía Lopez, Andrea Albino, Claudia Viñuela Ortiz, Jazmín Etchelecu, Cecilia Ravaschio, Carla Baglivo, María Amelia Fernandez Torres, Fernanda Ruiz, Cecilia Garzón, Denise Gutierrez, Natalia Carelli, Hugo Mercer.</i>	
Capítulo 7 - Resultados generales y recomendaciones	252
<i>Marcela Inés Freytes Frey, Amanda Gotti, Mariela Nabergoi.</i>	
Agradecimientos y reconocimiento a labor	278
Bibliografía	282
Nota Editorial	296

SALUD MENTAL, GÉNERO Y CUIDADOS

Capítulo 2

Aspectos generales

Conceptualmente, **este estudio se enmarca en el campo de la Salud Mental Comunitaria**, ya que propone el análisis de la complejidad de los fenómenos desde un abordaje de las relaciones que permitan pensar al conjunto del individuo y su comunidad (Galende, 1998) perspectiva que se ve enriquecida por el análisis interseccional propuesto por la Epistemología feminista⁷ (Falconi Abad 2021).

Lo anterior implica el *entrecruzamiento entre el campo de la Salud/Salud Mental Comunitaria y los Estudios de Género.*

Esta articulación conceptual, es lo que permitió abordar desde las experiencias de los/las trabajadores/as las relaciones entre el cuidado, la salud y la cultura organizacional en el sistema de salud durante el COVID 19, tomando a la categoría de género como categoría analítica central. La posibilidad de complejizar los marcos de referencia, se vió facilitada por la in-

7 “Históricamente el conocimiento científico ha estado dominado tanto por el pensamiento occidental como por una epistemología hegemónica que ha construido los criterios de verdad y falsedad de las ciencias. Entre las diferentes voces que han interpelado esta realidad, las epistemologías feministas emergen con una crítica profunda a los pilares que sustentan el conocimiento occidental y patriarcal en aras de su deconstrucción; al mismo tiempo proponen nuevas formas de entender el mundo: otras categorías teóricas, conceptos y entradas metodológicas, en un acto de subversión epistémica.” (Falconi Abad 2021. pág 1. resumen)

roducción de una mirada decolonial que aportó conceptos y herramientas de la Epidemiología Crítica y la Psicología Comunitaria. De esta manera, la reflexividad sistemática durante el proceso de investigación, derivó en una propuesta de producción de conocimientos situado, que facilitaran el diálogo desde distintos territorios del país y de Chile, a los fines de analizar, visibilizar y dar cuenta de las experiencias cotidianas de los/las trabajadores/as de salud durante la pandemia. Con el propósito de acompañar también procesos que dieran lugar a la voz de personas trabajadoras y a partir de allí efectuar aportes para incidir en el diseño de políticas públicas.

La pandemia causada por el COVID 19 puede ser considerada como una catástrofe o incidente crítico de proporciones inéditas, que irrumpió de manera drástica en la vida cotidiana, tanto individual como colectiva, poniendo en jaque el funcionamiento de los sistemas sanitarios a lo largo de todo el mundo. Para hacer frente a este evento los Estados Nacionales, debieron generar políticas públicas para reorganizar sus sistemas sanitarios, su estructura productiva y gubernamental y garantizar la prevención del contagio y el tratamiento de las personas infectadas por el virus. Esto a la vez que se buscaba sostener los sistemas económicos y productivos de los distintos países. La pandemia significó una crisis de los sistemas de salud de todo el mundo. En Argentina, irrumpió en un momento en el cual los desafíos y obstáculos estuvieron también potenciados por las condiciones de un sistema de salud público desigual en cada territorio, tanto a nivel de infraestructura, recursos materiales y humanos.

La situación crítica que enfrentó el sistema público de salud argentino previo a la pandemia, se vio recrudecida y profundizada una vez expandida la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional. Equipos de salud con un bajo número de profesionales (OFERHUS, 2020) lejos de los estándares internacionales, expuestos -en muchos casos- a condiciones de trabajo pre-

carias e infraestructura deficiente y en malas condiciones edilicias, y en el caso de Chubut, en un contexto de emergencia sanitaria y en pie de lucha por las condiciones laborales, de infraestructura y un atraso salarial de 3 meses en todo el sector estatal, tuvieron la tarea de reorganizar su labor alrededor de atender, tratar y cuidar a las personas enfermas, en primer lugar y a prevenir el contagio, en segundo lugar. Esto significó una mayor exigencia en los equipos que ya, con grandes esfuerzos y a costa de sus bienestares, sostenían el sistema público de salud.

Por otro lado, la feminización del sector salud es producto de un sostenido proceso histórico de feminización en la pirámide poblacional profesional y un aumento de feminización en niveles de menor profesionalización (sectores menos pagos) (OFERHUS, 2020).



La invisibilización, su falta de valor simbólico, el romanticismo y heroización de las tareas de cuidado y su feminización en espacios remunerados a lo largo de la historia de la reproducción de la vida social, han sido la base del sostenimiento de un formato heteropatriarcal y capitalista de subordinación.

(Federici, 2018).

Reconocer la situación crítica en la que sostuvieron su tarea los/las trabajadores/as de salud abordada por diferentes estudios⁸, nos obligó a repensar los instrumentos de relevamiento para incorporar las dimensiones afectivas y emocionales asociadas a las vivencias por las cuales íbamos a indagar en las entrevistas.

En este proceso de trabajo, consideramos de gran relevancia la exteriorización, en palabras, de las emociones y experiencias vividas de forma traumática. Entendiendo que durante y luego de la situación de pandemia, no se habilitaron formalmente espacios colectivos de tramitación de lo vivido que dieran la posibilidad de resignificación para las personas trabajadoras de salud, Ser conscientes de esta situación, nos permitió anticipar y prever para el trabajo de campo, herramientas que permitieron poner en palabras situaciones que no habían sido aún compartidas. Y, al revivir las experiencias sentidas, se dió un lugar para desplegar y alojar las emociones en una instancia de cuidado. Para ello, se tuvo en cuenta que:

”Cuando la realidad aparece supuestamente como comprensible y previsible, los sujetos vuelcan sobre sí mismos la reflexión sobre su padecimiento. Cuando la realidad y los otros requieren del máximo de atención para garantizar la sobrevivencia, el malestar subjetivo sólo suscita la necesidad de eliminarlo o desechar para concentrarse en el afuera amenazador, limitando las posibilidades de elaboración.”

(Stolkiner, 2001, p. 7).

8 (Diez Tetamanti y Freytes Frey, 2020; Ramacciotti, 2023; Sy, Alonso, Lorenzatti, Buriyovich, Zóttola, Suárez, Ojeda, Stival y Drovetta, 2023, entre otros)

Dicha experiencia fortaleció el entrecruzamiento de los saberes técnicos y teóricos de las profesiones implicadas, tales como la psicomotricidad, la terapia ocupacional, la psicología, la psicopedagogía, el derecho y la enfermería. Cabe destacar el nutritivo aporte de la disciplina de psicomotricidad y la terapia ocupacional, las cuales aportaron recursos novedosos tanto en lo metodológico como en el análisis de lo producido. Esto, conjugado con los aportes de estudio género, aluden a la incorporación de la dimensión del cuerpo como “la superficie grabada de los acontecimientos” (Foucault, 1978, p. 148), en tanto superficie donde se inscriben los modos de aceptar o modos de resistir a la hegemonía normativa (Butler, 1990). Entendiendo que es en el cuerpo donde se inscriben las conflictividades y las amorosidades (Lesbergueris, 2020), se construyeron herramientas para facilitar que las personas entrevistadas puedan identificar registros corporales y emociones asociadas a las vivencias. Asimismo, se habilitó que las investigadoras adviertan sobre sus propias implicancias durante el proceso de investigación, lo cual que también se incorporó en este estudio.

En la etapa inicial de problematización y ampliación del marco teórico original del proyecto se dieron instancias de trabajo compartido y capacitaciones con profesionales externas referentes en la temática que nos permitieron enriquecer el esquema de referencia. Como etapa previa a la construcción de herramientas de recolección de información. El producto de esa etapa, fue la priorización de diferentes dimensiones conceptuales, que desarrollaremos en los apartados siguientes.

Asumir la pandemia de Covid 19 desde una perspectiva sindemica permite abordar lo político-cultural con elementos conceptuales esenciales. En este sentido los desarrollos de Almeida-Filho (2022), nos permiten afirmar la perspectiva y favorecen el análisis individual y de cada territorio. Desde sus aportes, se facilita la mirada de las interacciones entre macroprocesos de condiciones comórbidas, con las desigualdades políticas

y sociales. Es decir, se trata de explicar las interacciones biológicas con las biosociales. La conjunción de la teoría sindémica con el enfoque de interseccionalidad conduce a visibilizar las desigualdades étnicas, de clase social, sexo, género. Este abordaje desde una mirada compleja, nos ayuda a sistematizar la exacerbación de diversas formas de sufrimiento social, individual y colectivo. Tanto a nivel mundial como regional la sindemia logró interpellar a los Estados al articular dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales, entendiendo que lo sucedido, no puede analizarse sólo desde el modelo epidemiológico tradicional.

A partir de este marco de referencia general, se describen a continuación las dimensiones principales involucradas en el proceso investigativo: la cultura organizacional del trabajo en salud y sus modificación en la pandemia, los cuidados y sus múltiples aristas, la salud mental y el género como categoría analítica.



La cultura organizacional del trabajo en salud y sus modificaciones en la pandemia

En las últimas décadas la incorporación de mujeres al mercado del trabajo remunerado se ha incrementado dentro del mundo del trabajo competitivo. En la región de las Américas, el sector de salud refleja la presencia cada vez mayor de mujeres en tareas semicalificadas relacionadas con los servicios del cuidado (Aspiazu, 2011). Las autoras Testa y Ramacciotti (2020) admiten que el trabajo remunerado en sector salud se combina con las tareas de cuidado en el ámbito doméstico, lo que implica una sobrecarga laboral reconociendo desigualdades de género en el sistema sanitario. Este hecho se da por el lugar natural que se le atribuye a la mujer en su rol de cuidadora, madre y cónyuge, dentro y fuera del ámbito doméstico, hechos que refuerzan los mandatos de género (Testa y Ramacciotti, 2020).

Los mandatos de género están arraigados en nuestra sociedad. Impactan tanto en la cultura organizacional del trabajo, como en el ámbito doméstico. Estas situaciones revelan asimetrías que se visibilizan en las diferencias en relación al ejercicio de derechos, con la consiguiente vulnerabilidad y por tanto, agravamiento del malestar psíquico percibido por mujeres trabajadoras (Tajer, 2020).

En los escenarios del trabajo, ocurren hechos de desigualdad de género. En los equipos de salud existe una alta tasa de feminización, con grandes asimetrías, ya que las profesiones llamadas subalternas de la medicina, siguen sufriendo opresión y humillación dentro de la vida profesional en los ámbitos institucionales. **En los ámbitos laborales, se perpetúan circunstancias vinculadas a estereotipos de roles de género producto de la división sexual de trabajo, que generan inequidades en las relaciones de poder-saber en las instituciones.** Por otro lado, resulta de interés ubicar que la pandemia acrecentó la visibilización de ciertos atributos que definen

la llamada modernidad líquida (Bauman, 2007). **En la misma, prevalece la labilidad de vínculos, el individualismo y la inmediatez de los momentos, aspectos que también pueden reproducirse en el ámbito laboral.**

Este entramado conceptual, se complejiza con los aportes de la Economía Feminista. Rodríguez Enríquez (2015) pone en relieve el rol fundamental para la reproducción de la vida cotidiana, del trabajo doméstico y de cuidado, tanto material como simbólico. Lo ubica como la piedra angular para el funcionamiento del sistema económico. En esa línea, las teorías feministas ponen de manifiesto y argumentan que este es el único trabajo existente que permite el sostenimiento de la vida. El trabajo de los cuidados lo realizan en su mayoría mujeres y de forma gratuita, siendo que en la mayoría de los casos no se lo identifica como trabajo. Esto, en concordancia con una distribución social y sexual del trabajo injusta y estereotipada. Este estudio invita a pensar cómo las relaciones de género estructuran relaciones sociales y tienen efectos concretos en las estructuras y las dinámicas, tanto sociales como económicas. Por ejemplo en la distribución y posesión desigual de recursos materiales, simbólicos y el reparto del tiempo en los escenarios del trabajo.

Al introducirnos en el estudio de las condiciones y dinámicas del mundo del trabajo, es necesario complejizar el enfoque de la cultura organizacional tradicional, que silencia elementos presentes como el poder, la ideología, la dominación, el control, la resistencia, el conflicto y los procesos productores de sufrimiento psíquico.

Autores como Christophe Dejours (2011) definen al trabajo como un elemento determinante de la construcción de subjetividades e identidades y ubican que sus formas organizacionales son productoras de sentidos, significados y pautas de comportamiento, como también de placer o malestar.

Hay entonces diversas dimensiones del mundo del trabajo que implican lo personal, la integración social y generan sentidos que impac-

tan en la constitución de los cuerpos, las identidades y subjetividades.

Es posible entonces, analizar cómo la conversión al sistema capitalista, las propuestas neoliberales y los procesos de globalización e internacionalización de las economías generan diversas transformaciones en las formas de concebir, organizar y ejecutar el trabajo y en los procesos de construcción de las personas trabajadoras.

Las instituciones de salud, no escapan a la cultura de la competitividad, instalada a comienzo de los años noventa, de la mano de la globalización, la economía del mercado (Davila, 2003). Al mismo tiempo que impone un modelo de gestión centrado en la planificación estratégica, la calidad y el mejoramiento continuo, promueve la estandarización de procesos, la contratación externa, y la implementación de normas ISO. Se exige así a las personas trabajadoras, que sean responsables, participen activamente, regulen su conducta y diseñen soluciones creativas y visibles para las empresas (Rose, 1999).

Se observa cómo el discurso de la cultura organizacional ha sido agenciado como un dispositivo de poder en las organizaciones, que se convierten en funcionales y al servicio del capital. En diálogo con conceptos de la psicodinamia del trabajo, retomamos autores (Gómez, 2010, Cruz, 2005, De la Garza, 2002) que abogan por un concepto de trabajo en un sentido amplio. Reconociéndose como una relación social a partir de la cual los individuos y colectividades construyen sentido social, configuran sus respectivas identidades y subjetividades, organizan su cotidianidad y producen bienes materiales en un universo de valoraciones. Incluidos también conceptos de Byun Chul Han (2017) que describe el rendimiento y la autoexplotación, individualismo exacerbado, egoísmo e insolidaridad. Enfatizando que en este contexto aumentan las crisis sociales, las enfermedades vividas como personales.

Ahora bien, el trabajo en salud, es un trabajo de cuidado. Retomando

la cuestión del cuidado, De Aldea (2021), los define como los modos a través de los cuales el ligamento social se crea y se repara. Trabajar sobre la restauración del valor primario de dar y recibir, a partir del intercambio de lo material con lo inmaterial, en diferentes esferas y modalidades, se hace imprescindible para recuperar las formas humanas de convivencia. El capitalismo feroz, ha tomado la palabra intercambio por la concepción de valor. El trabajo del cuidado tiene un valor invisible, no se puede contar, ni medir, pero es imprescindible e inestimable para el mantenimiento de la vida.

En la pandemia el patriarcado se ha perpetuado en los escenarios laborales, al repetir las lógicas de la división sexual del trabajo. Esto, tomando como base el supuesto de que las mujeres nacen cuidadoras por naturaleza y asegurando que su condición biológica determina el género. Asumir el compromiso de implicarse en la modificación de estas concepciones culturales, científicas y sociales dadas por «naturales», sólo será posible mediante un intenso trabajo creativo de reconstrucción social e histórica. El cual puede empezar con instancias dialógicas, de sociabilidad, solidaridad, corresponsabilidad y cohesión social. En ese horizonte, **este estudio**

tiene la intención de contribuir a visibilizar y desnaturalizar realidades en los espacios del trabajo de los sistemas de salud, a la vez que colaborar en la producción de conocimiento y materiales desde los cuales las personas pueden verse reflejadas y acompañadas en procesos emancipatorios.

Retomando la definición de trabajo, en ella convergen el trabajo material y lo simbólico como realidades que se entretajan en una intersección. El primer caso se puede ejemplificar en la creación de un producto a través de una transformación física de la materia prima, mediante un esfuerzo se convierte en un producto; en el segundo caso, hay ideas, percepciones, sentimientos y valores encerrados en la mente de las personas trabajadoras que llevan adelante ese proceso de transformación. Los procesos mentales no ocurren al margen de la realidad física y corporal, del mismo modo que

el trabajo humano no existe sin el trasfondo de la actividad simbólica.

Reygadas (2000), propone conceptualizar la cultura del trabajo cómo la generación, actualización y transformación de formas simbólicas en la actividad laboral. Siendo preciso indagar tanto la influencia que tiene la acción simbólica sobre el proceso productivo como el papel del trabajo en la formación de la cultura de la sociedad. Es importante entender la creación y apropiación de formas simbólicas en el trabajo como un proceso en el que los agentes actualizan su cultura dentro de contextos y relaciones de poder específicos. Para dar continuidad a la referencia a la dimensión simbólica como un proceso de creación de significados desde el trabajo, el autor explica que la actividad laboral siempre va acompañada de construcciones simbólicas. Al trabajar, las personas entablan relaciones consigo mismas, con otras y con objetos de diversa clase. En ese proceso, se actualizan, interpretan y producen significados mediante el uso de símbolos.

Encontramos entonces que en el trabajo se producen costumbres, signos de identidad, valores y tradiciones que impregnan otras esferas de la vida social. El trabajo configura sistemas de significados y a la vez la cultura del trabajo se impregna de instancias de socialización (Reygadas, 2000). **La creación de una nueva cultura del trabajo, sólo puede entenderse como resultado de la intersección, más o menos conflictiva, de estas diferentes tradiciones.** La cultura del trabajo implica entonces, indagar las maneras en las que el proceso laboral repercute en la producción de significados (eficacia simbólica del trabajo) y las influencias que ejerce la cultura en el desarrollo de la actividad productiva (eficacia laboral de la cultura). Todo ello mediado por los procesos de conflicto y negociación que ocurren durante el ejercicio del trabajo, embebidos en estructuras sociales y culturales más amplias. (Reygadas, 2000).

a. Modificaciones de la cultura organizacional del trabajo en salud en pandemia

Durante la pandemia, el sistema sanitario tuvo que adecuar recursos desde la precariedad y las condiciones laborales deficientes preexistentes. **La reestructuración de los servicios consistió en modificar toda la organización en función del covid.** Esto incluyó aspectos tales como la suspensión de cirugías programadas, la restricciones de contacto y de los vínculos, la señalización de circuitos de tránsito, el uso de equipo de protección, la implementación de protocolos de atención de urgencia, nuevos equipamientos tecnológicos, la readecuación de personal, la exigencia de infraestructura en los servicios de UTI y quirófano de circulación de aire y el ingreso de personal sin experiencia.

Para comprender la complejidad de la situación laboral del sector salud en pandemia, hay que tener en cuenta el fenómeno del pluriempleo, que constituye una constante que se repitió en todos los territorios. Otro aspecto que caracteriza al sistema en general, es su conformación heterogénea en relación a los equipos de trabajo, en los que se incluyen profesiones consideradas auxiliares de la medicina. Ellas se caracterizan por percibir bajos salarios, estar en situación de precariedad laboral, bajo reconocimiento social, alta feminización y carga de trabajo, todo lo cual redundando en una relación de desigualdad (Mezzadra, 2023)

La precariedad en el trabajo está en relación al reconocimiento en términos salariales, al tipo de asignación de tareas, a la intensidad del trabajo, los vínculos con colegas y superiores, entre otros aspectos. La persona trabajadora “se considera en una situación de precariedad cuando percibe su trabajo como una actividad prescindible, desprovista de interés, mal paga y poco reconocida por la empresa, con lo cual tiene el sentimiento de ser poco útil o descartable” (Neffa et al., 2010, p. 25). Es importante entonces, en el estudio de la organización del trabajo, considerar sus implicancias en

la subjetividad de las personas trabajadoras y cómo se manifiesta la insatisfacción ante la falta de reconocimiento material y simbólico por el desarrollo de la tarea (Paugman, 2015).

b. Vínculos socio-afectivos

La dimensión afectiva del trabajo en pandemia, estuvo basada en la **necesidad de sostener los vínculos entre pares**, con familias, personas cuidadas y la comunidad (Estudio HEROES, 2022) Para describir la dimensión afectiva del cuidado recuperamos los desarrollos de Claudia Bang (2022) quien recrea el concepto de **cuidado como un proceso gestor de salud y bienestar**, en el cual se da una relación de reconocimiento mutuo y reciprocidad. *Los vínculos socioafectivos en el trabajo, transcurren en un intercambio entre personas, un gesto singular entre quienes se resisten a ser normalizados.*

En el trabajo del cuidado en las instituciones de salud, se generan procesos de **trabajo vivo y trabajo prescripto**. Siguiendo los postulados de Dejours (1993) existe una diferencia entre las prescripciones y las tareas que estas imponen y el trabajo real que las personas realizan. A este último, lo denomina trabajo vivo. Podemos ubicar que en el trabajo de cuidados en salud, no solo tienen relevancia las tareas prescriptas, sino también las estrategias vinculares que permiten una atención humanizada, segura, de calidad y desde un enfoque de derechos que no siempre es cuantificable.

En términos generales, podemos ubicar que estas organizaciones de trabajo, han ignorado las premisas anteriores y por décadas han priorizado el trabajo prescrito, que puede ser medible, objetivable por la gerencia, definido como un conjunto de tareas, actividades, dominios y saberes propios de una ocupación. En el campo de la salud el trabajo prescrito o material, puede ser ilustrado como normas, protocolos, reglas, técnicas y

procedimientos con uso de tecnologías, recursos e insumos y definición de los espacios necesarios para llevar a cabo una actividad que han sido incentivados por el paradigma neoliberal durante la pandemia (Pujol, 2014). La dimensión afectiva en el trabajo se relaciona con el concepto de trabajo real, ya que define lo cognitivo, psíquico, mental y lo social o colectivo. **La organización del trabajo interpela los procesos de subjetivación, de acción colectiva en las profesiones. Esto es lo que propicia en mayor o menor medida la configuración de un trabajo de calidad, del cual depende la cooperación y la confianza entre pares (Dejours, 2013)**

c. La comunicación durante la pandemia

En el contexto de pandemia asistimos a una modificación de las dinámicas comunicacionales habituales. Las vías de comunicación **se volvieron más veloces y fluidas, diseminándose los límites entre lo público y lo privado, con un flujo comunicacional constante que duraba todo el día, sin pausa**, apenas interrumpido por las horas de descanso. Esto fue impactando en un cambio en los límites del tiempo y el espacio. Las fronteras se traspasaron y diluyeron entre el espacio laboral, los vínculos amorosos, los afectos, la familia y el espacio para el tiempo libre se entremezcló con el espacio-tiempo del trabajo. El espacio privado del hogar fue sumando otras tareas, volviéndose también parte de escenario escolar y de las reuniones de oficina, generando una nueva cultura de relaciones y comunicación colectiva. Este borramiento de límites, derivó en que la convivencia interfirió en el tiempo de trabajo y el trabajo interfirió en la convivencia, así como el cuidado de niños/as, de adultos/as o las tareas del hogar (Grandal, 2018).

Con respecto a la comunicación en los ámbitos institucionales, hubo también **dificultades en aspectos claves como la claridad de lo que se comunicaba, los canales legitimados para comunicar o la veracidad de**

las vías alternativas que se fueron generando. Si bien existía un espacio diario de cadena nacional desde los entes formales del ministerio de salud y las secretarías de salud de cada provincia en relación a la situación epidemiológica y las pautas a seguir, a los pocos meses de la pandemia este canal oficial compitió con una multiplicidad de voces que también difundían información, generando el fenómeno de la infodemia. Circuitos que en muchos casos tuvieron mayor impacto que la información emanada de los entes internacionales como OPS-OMS, u organismos reconocidos de la ciencia a nivel regional y local. En el caso de las provincias se producían problemas entre nación, provincia y municipio, mientras que en las comunidades existía desinformación produciendo una sensación de bombardeo a los profesionales de la salud (Ortiz, 2020). Otro obstáculo para la comunicación formal fue el poco conocimiento sobre el virus, y la inexistencia de un tratamiento certero y eficaz. Frente a esta incertidumbre, los medios masivos de comunicación ilustraban un panorama desolador.

d. Toma de decisiones en el sistema de salud

Tal como se ha referenciado anteriormente **el sistema de salud del país se encuentra atravesado por un modelo patriarcal de organización y reproduce en sus prácticas y distribución del trabajo al modelo médico-hegemónico.** En este modelo, la centralidad del hospital tal como define Menéndez (2007) es un conjunto de saberes, teorías y prácticas producto de la medicina científica tradicional que se encuentra arraigado en la cultura organizacional del sistema de salud.

Esta preeminencia del modelo médico hegemónico, debe ponerse en diálogo con los desarrollos de los movimientos feministas, que permiten visibilizar la organización de los cuidados asentada sobre la división sexual del trabajo (H. Hartmann, 1994. C. Carrasco, 2006. V. Estermann

2021) Con la división entre ámbitos públicos y privados, y la asociación de tareas productivas al primero y de las tareas reproductivas al segundo. Generando además una división entre tareas feminizadas y tareas masculinizadas. En esta **división sexuada del trabajo** existe una lógica de dominación, dado que las tareas de los hombres tienen un valor socialmente superior que las tareas ejercidas por las mujeres. Es así como en los cuidados remunerados la subjetivación sexuada es diferente entre ambos géneros. Esto impacta a nivel afectivo y en la vulneración que se experimenta en el trabajo, ligado a una forma de sufrimiento que se experimenta como compasión para hacer bien el trabajo y es lo que los autores han definido como ética de los cuidados (Mollinier, 2015).

El género transversaliza la distribución del saber-poder en el sistema sanitario, generando y potenciando distintas inequidades. Una de ellas, se relaciona con las situaciones que se dan en el interior de la disciplinas o especialidades, dado que son consideradas de menor poder las que están más feminizadas y alineadas aún por la hegemonía médica. Entre ellas se puede mencionar a enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, nutrición, entre otras. Estos hechos ocurren también al interior de las especialidades médicas, las de mayor poder representa la especialidad quirúrgica, utilizando más recursos tecnológicos y es desempeñada en general por hombres. Mientras que las que perciben menor retribución están más feminizadas (Tajer, 2012).

Los cuidados en sus múltiples aristas y desde la perspectiva de género

La dimensión de cuidado, es un concepto central en esta investigación. De las múltiples definiciones y enfoques, retomamos los desarrollos de Tronto (2020) que lo define como aquella actividad abarca todo lo que las perso-

nas hacemos para sostener y reparar el nuestro mundo. La autora menciona que el cuidado, como fenómeno social, no puede ser reducido a meras actividades, ni sentimientos aislados, sino que se trata de sentimientos muy íntimos (Ruddick, 1989; 1995), hasta acciones sumamente vastas, como la concepción de sistemas públicos de educación (Noddings, 2005), formando así lo que Rodríguez Enriquez (2015) llama una “red de cuidados”. Las personas trabajadoras del sistema sanitario forman parte de este entramado de prácticas, actitudes, sentimientos y políticas. Ellas son las encargadas de pensar y proveer el trabajo de cuidado remunerado. Junto a esta forma de trabajo de cuidado opera otra que ha estado históricamente invisibilizada y, al no ser reconocida como trabajo, no ha sido remunerada. Este es el trabajo de cuidado provisto en los hogares y en las comunidades para el sostenimiento de la vida.

Surge entonces la noción de triple jornada a la carga del trabajo doméstico y el comunitario, este último al igual que el trabajo en el hogar es desvalorizado y al no reconocerse socialmente, es invisible o inexistente. Las tareas de cuidado realizadas en la cuarentena, por las trabajadoras de los equipos de salud implicó el cuidado de personas mayores, familia extendida, vecina/os, de igual modo, fue un trabajo no valorado, que reproduce desigualdades y vulneración de derechos Silva Mariños (2023). Destacamos las palabras de Varela (2023) que invitan a pensar la posición socio-reproductiva de las y los trabajadores de las instituciones de reproducción social (salud, educación, cuidados), como fuente de poder de clase, que permite poner sobre la mesa el derecho a establecer las condiciones de la reproducción de la vida.

La teoría de la sociedad del cuidado (Tronto 2020) en contraposición a la de sociedad de riesgo, forma parte de la base ético-política que nos permite pensar el desarrollo de los objetivos de la investigación, a partir de reivindicar el “valor político de cuidar”. Desde este enfoque,

El cuidado no abarca la integralidad de la existencia humana y sus actividades, pero sí gran parte de ello, e implica a los humanos en una variedad de tareas esenciales. Pero, mientras que en el plano más general las necesidades de cuidado (“caring needs”) de los humanos son universales, las vías mediante las cuales nos topamos con estas son eminentemente específicas a las prácticas de cuidado (“caring practices”) de las sociedades particulares, los grupos y los individuos. Si conocemos realmente las necesidades de cada uno, las preguntas sobre la justicia de las formas de cuidado conforman la base de la producción de juicios sociales

(Tronto, 2020).

En las sociedades capitalistas esta forma de trabajo de cuidado recae prioritariamente en las manos de “mujeres y demás poblaciones marginalizadas: criadas, esclavas, clases populares y castas bajas, muchos de ellos marcados como “otros” por motivos de raza, religión o lenguaje, o también por su rol mismo de proveedores de cuidado” (Tronto, 2020). Este tinte femenino también inundó el campo de los cuidados remunerados, pues las personas trabajadoras de cuidado son, en su mayoría, mujeres (enfermeras, médicas, psicólogas, etc). Esta distribución desigual de las tareas de cuidado se ve acentuada en las poblaciones que componen las profesiones de cuidado, pues estas mujeres profesionales son las encargadas de proveer

cuidado en sus espacios de trabajo y en el hogar, generando así una doble carga de cuidado. **En la República Argentina, un 70% de la composición de la fuerza laboral de cuidado remunerado está representado por mujeres, y conforman el 9,8 % del total de las mujeres ocupadas del país (East et al., 2021).**

Bhattacharya (2020) ubica que “La labor de cuidados y la de crear vida son trabajos esenciales de la sociedad” (p. 1) Dicha autora define la reproducción social como las actividades (limpiar, alimentar, cocinar, cuidar, entre otras) e instituciones (escuela y hospitales, por ejemplo) que son necesarias para crear, mantener y reemplazar generacionalmente la vida. En este sentido, denomina a las actividades e instituciones que están implicadas en el proceso de creación de vida como trabajo e instituciones de reproducción social.

En consonancia, Fraser (2018) considera que el mundo está atravesando una crisis de reproducción social, al mismo tiempo las mujeres ingresan al mercado formal de trabajo, el estado quita la provisión de bienestar social al acortar el tiempo y las energías posibles para el trabajo reproductivo social. Por su parte Ferguson (2020) *relata, que las y los trabajadores cuyos empleos han sido considerados como “esenciales”, son: “quienes limpian, cocinan y atienden a las necesidades físicas y mentales de otras personas; la vez que se exponen y exponen a sus familias al contagio.*

A pesar de ser presentados como quienes ‘salvan’ al sistema, estos trabajadores y trabajadoras son más bien sus ‘chivos expiatorios’.

En relación a lo anterior, el trabajo de cuidado en la cuarentena conlleva a la sobrecarga de tareas más riesgosas, intensas, complejas, influyendo en los procesos/salud/enfermedad/atención de las mujeres y en sus condiciones de vida. **Las mujeres desafían importantes conflictos en sus relaciones, luchan por ser valoradas y por alcanzar los justos beneficios**

sociales y económicos por su aporte a la sociedad. Al mismo tiempo, Belli(2020) refiere que transitan contradicciones en sus roles y funciones, por ello soportan excesivas cargas psicológicas, estrés y cansancio, producto de la discriminación, explotación social y violencia de género.

Para las mujeres la relación con el cuidado del cuerpo, de la propia salud y el uso de los servicios, también fue diferente en la cuarentena, ya que pospusieron y abdicaron su autocuidado para primero asegurar la salud de sus hijos/as, parejas,compañera/os, vecina/os y demás familiares. A modo de una exigencia de su rol impuesto, asignado y asumido Cambiasso (2023). En tanto que **el sistema de salud fue útil para cumplir con las prescripciones y expectativas del rol femenino, al acompañar, hacer seguimiento, cuidar la vida de otra/os a costo de la propia.**

Siguiendo a Varela (2023), podemos afirmar que el verdadero prestador de salud, es el trabajo del cuidado que realizan las mujeres. Considerado un sistema de salud invisible y se realiza en el ámbito doméstico. El cuidado informal se sostiene fundamentalmente sobre el trabajo y el tiempo de las mujeres. Sin embargo no es reconocido, tampoco valorado Varela (2023). Las mujeres trabajadoras de la salud, también son jefas de hogar, por lo cual multiplica la carga de trabajo. La exposición real a déficits en la seguridad y la salud en el trabajo, jornadas más largas y mayor volumen de trabajo, estrés y riesgos psicosociales, repercuten en la calidad de la atención que brindan. Por otro lado, resisten la discriminación, brecha salarial y desprotección social provocando un mayor malestar subjetivo y físico Mourelo (2020).

Particularizando ahora en el proceso investigativo, dentro de la dimensión de cuidado se trabajaron con cuatro subdimensiones. Ellas son:

1. Características de las estrategias de cuidado: incluyendo todas aquellas acciones que buscan favorecer el cuidado tanto individual como colectivo (redes de apoyo informal comunitarias: vecina/os, amiga/o, fami-

liares o formal: políticas institucionales de cuidado). Están incluidas aquí tanto estrategias de cuidado de sí como estrategias de cuidado de otros o heterocuidado.

2. Obstáculos y facilitadores para las estrategias de cuidado: entendidos estos como acciones, recursos, actitudes, lineamientos que posibilitan o limitan el desarrollo de las estrategias;

3. Cuidado de otros/as: donde se analiza la distribución de tareas en el hogar, el cuidado de familiares/amigos/as convivientes o no, el grado de percepción sobre la experiencia transitada, el cuidado de otros/as en el ámbito laboral, etc.

4. Efectos percibidos de las estrategias de cuidado: donde se expresa la caracterización de la percepción subjetiva sobre los efectos de las estrategias (positivas o negativas);

En relación a las **características de las estrategias de cuidado**, interesa recuperar el concepto de la **economía del cuidado** de Rocha-Orosco (2023). A partir del cual se reconoce la contribución que las familias hacen al bienestar social, así como al estado y al mercado, bajo el liderazgo principal de la mujer. El cuidado tiene implicancias económicas, el cuidado familiar al hacerse en mundo privado, no se considera productivo, pero a la vez es un eslabón fundamental para las economías globales. Este tipo de cuidado asegura y posibilita la existencia de la fuerza de trabajo del futuro y cuida la fuerza de trabajo envejecida. Es por lo tanto necesario visibilizar la contribución que hace al bienestar social (Duran, 2018).

En el campo de los cuidados relativos a salud, Tajer (2021) plantea dos áreas o esferas principales: la producción institucional y la producción doméstica de los cuidados, y refiere que ambas pueden ser analizadas desde la perspectiva de género. La producción institucional del cuidado es realizada por el sistema de salud, público, social o privado. La composición

por género de los/las trabajadores/as del sector, las condiciones de trabajo, las prácticas generalizadas, la capacitación en género del personal son criterios de análisis desde la perspectiva de género. La producción doméstica del cuidado de salud incluye las tareas generales asumidas en la organización familiar y comunitaria. Allí interesa su distribución por género y su visibilización.

En cuanto a las redes de apoyo social o de cuidado informal en la pandemia, en la vecindad y en los territorios de mayor vulneración de derechos, las mismas estuvieron constituidas en su mayoría por mujeres. Ellas generaron espacios de contención y solidaridad potenciando la colaboración y la ayuda mutua (Botinelli, Freytes Frey, Barría Oyarzo, Bang, Castaño, Granja y Yujnovsky, 2024).

Respecto a las **estrategia de cuidado** el presente estudio presta atención tanto al ***cuidado de sí mismo/a como al cuidado de otros/as***. En el primer caso, algunos estudios desarrollados en pandemia, mostraron la preponderancia en mujeres del miedo de contagiar a seres queridos (HÉROES, 2020; RASIC, 2020). Frente al cual, la principal estrategia fue la exclusión y el aislamiento. Cómo efectos de dichas estrategias se relaciona la automatización del tiempo junto con la disolución de la experiencia de continuidad. La necesidad de lo inmediato, la aceleración, el tiempo vacío o el tiempo líquido, en soledad con la consecuente incertidumbre, individualización y aislamiento, puede relacionarse con la fragilidad de los vínculos planteada por Bauman (2008).

Por otro lado, estudios anteriores identificaron que durante la pandemia en el sistema de salud se presentaron estrategias de cuidado diferentes. Por un lado, aquellas de tinte institucional, ligadas a políticas de cuidado hacia las personas trabajadoras; y por el otro, las generadas en forma más autogestiva, por las personas o equipos de trabajo (Diez Tetamanti y Freytes Frey, 2020) En el primer caso, hacemos referencia a decisiones del Estado

que tuvieron que ver con las recomendaciones sobre modos de organización y prácticas de intervención; la provisión de la tecnología y equipos de cuidados apropiados y la campaña de vacunación. En relación a la segunda, aparecen una serie de prácticas más ligadas a lo creativo, artesanal y a una lógica de cuidado horizontal desde los propios equipos.

En relación a las **estrategias de cuidado de otros** se presta atención a aquellas estrategias que se dirigían a la satisfacción de las necesidades de niñas, niños, personas mayores, enfermas o con alguna discapacidad. En la pandemia, debido a las medidas estatales de ASPO y DISPO, muchas de las estrategias de cuidado de otros/as que habitualmente se desarrollan en los múltiples escenarios de la vida cotidiana, quedaron concentradas en un solo espacio: el hogar. Esto tuvo diversos impactos y, mientras que para algunos/as implicó la soledad dentro espacio doméstico, para muchas personas trabajadoras, el efecto fue la sobrecarga laboral por las tareas por el cuidado que impactó en un aumento de las horas habitualmente destinadas a ello.

El aporte de los movimientos feministas ha posibilitado en las últimas décadas el reconocimiento como trabajo de las actividades relacionadas al cuidado, y su valoración como esenciales para el mantenimiento de la vida y para el cuidado de la fuerza de trabajo. Sin embargo, las mujeres siguen sufriendo desigualdades persistentes, responsabilizándose de la totalidad del trabajo del hogar (Barrancos, 2009). La pandemia, como un hecho social, se introdujo de manera impropcedente en el espacio público y doméstico, impactando en la cotidianidad y agudizando la crisis de los cuidados. (Ramacciotti, 2020).



Las medidas de APSO y DISPO, impactaron en un deterioro de las relaciones sociales, al reducir la frecuencia de los contactos presenciales con las redes de sostén afectivo. Las personas trabajadoras de salud, no quedaron afectadas por estas medidas, por ser consideradas esenciales. Sin embargo, la disminución en relación al contacto con familiares y amigos, relacionada también con la fuerte preocupación por el miedo a contagiarlos, principalmente en las mujeres trabajadoras (RASIC, 2020), impactó fuertemente a nivel subjetivo.

Por otro lado, al hacer referencia a una dimensión individual del cuidado, aludimos a aquellas estrategias de afrontamiento propias y singulares que tienen que ver con la comunicación asertiva, las habilidades sociales, la creatividad, la capacidad de afrontamiento y de respuesta al conflicto, posibilitando formas de adaptación positivas en relación al bienestar personal. La dimensión colectiva está relacionada a la unión de grupos de pares, donde se construyen las reglas del oficio, los modos de resistencias, los acuerdos y/o estrategias para sortear los obstáculos que se presentan en el trabajo. Es el escenario donde se construye la satisfacción por la calidad del trabajo, que tiene estrecha relación con el reconocimiento recibido por el mismo. Recuperamos aquí el concepto de juicio de utilidad (Dejours, 2010), que pone en juego el reconocimiento de superiores y el reconocimiento mutuo o de belleza, que alude a lo que es dado entre pares, ambos colaboran a generar bienestar en el trabajo. En función de esto, se puede esperar una percepción subjetiva ligada a un efecto favorecedor del bienestar, en relación a las estrategias de cuidado, que devienen de actos de reconocimiento, agradecimiento, compromiso, confianza, cooperación, trabajo en equipo e implicación en la tarea de los cuidados.

Cuando no se logra el reconocimiento o las valoraciones aludidas, ni el entramado de sostén entre pares, surgen efectos percibidos como negativos. Los cuales se vivencian o definen como desesperanza, dificultades,

temores, desolación, miedo, desgaste físico y emocional. Las personas ubican esta vivencia como fracaso o insatisfacción, si se logra diseñar a nivel colectivo formas de bienestar, esto es lo que permite la continuidad en el trabajo (Dejours, 2010).

Es importante ubicar que el cuidado es un derecho, y cómo tal, debe estar garantizado por el Estado (Pautassi 2019). En este sentido, durante la pandemia se identificó al Estado y a las instituciones públicas como garantes necesarios de proveer bienestar social a la población en una situación de extrema vulnerabilidad para gran parte de la población. Sin embargo, desde una mirada retrospectiva, entendemos que hacia el final de la pandemia, fue posible problematizar las políticas de cuidado implementadas desde los distintos niveles de gobierno. Se visibilizó la ausencia de cuidados sistemáticos hacia las personas trabajadoras, y el impacto que esto generó a nivel subjetivo (Diez Tetamanti y Freytes Frey, 2020; RASIC, 2020).

Ahora bien, se vuelve importante ubicar que **las estrategias de cuidado pueden verse obstaculizadas o facilitadas por diversos aspectos**. Esta dimensión refiere a cómo las respuestas generadas desde políticas institucionales, o las formas de reorganización de la cultura organizacional o de las propias personas que habitan las mismas, pueden operar como un obstáculo o un facilitador para el despliegue de estrategias de cuidado. Por ejemplo, en la pandemia, tal como se refirió anteriormente, las instituciones sanitarias generaron un reacomodamiento institucional ligado a una lógica biomédica, siendo este uno de los principales obstaculizadores para la implementación de estrategias de cuidado, tanto individuales y colectivas (Moglia 2020) En esta misma línea de pensar la dimensión organizacional, la fragmentación propia de los sistemas de salud en Argentina, se puede ubicar como un obstáculo. Esto junto con las dificultades de accesibilidad, la complejidad en los sistemas de referencia, y las rupturas en la continuidad de cuidados, también pueden operar negativamente. **En gran medida, la**

diversidad de situaciones y la complejidad de las mismas, tienen como común denominador, la vulneración del derecho al trabajo en condiciones dignas, así como el derecho a la salud.

Dentro de lo que definimos como facilitadores, aludimos a las estrategias de cuidado que permitieron el sostenimiento de redes y vínculos de sostén. Tales como la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación entre las que se destacan las videollamadas por WhatsApp (Diez Tetamanti y Freytes Frey, 2020) Las formas creativas de sostenimientos de vínculos mediados por tecnología, tuvieron su efectividad en tanto posibilidad de sostener el intercambio y la generación de un vínculo directo de confianza entre personas cuidadas en la comunidad y los/las integrantes del equipo de salud.

Por último, resta ubicar la subdimensión de los cuidados restantes que da marco a la investigación desarrollado y se vincula con las percepciones que las personas trabajadoras del sistema de salud identifican sobre **los efectos percibidos de las estrategias de cuidado implementadas**, interesa abordar las mismas tanto en sus aspectos individuales y colectivos. La interrelación de ambos afectan la salud integral de las personas trabajadoras. Entendemos que en los espacios laborales, se construyen vínculos e identidades, lo cual nos permite afirmar que el trabajo es un lugar de construcción de subjetividades y un espacio productor de bienestar y satisfacción (Porrás y Velazquez, 2019).



Es el reconocimiento mutuo entre pares lo que promueve la confianza, la lealtad y la solidaridad. Constituyendo así un entramado que permite el surgimiento de estrategias de cuidado de otros/as y de heterocuidado. Por lo contrario, cuando se instala el individualismo, la deslealtad, la pérdida del sentido colectivo, de paridad y un sálvese quien pueda, devienen procesos de sufrimiento psíquico (Dejours, 2020). Ambos aspectos estuvieron muy presentes durante la pandemia en las instituciones de salud

La salud mental en el ámbito de trabajo en salud

En este proyecto, tomamos como referencia para pensar el **concepto de salud mental** recuperando los desarrollos conceptuales de Breilh (2010) entendemos el neoliberalismo, como el principal constructor de escenarios malsanos, carente de políticas sociales robustas y de políticas públicas holísticas en salud. Creador de guerras, de crisis económicas y sociales que fomentan el hambre, la destrucción de la biosfera y promueven los desplazamientos étnicos. Estos modelos, sostienen y profundizan el deterioro de condiciones de vida y el aumento de desigualdad e inequidad social. Estas

políticas neoliberales cada vez toman más poder, promoviendo el mundo del descarte, donde el individualismo y la globalización son las bases de su existencia.

En contraposición, para construir **territorios del buen vivir** se ha de exigir que la salud sea considerada como un derecho humano y como un bien público. Reconociendo entonces que su cuidado trasciende fronteras y que sus pilares son la equidad, la justicia social, la ética, el respeto por un ambiente sano y por los derechos. En la actualidad, *podemos afirmar que existe una producción político-neoliberal de enfermedades y que las políticas neoliberales edifican el perfil epidemiológico de una población.* Es por ello que consideramos necesario analizar lo ocurrido en pandemia, desde herramientas conceptuales complejas, tales como la epidemiología crítica, la cual nos permite recurrir a un concepto dinámico como el del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado. Este enfoque engloba los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad. **El apartado científico tecnológico debe incluir una mirada integrada para que de esa manera pueda influir en las políticas públicas planteando los procesos ligados a la salud, no sólo como fenómenos meramente biológicos que afectan a las personas** (Laurell, 1986).

Diversas investigaciones durante la pandemia, mostraron cómo la misma profundizó y visibilizó desigualdades sociales que producen y reproducen situaciones de vulnerabilidad psicosocial. Entendemos que esto impacta negativamente en la salud mental de la población (Diez Tetamanti y Freytes Frey, 2020; Botinelli, Freytes Frey, Barría Oyarzo, Bang, Castaño, Granja y Yujnovsky, 2024), desde una concepción de salud integral que entiende la salud mental como parte de la misma. Recuperamos aquí la definición de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos,

culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Artículo 3°).

En relación a la salud mental, se ubican tres subdimensiones de interés para la investigación desarrollada: aquello que produjo malestar en el trabajo, lo que produjo bienestar y los aprendizajes subjetivos que el trabajo en salud durante la pandemia ha dejado desde la percepción de las personas trabajadoras.

a. Padecimientos o malestares percibidos

A fin de reflexionar en torno a la salud mental en el trabajo en salud durante la pandemia, se consideran de gran importancia, nuevamente, los aportes de Dejours (2015) quien analiza la relación entre trabajo, sufrimiento y placer. El autor plantea al trabajo como fuente de gratificación y aprendizaje o por defecto, como fuente de malestar.

La Psicodinámica del Trabajo señala que “el sufrimiento en el trabajo es la vivencia que surge cuando el sujeto se enfrenta a obstáculos insuperables y duraderos, después de haber agotado todos sus recursos para mejorar la organización real de su trabajo con respecto a la calidad y la seguridad” (Dejours y Molinier, 1998, p.173). El sufrimiento comienza cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo está bloqueada, impidiendo la creación que exige todo trabajo real, y obstaculiza la dinámica del reconocimiento y la retribución simbólica para el sujeto, quedando como un operar sin sentido ni gratificación.

En la crisis social y sanitaria que produjo la pandemia, tuvieron privilegio las estrategias organizacionales tradicionales del modelo de salud biomédico, con lógicas hegemónicas, jerárquicas, que imparte modos competi-

vos de innovación para llegar a la calidad. Exigiendo que sus trabajadores y trabajadoras sean colaboradoras, proactivas y responsables (Ramazzotti, 2022). Se establecieron así, modos de medir la productividad por medio de protocolos, estándares, reglas, normas, técnicas que con mayor responsabilidad, experiencia y menor tiempo, debían ser realizadas en condiciones deficitarias.

Las personas trabajadoras de salud implicadas en el cuidado de otras personas que padecían Covid-19, tanto en los territorios como en los hospitales, no recibieron retribución simbólica, por su labor. La falta de reconocimiento por el desarrollo de sus tareas produce insatisfacción que se liga al malestar. *El reconocimiento posee un valor estructurante de la subjetividad y preserva el equilibrio psíquico y somático, cuando esto no opera, quienes trabajan se sienten no valorados/as.*

b. Bienestar en el trabajo

En apartados anteriores hemos hecho referencia al valor que cobra la creación y mantenimiento de vínculos afectivos en el trabajo como experiencia posibilitadora de bienestar. **El sentirse parte de un proyecto colectivo, reconocer el valor de la tarea realizada diariamente,** percibir el reconocimiento de pares y de quienes reciben los cuidados cuando pensamos en el trabajo en salud (Dejours, 2015) **son fuentes de bienestar en el trabajo.**

Investigaciones desarrolladas en pandemia (Buriyovich, 2020) ubicaron como formas productoras de bienestar al trabajo en equipo, los lazos de cooperación, los espacios de reflexión sobre la práctica, y los espacio de encuentro, debate y discusión sobre formas de mejorar, resolver y dar respuestas a las demandas de la comunidad. Algunas de estas formas de encuentro fueron los comités de crisis, científicos, de capacitación, el momento de referencia - contrarreferencia hacia los centros de salud, entre otros.

Por otro lado se mencionan las alianzas familiares y los nuevos compromisos asumidos con la familia y seres queridos, generando reforzamiento de vínculos afectivos, amor propio y cuidado de sí y de otros en ámbito tanto públicos como privados.

c. Acceso a derechos laborales

Partir de una definición de salud mental que no se reduce a componentes biologicistas o psicologistas, sino que reconoce la determinación social de la salud mental y su vinculación a la posibilidad de ejercicio de los Derechos Humanos requiere de que, a la hora de considerar la salud mental en el trabajo, haya que preguntarse sobre las condiciones de acceso a derechos.

Tal como se referenció anteriormente, la situación estructural del sistema de salud argentino, fue una las principales preocupaciones durante toda la pandemia en términos de la necesidad que existió de mejorar su infraestructura, proveer de insumos y recursos humanos que eran escasos y proveer de políticas sociales que acompañarán su accionar.

Una de las características de la precariedad laboral en el sector salud, está dada por la heterogeneidad en la forma contractual de sus profesionales. Distinguimos la precariedad del empleo, asociada a la desprotección contractual, y la precariedad en el trabajo, vinculada al reconocimiento en términos salariales, asignación de tareas, intensidad de trabajo, vínculos con colegas y superiores, entre otros. En este sentido, el/la trabajador/a “también se considera en una situación de precariedad cuando percibe su trabajo como una actividad prescindible, desprovista de interés, mal paga y poco reconocida por la empresa, con lo cual tiene el sentimiento de ser poco útil o descartable” (Neffa et al., 2010, p. 25) A esto se suma, el pluriempleo que también caracteriza al sector.

En síntesis, las condiciones laborales, pueden ser consideradas como un determinante social de la salud y salud mental de los/las trabajadores del sistema de salud y una dimensión a considerar en los estudios como el presente.

El género como categoría analítica

La utilización de la perspectiva de género como una herramienta teórica (Lamas, 1996), permite identificar, cuestionar y valorar las discriminaciones que sufren las mujeres justificadas en las diferencias biológicas, permitiendo proponer acciones que creen condiciones igualitarias. El género, como categoría analítica, constituye y traduce una forma de construcción social y simbólica-histórico- cultural sobre la base de la diferencia sexual, que se da entre las esferas biológicas, económicas, sociales, jurídicas, políticas, culturales y psicológicas. Por ello la utilización de esta categoría analítica, se constituye en la mirada central del estudio ya que se la considera un aspecto que constituye a las relaciones sociales (Yuliuva, 2008). Esta mirada permite reconocer la forma en que se desarrolla la vida de las personas a partir de sus construcciones subjetivas de identidad, que constituyen formas de “ser y hacer”.

Durante la pandemia, las vidas de las personas trabajadoras fueron expuestas a violencias estructurales, interseccionales, vinculadas íntimamente al patriarcado y a la ciencia hegemónica, antropocéntrica y colonialista. En el estudio se narra desde las propias voces cómo los cuerpos sexualizados resultan afectados y cómo se expresan las formas de precarización materiales, físicas, emocionales.

Las redes de apoyo social se sostuvieron por el trabajo de mujeres voluntarias, y referentes comunitarias, quienes enfrentaron la crisis en los barrios, de forma colaborativa, con verdaderos lazos de solidaridad (Botinelli,

Freytes Frey, Barría Oyarzo, Bang, Castaño, Granja y Yujnovsky, 2024).

La propuesta de incorporar al **género como categoría analítica, requiere de considerar las múltiples aristas que dan cuenta de las desigualdades que la división sexual del trabajo, la consolidación de organizaciones de trabajo patriarcales y la distribución desigual de los cuidados a la hora de pensar en la salud mental de las personas trabajadoras de salud durante la pandemia.** Entonces, al interior de esta dimensión ubicamos las siguientes subcategorías: desigualdades, entendidas éstas como diferencias en el acceso y garantía de derechos entre dos o más grupos, en este caso entre varones y mujeres; relaciones de poder; estereotipos; violencias; e interseccionalidades. A continuación, nos ocuparemos de cada una de ellas.

a. Las desigualdades

La necesidad de utilizar la categoría analítica género para mirar las demás, surge del hecho de que las mujeres son mayoría en todas las ocupaciones del sector salud, pues se sabe que un 70% de la composición de la fuerza laboral del sector está representado por mujeres, y conforman el 9,8% del total de las mujeres ocupadas del país (East et al., 2021). **Las desigualdades son múltiples.** Las mujeres en los escenarios laborales se encuentran sujetas a **procesos de segregación sexista horizontal (“paredes de cristal”)** asociado a sesgos de género y estereotipos que determinan un acceso diferencial en términos de ocupaciones para mujeres y varones en el mercado de trabajo y **segregación vertical (“techo de cristal”)**, que comprende las dificultades y obstáculos con los que tienden a encontrarse en mayor para acceder a puestos jerárquicos y de toma de decisiones donde se desempeñan laboralmente. También existen **brechas salariales y precarización laboral** hacia el interior del sector. La brecha de ingresos mensuales es el resultado de otras dos brechas: la de ingreso y la horaria.

La diferencia en el ingreso percibido de las mujeres en relación a los varones depende de la diferencia en el **ingreso por calificación, nivel y sector educativo**, por hora trabajada y de la diferencia en la cantidad de horas trabajadas. **La distribución del uso del tiempo entre trabajo remunerado y trabajo doméstico y cuidado no remunerado** es un factor clave para comprender la persistencia de las diferencias horarias (PNUD, 2018).

La perspectiva de género permite reconocer que esta composición femenina del campo de la salud es producto de un sostenido proceso histórico de feminización en la pirámide poblacional profesional y un aumento de feminización en niveles de menor profesionalización (sectores menos pagos) (OFERHUS, 2020). *La invisibilización, su falta de valor simbólico, el romanticismo y heroización de las tareas de cuidado y su feminización en espacios remunerados a lo largo de la historia de la reproducción de la vida social, han sido la base del sostenimiento de un formato heteropatriarcal y capitalista de subordinación.*

(Federici, 2018).

La problemática de los cuidados, es estructural y responde a factores multidimensionales.

La inserción de la mujer en el mercado laboral asalariado no implicó que deje de lado su rol en el hogar. Situación que puede observarse en la diferencia entre las tasas de participación y condición de actividad, en las encuestas de trabajo uso del tiempo, cercana al 90% en mujeres, independientemente de su participación en el trabajo asalariado y varía entre 55,1% y 62% en varones, en función de la cantidad de horas de trabajo remunerado (INDEC, 2013). A nivel global, el 76,2% del tiempo total dedicado al trabajo de cuidado en los hogares está a cargo de mujeres (OIT, 2019), situación que tiene un impacto negativo en la participación laboral femenina, las condiciones de empleo e ingresos y en su autonomía económica. Además, afecta las condiciones en que se realiza el trabajo de cuidado remunerado (England et al., 2002 en CEPAL p 102.).



b. Las relaciones de poder

Las instituciones de salud cumplen con una función de control y vigilancia, en ese marco de relaciones específicas de poder, se producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean (Foucault, 1981, 1983), es decir, construcción de determinadas actitudes, habilidades de dominación del yo (Foucault, 1995).

Las profesiones llamadas feminizadas, tienen una relación histórica de subordinación económica y social con la profesión médica. La medicina actúa como referente del cuidado en el enfoque biomédico, siendo invisibilizada la autonomía de otras profesiones como la fisioterapia, la enfermería, la psicología, y el trabajo social (García et. al., 2012; Durán, 2020).

Dicha situación, se agrava por *la feminización de las otras profesiones y su esencia: los cuidados*. Vistos desde el sistema sexo-género binario, se reducen a una función reproductiva femenina naturalizada y en consecuencia infravalorados frente a las funciones productivas de los hombres de proveedor-protector- generador de cultura, una idea o representación más asociada a la medicina (Rubin, 1986; Martínez y Chamorro, 2017; Medina et al., 2010; Molinier y Legarreta, 2016).

En lo que respecta a la disciplina de Enfermería, Cano (2004) analiza que la profesión es una creación humana y en tanto tal, es una creación histórica. En consecuencia, un/a profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol, y este es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades, por el modelo económico. **El género potencia que se naturalicen las desigualdades sociales y se interprete como natural algo que es una construcción social.** Algo similar podemos ubicar que ocurre en la estructura hospitalaria, donde se dan por naturales actuaciones aprendidas, enseñadas y preformateadas que discurren. Ambas cuestiones, disciplinares e institucionales, crean estereotipos en la profesión,

relacionados al género: *“Tienden a cuidar a los demás en detrimento de su propio cuidado”. Este es un estereotipo de género perpetuado a lo largo de la historia y es el (Don) el dar, el sacrificio* (Carrasco et.al., 2005; Collado y Castillo, 2017; García Peña, 2016).

c. Las violencias

Siguiendo a Pierre Bourdieu (1999), definimos la violencia simbólica como aquellas formas de violencia ejercida a través de la imposición de roles sociales, de categorías cognitivas, de estructuras mentales, a través de las que se percibe y se piensa el mundo, desde sujetos dominantes hasta sujetos dominados. Por consiguiente, consiste en una violencia sutil e invisible, ejercida con el consentimiento inconsciente de quien la padece y que esconde las relaciones de poder subyacentes. El primero es el proceso mediante el cual se produce la reproducción cultural y la naturalización de determinados comportamientos y valores. El segundo es el proceso por el cual las relaciones simbólicas tienen efectos directos sobre el cuerpo de los sujetos sociales (Suarez, 2020).

Acerca de **la violencia contra las mujeres, se considera una de las inequidades de género, entrelazada al campo de la salud mental, los Derechos Humanos y a la condición de ciudadanía.** La ley 24632, recupera los conceptos de la Convención de Belem do Pará, que considera que la violencia de género es padecida por las mujeres por el hecho de ser mujeres, en el marco de una sociedad patriarcal y con asimetrías jerárquicas entre los géneros.

Las instituciones de salud no evaden esta problemática.

Una evidencia de ello es la diferencia de poder-saber entre especialidades médicas o entre profesiones llamadas feminizadas, que favorece la

reproducción de la violencia simbólica y deja efectos cotidianos e invisibles sobre la salud mental de las mujeres.

La misma se hace presente en desigualdad en el acceso y manejo de la toma de decisiones, las diferencias de poder y aquellas derivadas de asumir las formas de ser hombre y mujer según las construcciones sociales. Dichas representaciones sociales crean la imagen de la mujer en el mundo doméstico-privado que naturalizan, invisibilizan y se reproducen en el mundo público-productivo (Pautassi, 2011). Esta construcción diferencial de la subjetividad de mujeres y hombres, en el marco de las relaciones patriarcales, predispone a malestares y sufrimientos específicos por género que confieren, sustentan y legitimidad a la violencia de género (Tajer, 2013).

El enfoque feminista señala que la medicina moderna se caracteriza por ser una institución patriarcal que reproduce y naturaliza la dominación sobre las mujeres por la vía de la medicalización de sus cuerpos (Camacaro, 2009; Villegas, 2009). Otras autoras refieren a la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Magnone, 2011).

Una manera de ejercer **violencia simbólica** en las instituciones de salud es el autoritarismo, aunque se trate de formas menores de maltrato, son claras violaciones de los derechos de las mujeres, donde prevalece el discurso del médico hegemónico (Castro, Vázquez, 2004). Otra forma de violencia, se expresa en lo salarial, mediante la cual las personas trabajadoras se ven forzadas a continuar y guardar silencio para evitar ser sancionadas o despedidas. Es importante reconocer que desde los objetivos de la gestión las personas trabajadoras deben ser competitivas, debido a ello sufren desmotivación y bajo rendimiento dando lugar a una pérdida de rentabilidad a la empresa. En contraposición el análisis dimensión social del trabajo, la teoría crítica, propone reconocer la dimensión salud-trabajo desde una perspectiva histórica situada (Matinez, 2020).

d. Los estereotipos

Los estereotipos de género están fuertemente arraigados en el sistema formal de salud. Siguiendo el informe “Género en el sector Salud” (PNUD 2018), se ha demostrado la existencia de segregación horizontal en las residencias médicas, con un marcado predominio de los hombres sobre las mujeres en las residencias de cirugía general. La discriminación de género está profundamente internalizada en estudiantes de medicina, en profesionales de la medicina y en las personas encargadas de la selección, tanto hombres como mujeres. El principal mecanismo de segregación es el discurso hegemónico patriarcal, el cual dificulta la posibilidad de detectar esas discriminaciones y lo invisibiliza. Este discurso asocia al sexo con determinadas características relacionadas con un estereotipo de las mujeres (cuidadoras, sensibles, familiares, menos fuertes, menos tecnificadas). El rol social y cultural asignado a la mujer impacta sobre su identidad y obstaculiza la incorporación de estas a ciertas especialidades.

En relación a lo anterior, por ejemplo, Castillo (2015) *ha develado el predominio de hombres en las especialidades quirúrgicas, que gozan de mayor prestigio económico y social. Atribuye este predominio a esquemas de género y a cánones preestablecidos. Las especialidades como pediatría, ginecología y medicina familiar, gozan de menor participación de cargos directivos y en la toma de decisiones, en tanto que sus puestos son, en general, elegidos por mujeres.*

