

Iniciativa Spotlight en Argentina

DIAGNÓSTICO SOBRE LA VIOLENCIA Y EL ACOSO EN EL SECTOR SALUD

2021



Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2021

Primera edición 2021

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual, en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Iniciativa Spotlight

Diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el sector salud

Buenos Aires; Oficina de país de la OIT para la Argentina, 2021

ISBN 9789220354506 (impreso)

ISBN 9789220354513 (web PDF)

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las avale.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información visite www.ilo.org/buenosaires o escribanos a biblioteca_bue@ilo.org

Este material fue elaborado con el impulso de la Iniciativa Spotlight, una alianza global de la Unión Europea y las Naciones Unidas para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. En Argentina es implementada con el liderazgo de la Oficina de Coordinación de las Naciones Unidas en el país, a través de las agencias OIT, ONU Mujeres, PNUD, UNFPA, UNICEF y UNODC.

Edición: Gustavo Ciuffo

Diseño y diagramación: LAND STUDIO

Impreso en Argentina.

Resultados
Argentina

Buenos Aires. Septiembre 2021

DIAGNÓSTICO SOBRE LA VIOLENCIA Y EL ACOSO EN EL SECTOR SALUD



Iniciativa
Spotlight

AUTORA

Luciana Reif

**SEGUIMIENTO TÉCNICO FEDERACIÓN NACIONAL SINDICAL DE TRABAJADORES DE
LA SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

Viviana García

SEGUIMIENTO CONTENIDOS INICIATIVA SPOTLIGHT

Javier Cicciaro

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos tanto a la oficina de la OIT en Buenos Aires como a la sede en Ginebra por los aportes y comentarios realizados, incorporados al presente informe.

Agradecemos también a todas las personas trabajadoras que respondieron la encuesta, ya que sin ellas este estudio no hubiese sido posible.

PRESENTACIÓN

La Iniciativa Spotlight es una alianza entre la Unión Europea y las Naciones Unidas para contribuir a la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas. Esta Iniciativa es un esfuerzo sin precedentes, de carácter mundial y plurianual, que ha contado con una inversión inicial de 500 millones de euros, mediante el aporte principal de la Unión Europea.

A nivel mundial, la violencia contra las mujeres y las niñas constituye una de las violaciones de los derechos humanos más extendidas, persistentes y devastadoras. Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida. De allí la necesidad de invertir en las mujeres y las niñas, como condición indispensable para alcanzar el desarrollo sostenible de acuerdo con la Agenda 2030.

En América Latina y en Argentina, el foco de la Iniciativa está puesto en contribuir a la erradicación del femicidio, la manifestación más extrema de esta violencia. En nuestro país, el proyecto se implementa desde 2019 hasta 2022 y es ejecutado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), bajo la articulación de la Oficina del Coordinador Residente.

El mundo del trabajo tiene un rol clave en la prevención, el abordaje y la erradicación de la violencia de género. Por este motivo, Spotlight busca involucrar a los gobiernos y a las organizaciones de empleadores y empleadoras y de trabajadoras y trabajadores. Independientemente de que la violencia de género tenga lugar dentro o fuera del lugar de trabajo, es indiscutible que afecta al trabajo de diferentes modos, por lo tanto, los interlocutores del ámbito laboral están llamados a combatirla. Para ello, el Convenio núm. 190 de OIT sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, junto con la Recomendación núm. 206 que lo acompaña, constituyen una herramienta fundamental. Estos instrumentos, aprobados en la Conferencia Internacional del Trabajo del Centenario de la OIT en junio de 2019, son las primeras normas internacionales en abordar específicamente la violencia y el acoso en el mundo del trabajo y en reconocer el derecho de toda persona a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso.

Al identificar que las mujeres son quienes padecen de manera desproporcionada la violencia y el acoso, se impulsa un enfoque que tome en cuenta las consideraciones de género, que implemente acciones que aborden las dimensiones de género de la violencia y el acoso, y que afronte sus causas subyacentes, incluidas las formas múltiples e interseccionales de discriminación, los estereotipos de género y las relaciones de poder desiguales por razón de género.

En el presente documento, se realiza un diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo en el sector de la salud, uno de los sectores más feminizados en Argentina y más expuestos durante el período de pandemia, a partir de una encuesta aplicada junto a la Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina, cuyos resultados buscan aportar al cierre de la brecha de información sobre este fenómeno y al fortalecimiento de los instrumentos de prevención y abordaje de la violencia y el acoso por parte de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores de nuestro país.

RESUMEN EJECUTIVO

La violencia y el acoso en el mundo del trabajo es un fenómeno global y transversal a los países, sectores productivos y grupos profesionales. Además de constituir un riesgo para la salud, seguridad y bienestar de las víctimas, las personas empleadoras se ven afectadas por el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación de personal, aumentos en los costos de contratación, incorporación y formación, así como por la desmotivación y la disminución de la productividad (OIT, 2020). La violencia y el acoso en el mundo del trabajo son definidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como “un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género” (Convenio 190, art. 1).

Son las mujeres uno de los grupos que más sufre situaciones de violencia y acoso en sus lugares de trabajo. Incorporar la perspectiva de géneros al análisis de la violencia y acoso pone de relieve las relaciones de poder y subordinación en este ámbito, que se manifiesta en la prescripción de roles, actividades y comportamientos que determinan inequidades entre hombres y mujeres e impactan de manera diferencial sobre la vida y la salud de las personas (Amable *et al.*, 2018).

A su vez, como sostiene la OIT (2020), el sector salud es uno de los que se encuentra más expuesto a la violencia y el acoso en el actual contexto pandémico. Las expectativas del conjunto de la sociedad respecto a los resultados del trabajo del personal asistencial son elevadas y crecientes en un contexto de emergencia sanitaria. El personal trabajador de la salud ha sido objeto de acoso debido a su exposición a la COVID-19; también la falta de personal o elementos adecuados para los requerimientos de la pandemia ha traído aparejado un entorno tenso de trabajo, por lo que ha exacerbado el riesgo de que estas personas sean objeto de violencia y acoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como de sus colegas y superiores (OIT, 2020).

Los principales tipos de violencia presentes en el mundo del trabajo que se identifican y analizan en este estudio son la violencia psicológica, el acoso sexual, la violencia física y la violencia doméstica.

El objetivo del estudio es determinar, desde una perspectiva de géneros, la prevalencia de la violencia y el acoso en una muestra de personas trabajadoras en el sector salud afiliadas a la Federación Nacional Sindical de Trabajadores de la Salud de la República de Argentina (FES-PROSA). En este sentido, se extraerán los valores más probables de prevalencias y cruces de violencia y acoso con variables sociodemográficas y laborales, incluyendo la percepción de las condiciones de trabajo en el actual contexto de pandemia y su posible relación con el aumento de la violencia en los lugares de trabajo.

A su vez, este trabajo pretende evaluar la percepción de las personas trabajadoras sobre la gestión de la violencia y el acoso, y determinar las medidas de prevención y protección sindical ante la violencia y acoso de géneros en el sector salud. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, en donde se aplicó el cuestionario “Encuesta sector Salud: Violencia y acoso

en el Mundo del Trabajo con perspectiva de género(s)”. El cuestionario fue realizado en noviembre del 2020 y se recolectaron 459 respuestas.

Entre los resultados se destaca que el 79% de quienes participaron en el estudio refiere haber vivenciado alguna situación de acoso psicológico en el trabajo. Al analizar por grupo ocupacional, es el personal de enfermería el grupo que más sufren acoso psicológico (87%), en comparación con las restantes categorías ocupacionales, aunque es dable destacar que todas presentan prevalencias muy elevadas. A su vez son los grupos más jóvenes, de hasta 39 años, quienes aseguran sufrir esta problemática en mayor proporción que el grupo de mayores a 51 años (68% y 63%, respectivamente). Las personas que realizan ambos turnos (diurno y nocturno) tienen mayor prevalencia de acoso psicológico en relación a quienes realizan turno diurno (85,6% y 77,3%, respectivamente), y personas con contrato a tiempo determinado sufren más este tipo de acoso en relación a quienes poseen contrato permanente (85% y 78,2%, respectivamente). Con una diferencia de tres puntos porcentuales, las trabajadoras mujeres (80%) sufren más acoso psicológico que los trabajadores hombres (77%). El 45,9% refirió haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones ideológicas y/o políticas y el 31,6% refirió haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones de clase o contrato. Son las personas trabajadoras con contrato a tiempo determinado, quienes trabajan más de ocho horas por día y quienes realizan doble turno los grupos más afectados respecto a estos tipos de acoso.

De acuerdo al estudio, las mayores prevalencias de acoso sexual fueron las sufridas por parte de terceras personas (17,9%), superiores (17,1%) y pares laborales (18,4%). Son los grupos de hasta 39 años y los que realizan doble turno quienes más sufren el acoso sexual por parte de pares de trabajo, superiores y terceras personas. A su vez, quienes realizan más de ocho horas diarias sufrieron más acoso sexual por parte de compañeros, compañeras y superiores, en relación a quienes realizan hasta seis horas por jornada. El acoso sexual por parte de superiores y por parte de terceras personas es sufrido más por las mujeres que por los hombres con una diferencia de cinco puntos porcentuales en ambos casos. El acoso sexual por parte de terceras personas da cuenta de los niveles de violencia que se viven en las organizaciones de salud por parte de pacientes y familiares. Creemos a su vez que la dimensión del cuidado es otro aspecto a tener en cuenta, ya que al interior de los grupos ocupacionales son el personal de enfermería (27,5%) y el de apoyo servicios (31,6%) los que más sufren este acoso sexual. Son particularmente estos grupos quienes tienen un contacto más asiduo y cotidiano con pacientes, y también los grupos ocupacionales más feminizados. Respecto a la violencia física, el 17,4% refiere haber vivenciado alguna situación por parte de terceras personas. Dicha violencia la sufren en mayor medida quienes realizan ambos turnos (27,9%) en relación a quienes realizan turno diurno (13,7%). Al diferenciar por ocupación son las personas del grupo de enfermería (23,2%), el de apoyo servicios (26,3%), y el de apoyo administrativo (21,6%) quienes más sufren este tipo de violencia.

El estudio también indaga sobre el modo en que las personas trabajadoras buscan y/o reciben apoyo en el mundo del trabajo frente a cualquiera de las situaciones de violencia y acoso anteriormente descritas. El 83% que sufrió alguna situación de violencia refiere haberla comentado con alguien en el trabajo. El 66,8% refiere haber recibido apoyo frente a estas situaciones de violencia, pero solo a el 32,3% le recomendaron hacer una denuncia, y finalmente solo el 21,8% la realizó. Si consideramos que casi el 80% vivió algún tipo de situación de violencia o

acoso psicológico, sexual, físico o de violencia doméstica, es un dato relevante que solo uno de cada cinco trabajadores realiza una denuncia formal al respecto. Al preguntar a las personas si creen que en su trabajo se implementan medidas para prevenir las distintas formas de violencia y acoso, solo el 15,4% respondió de modo afirmativo. Y al indagar acerca del conocimiento que tienen sobre las medidas y/o herramientas de prevención que pone a disposición el sindicato sobre situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, solo el 29,4% dice conocerlas.

Respecto a la evaluación de las situaciones de violencia y acoso a partir de la pandemia, el 58,2% de las personas encuestadas refieren un aumento de la violencia en su lugar de trabajo. El 61,8% refiere que este aumento de violencia viene de parte de sus superiores, lo que pone de manifiesto que la violencia se da ante todo en situaciones desiguales de jerarquías y poder. Al mismo tiempo son los grupos más jóvenes, de hasta 39 años (66%), respecto a mayores de 51 años (50,8%) quienes identificaron a agentes superiores como origen del aumento de la violencia; y también las personas de menor nivel educativo, hasta secundario completo (71,4%), respecto a aquellas que poseen posgrado completo (55,6%). El 89,1% refirió cambios en sus condiciones de trabajo a partir de la pandemia. Entre las modificaciones en las condiciones de trabajo, el 64,1% señaló que sufrió cambios en su horario habitual, el 31,2% dice que le aumentó la carga horaria laboral, y el 32,7% tuvo que trasladarse a otros lugares o dependencias. Mientras que el 80% de quienes tienen contrato a tiempo determinado señaló haber sufrido cambios en su horario habitual, este valor se reduce en veinte puntos porcentuales para quienes tienen contrato permanente (62,4%). En materia de aumento de la violencia, el traslado a otros lugares o dependencias también afectó a las personas con contrato por tiempo determinado (53,7%) respecto a quienes poseen contrato permanente (30,5%).

De acuerdo a los datos expresados en el estudio, solo la mitad de las personas refirieron que en su lugar de trabajo se establecieron licencias para el personal de salud debido a la pandemia. A su vez el 36,2% refiere no contar con elementos de protección personal. Esta falta de EPP afecta sobre todo a los grupos de menor nivel educativo, con secundario completo, y a personal de apoyo servicios y de apoyo administrativo en relación a las restantes categorías ocupacionales. El 19,8% afirma no tener seguro de riesgos en su trabajo, lo que afecta especialmente a quienes están con contrato a tiempo determinado (con una diferencia de casi el 27% en relación a quienes tienen contrato permanente). Una de cada dos personas manifiesta no haber contado con la capacitación necesaria para los requerimientos de la pandemia. Son las personas trabajadoras de menor nivel educativo las más afectadas por esta falta de capacitación, con una diferencia de dieciséis puntos porcentuales por encima de quienes poseen posgrado completo. El 24,2% refiere que no hay protocolos y/o procedimientos de atención en su sector de trabajo. El nivel educativo vuelve a ser una variable relevante en relación a los protocolos: mientras que solo el 17,9% de las personas trabajadoras con posgrado completo refieren falta de protocolos, este valor asciende al 45,7% entre quienes tienen secundario completo. El 15,3% afirma haberse enfermado con COVID-19. Al indagar sobre las formas del contagio, el 32,9% refiere como causa la atención a pacientes y el 15,7% por el contacto entre pares de trabajo.

A través de la exposición de los resultados pudimos evidenciar que la violencia y el acoso psicológico, sexual, físico y la violencia doméstica, afectan principalmente a los grupos más jóvenes, a las mujeres, a quienes tienen contrato a tiempo determinado, a quienes realizan doble

turno y a quienes trabajan más de 8 horas por día. Al destacar las dimensiones mencionadas creemos que se conforma un crisol en donde determinadas personas trabajadoras que se insertan al mercado laboral, y concretamente en el sector salud, en condiciones desiguales y de precariedad laboral terminan siendo mayormente víctimas de situaciones de violencia y acoso, reflejando las asimetrías de poder al interior de las organizaciones sanitarias.

Como lo hemos evidenciado en este estudio la violencia y acoso en el mundo del trabajo no refiere a situaciones aisladas o individuales, sino que son avaladas y reproducidas por la propia organización del trabajo. En ese sentido, las organizaciones sindicales son actores sociales centrales en la prevención y erradicación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. Es central la participación de la FESPROSA en acciones tendientes a disminuir estas prevalencias con foco en las violencias por razones de géneros y especialmente hacia los sectores jóvenes, y también con políticas tendientes a buscar la desprecarización del sector y asegurar la seguridad e higiene en el entorno laboral. En este sentido el Convenio 190 aporta elementos para limitar la reproducción de las asimetrías y desigualdades existentes en el sector salud.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	11
1. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO.....	12
a. Definiciones y normativas.....	12
b. Violencia y salud laboral.....	14
c. Una perspectiva de géneros.....	15
2. SECTOR SALUD.....	18
a. El sistema de salud en la Argentina.....	18
b. La organización del trabajo en salud.....	20
c. Impacto en la salud de las personas trabajadoras.....	22
d. El trabajo en salud como actividad feminizada.....	24
3. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL SECTOR SALUD.....	26
a. Acoso psicológico.....	26
b. Acoso sexual.....	31
c. Violencia física.....	35
d. Violencia doméstica.....	36
4. APOYO, DENUNCIAS Y ACCIONAR SINDICAL.....	37
5. EL SECTOR SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA.....	39
a. Aumento de la violencia.....	40
b. Modificación de las condiciones de trabajo.....	42
c. Pandemia, violencia y acoso: un círculo vicioso.....	46
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN SINDICAL.....	47
7. BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXO.....	60



INTRODUCCIÓN

La violencia y el acoso en el mundo del trabajo es un fenómeno global y transversal a los países, sectores productivos y grupos profesionales. Además de constituir un riesgo para la salud, seguridad y bienestar de las víctimas, las personas empleadoras se ven afectadas por el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación de personal, aumentos en los costos de contratación, incorporación y formación, así como por la desmotivación y la disminución de la productividad (OIT, 2020). La violencia y el acoso en el mundo del trabajo son definidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como “un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género” (Convenio 190, art. 1).

Son las mujeres uno de los grupos que más sufre situaciones de violencia y acoso en sus lugares de trabajo. Incorporar la perspectiva de géneros al análisis de la violencia y acoso pone de relieve las relaciones de poder y subordinación en este ámbito, que se manifiestan en la prescripción de roles, actividades y comportamientos que determinan inequidades entre hombres y mujeres e impactan de manera diferencial sobre la vida y la salud de las personas (Amable *et al.*, 2018).

Indagar las implicancias de la violencia y acoso en el sector salud supone dos desafíos. En primer lugar este sector se encuentra altamente feminizado, lo que implica poner la lupa en una organización del trabajo que, si bien se encuentra conformada mayormente por mujeres, continúa reproduciendo las inequidades y brechas de género patriarcales, predisponiendo a las mujeres y diversidades a sufrir mayores situaciones de violencia y acoso. En segundo lugar se debe tener en cuenta el contexto actual de pandemia, a fin de comprender el mayor riesgo al que están expuestas las trabajadoras de la salud incluidas en la primera línea de atención sanitaria y social. Tal como sostiene un informe elaborado por OIT, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y ONU Mujeres (2020) las mujeres desempeñan roles que las exponen a riesgos para sus vidas, su salud y la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes.

Este estudio tiene el objetivo de determinar la prevalencia de la violencia y el acoso, analizados con perspectiva de géneros, en una muestra de personas afiliadas en la Federación Nacional Sindical de Trabajadores de la Salud de la República de Argentina (FESPROSA). El trabajo extrae los valores más probables de prevalencias y cruces de violencia y acoso con variables sociodemográficas y laborales, incluyendo la percepción de las condiciones de trabajo en el actual contexto de pandemia y su posible relación con el aumento de la violencia en los lugares de trabajo. También evalúa la percepción que tienen las personas trabajadoras sobre la gestión de la violencia y el acoso, y determina las medidas de prevención y protección sindical ante la violencia y acoso de géneros en el sector salud.

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, en donde se aplicó el cuestionario “Encuesta sector Salud: Violencia y acoso en el Mundo del Trabajo con perspectiva de género(s)”. El cuestionario fue realizado entre el 9 de noviembre y el 23 de noviembre del 2020 y se recolectaron 459 respuestas. El 78,4% son mujeres, el 21,4% hombres y el 0,2% corresponde a otra identidad

de género. A pesar de que la muestra no es probabilística, sus resultados pueden considerarse expresivos de la realidad de quienes contestaron la encuesta. La variabilidad de la distribución muestral en lo referente a las variables sociodemográficas y laborales permite brindar un panorama que se aproxime a la problemática de la violencia y acoso en el mundo del trabajo.

En este informe se expondrá, en primer lugar, una aproximación conceptual a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo desde la perspectiva de géneros. En segundo lugar se realizará un abordaje sobre el modo de conceptualizar y comprender la organización y el proceso de trabajo del sector salud, así como el fenómeno de la feminización del sector. A continuación, se presentarán los resultados del estudio analizando los distintos tipos de violencia y acoso: psicológico, sexual, físico y violencia doméstica, así como la realización de denuncias y el apoyo recibido por parte de la organización, pares y actores sindicales. Luego daremos cuenta de las condiciones laborales de las personas trabajadoras de la salud en contexto de pandemia, así como la percepción sobre el aumento de la violencia durante esta coyuntura. Reflexionaremos sobre el círculo vicioso que supone el sufrimiento de diferentes tipos de violencias y su exacerbación en el presente contexto. Por último, ya en las conclusiones, haremos una reflexión sobre el accionar sindical y las medidas preventivas que son necesarias implementar para afrontar la problemática de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

El informe se realizó en acuerdo y de manera conjunta entre la OIT (iniciativa *Spotlight*) y el Instituto de Formación, Capacitación e Investigación de la FESPROSA. Esta federación sindical fue fundada en diciembre del 2005 con el carácter de primera organización nacional profesional de carácter netamente sindical, con trabajadores y trabajadoras afiliadas de todas las profesiones de salud. Actualmente cuenta con 27.000 miembros y con una representación sindical mayoritaria en 16 de las 24 provincias argentinas. La FESPROSA ha priorizado y trabajado sobre la precariedad laboral en el sector, las políticas de género y paridad en los cargos de conducción, y las condiciones medioambientales de trabajo, con ejes en el desgaste laboral y los factores de riesgo psicosociales.

1. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO

a. Definiciones y normativas

Como señalamos en la introducción, la violencia y el acoso en el mundo del trabajo son definidos por la OIT como “un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género” (Convenio 190, art. 1).

El concepto más aceptado por quienes investigan o buscan enfrentar esta problemática es el acuñado por Marie-France Hirigoyen: “Cualquier manifestación de una conducta abusiva, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, dignidad o integridad física o psíquica de un funcionario/a, poniendo en peligro su empleo o degradando el clima laboral” (Hirigoyen, 1998, p.48).

Se habla del “mundo del trabajo” ya que el Convenio 190 y la Recomendación 206 llaman a

abordar aquella violencia y acoso que ocurren durante el trabajo, en relación con el trabajo o como resultado del mismo. Se considera que el mundo del trabajo no solo abarca el lugar de trabajo físico tradicional, sino también el trayecto hacia y desde el trabajo, los eventos sociales relacionados con el trabajo, el trabajo en el domicilio, incluso los trabajos realizados por medio de tecnologías de la información y de la comunicación, y los espacios públicos cuando son un lugar de trabajo o lugares de descanso.

Los principales tipos de violencia que se identifican en el mundo del trabajo son la violencia física y la violencia psicológica. La primera es entendida como toda conducta que, directa o indirectamente, esté dirigida a ocasionar un daño físico sobre otra persona. La violencia psicológica (también llamada acoso psicológico, moral o *mobbing*) es toda situación en la que una persona o grupo de personas ejercen un maltrato modal o verbal, alterno o continuado, recurrente y sostenido en el tiempo hacia otra persona, a quien le pueden causar importantes daños emocionales. La violencia psicológica puede o no buscar intencionalmente el daño a la víctima; puede hostigarla, desestabilizarla, aislarla, destruir su reputación, deteriorar su autoestima y disminuir su capacidad laboral hasta incluso poner en peligro su empleo. La violencia o acoso sexual puede definirse como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima” (OMS, 2002, p. 161). El acoso sexual en el mundo del trabajo tiene impactos similares a los de las violencias de géneros en la relación de pareja, en la medida en que el daño a la víctima se hace cada vez más evidente en sus comportamientos y actitudes frente a otras personas. También existe una disminución de la productividad de la empresa (pública o privada) debido a la injusticia laboral, peligro del trabajo en equipo, desmotivación y ausentismo (ITUC CIS IGB, 2008).

Comprendemos que las diferentes categorías sociales pueden generar opresiones y privilegios, y en este sentido sostenemos que la violencia laboral puede generarse por razones de nacionalidad, etnia, clase social, religión, orientación sexual, ideología y política, entre otras. Desde la concepción de la interseccionalidad, se entiende que cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales. La interseccionalidad pone de manifiesto cómo las diferentes categorías sociales generan opresiones y privilegios muy dispares al entrecruzarse entre ellas (Lois, 2020). A su vez, en relación a las violencias por razones de género, el preámbulo del Convenio 190 considera necesario incorporar un enfoque inclusivo e integrado que tenga en cuenta las formas múltiples e interseccionales de discriminación y el abuso de las relaciones de poder por razón de género, a la hora de terminar con la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

A los fines de este informe entenderemos a la violencia o el acoso psicológico por razones ideológicas u políticas a toda aquella conducta o comportamiento hostil hacia las creencias políticas de la víctima, incluyendo la adscripción gremial. A su vez, entenderemos a la violencia o acoso psicológico por razones de clase o contrato a toda aquella conducta o comportamiento hostil hacia la víctima fundada en la pertenencia a una determinada clase social, o en la modalidad contractual de la víctima.

Se considera que los actores principales de la violencia y acoso en el mundo del trabajo pueden

ser tanto los autores o autoras y las víctimas, como quienes presenciaron los hechos (OIT, 2004). La violencia y el acoso pueden manifestarse de forma horizontal, vertical y descendente, proceder de fuentes internas y externas (incluidos los clientes y otras terceras partes y las autoridades públicas), y aparecer tanto en el sector público como privado, en la economía formal o informal, y en ámbitos urbanos o rurales.

Se considera también que los sindicatos o asociaciones de empleadores son actores que participan generalmente en las etapas posteriores de las denuncias de violencia y acoso. Los sindicatos son fundamentales no solo en el proceso posterior a la situación de violencia y acoso, sino también con anterioridad mediante el impulso de medidas preventivas.

b. Violencia y salud laboral

Como mencionábamos, la OIT reconoce en el Convenio 190 que la violencia y el acoso en el mundo del trabajo pueden representar un peligro para la salud y seguridad de las personas trabajadoras. Según el Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores de 1981 (núm. 155) la salud no es solo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también “los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo” (artículo 3). Esta definición coincide con la elaborada por la Organización Mundial de la Salud que define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).

Determinadas normativas internacionales de derechos humanos han dado un marco legal en pos de mejorar la calidad de vida de las personas, particularmente en materia de derechos laborales que mejoren las condiciones laborales y de trato en el mundo del trabajo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos ya en su primer artículo afirma que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En la misma línea, el artículo 23 del texto refiere que “toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 23).

Comprender la violencia y el acoso en el mundo del trabajo en estrecha relación con la salud de las personas trabajadoras es comprender al trabajo como uno de los principales determinantes sociales de las condiciones de salud de la población. Y esto no se restringe a la corrección de problemas puntuales, sino que implica la garantía de condiciones laborales favorables para el desarrollo de potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de las colectividades humanas (Laurell, 2000). El trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además, concebido de esta manera, no solo no es productor de enfermedad sino que posibilita la vida misma. En este sentido la vinculación entre los factores de riesgo psicosociales y la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, resulta una perspectiva muy útil y relevante desde el punto de vista de la prevención laboral para modificar aquellas condiciones de trabajo que pueden desencadenar situaciones de violencia y acoso.

Las conceptualizaciones de los factores psicosociales del trabajo son vastas y diversas, aunque, a nivel general, acuerdan con los términos de la definición de la OIT y la OMS: “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (OIT y OMS, 1986, p. 3). El trabajo nunca es neutral para la salud (Dejours, 1998). Si es un factor de riesgo o un factor protector dependerá de las condiciones bajo las cuales se desarrolle. En este sentido, los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del sujeto. En el primer caso contribuyen positivamente al desarrollo personal, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para el bienestar de la persona. En este último se considera como casos de riesgo psicosociales en el trabajo (Gil Monte, 2009). Los riesgos psicosociales no son un problema individual, de personalidad o que respondan a circunstancias personales o familiares, sino que tienen su origen en las condiciones y proceso de trabajo (Llorens *et al.*, 2005). De acuerdo a un informe elaborado por la OIT, la violencia y el acoso pueden tener consecuencias tanto en el bienestar físico como mental y aumentar los niveles de estrés, y al mismo tiempo el estrés puede ser un precursor y un desencadenante de la violencia y el acoso en el trabajo (OIT, 2020). En palabras de Azzi (2017) se trata de un círculo vicioso, riesgos psicosociales que conducen a la violencia y acoso, seguido nuevamente por un aumento de riesgos psicosociales.

Es importante señalar que la violencia y acoso en el lugar de trabajo no solo afecta a las víctimas sino a la propia organización, ya que puede traer aparejado el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal, costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad.

c. Una perspectiva de géneros

Incorporar una mirada de géneros al análisis de la violencia y acoso en el mundo del trabajo implica en primer lugar una mirada sobre las inequidades en la distribución del mercado de trabajo, presentes históricamente a través de la división sexual del trabajo y que han conminado a la mujer al espacio privado y a las tareas domésticas, y al hombre al espacio público como proveedor familiar. El ingreso de la mujer al mercado laboral ha implicado la extensión de sus tareas de cuidado privadas al espacio público, a través de empleos típicamente “femeninos”. Es por ello que la feminización del mercado de trabajo no implica necesariamente una igualdad entre hombres y mujeres. Es ese contexto estructuralmente desigual sobre el cuál se asienta la violencia y acoso en el mundo laboral hacia las mujeres y diversidades.

La violencia hacia las mujeres y diversidades es un fenómeno, social, económico y cultural de profunda raigambre histórica, que se expresa en una organización social y en un sistema de creencias culturales que determina prácticas, comportamientos y estilos de relación. Estas creencias subyacen y están en la base de la ideología patriarcal que se expresa en la subordinación y en las relaciones desiguales de poder entre hombres, por un lado, y mujeres y diversidades por el otro (Hernández, 2014). Los sistemas de géneros no sólo determinan los lugares so-

ciales de hombres, mujeres y diversidades, sino que también asignan, a través de instituciones y mecanismos económicos, sociales y culturales, conductas diferenciadas. Así, los procesos de socialización de género cumplen la función de reproducir y justificar en cada individuo las distintas jerarquías sociales, de poder, de accesibilidad (Rodríguez, 2001).

Para dar respuesta a estas desigualdades históricas, sociales y culturales, los diversos movimientos feministas han demandado un marco regulatorio internacional que permita el cumplimiento efectivo de tales problemáticas. Estas demandas se han cristalizado en diversos instrumentos internacionales, entre ellos, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, que en su primer artículo menciona que “la discriminación contra la mujer denota a toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”. Y en América Latina y el Caribe, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará), aprobada por la Organización de los Estados Americanos en 1994, define la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos. Y entiende por violencia contra las mujeres “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (cap. I, art. 1). De este modo se reconoce la diversidad de expresiones de violencia, perpetradores y ámbitos en los que puede ser ejercida, por ejemplo la familia, la comunidad y el espacio público, incluyendo aquella por acción, omisión e inacción del Estado (PNUD, ONU Mujeres, 2013).

Los instrumentos planteados por estas dos convenciones obligan a los Estados a que eliminen barreras discriminatorias y a que erradiquen todas las formas de violencia y/o discriminación de que son objeto las mujeres a fin de garantizar la realización de sus derechos humanos.

Por su parte, la Asamblea General de Naciones Unidas proclamó en 1993 la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, cuyo texto define este tipo de violencia como “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada, e incluida la violencia doméstica, los delitos cometidos por cuestiones de honor, los crímenes pasionales, las prácticas tradicionales nocivas para la mujer, incluida la mutilación genital femenina y el matrimonio forzado”. El texto de la ONU afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer y menoscaba o anula su disfrute de estos derechos y libertades (Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1993). Asimismo, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, tuvo por objetivo elaborar el Programa Mundial de Igualdad orientado a la protección de los derechos humanos de las mujeres con independencia de sus características individuales de raza, etnia, edad, condición social, estado civil, religión y cultura. La Organización Internacional del Trabajo, por su parte, entiende por discriminación “cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen

social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación” (Convenio 111 sobre Discriminación, Empleo y Ocupación, 1958).

En relación a la identidad de género y la orientación sexual, los Principios de Yogyakarta (2006) son una serie de postulados sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Los principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir. La violación a los derechos humanos de las personas por su orientación sexual e identidad de género, real o percibida, constituye un patrón global arraigado que preocupa gravemente. Entre esas violaciones a los derechos humanos podemos mencionar: los asesinatos extralegales, tortura y maltrato, ataques y violaciones sexuales, invasión a la privacidad, detenciones arbitrarias, negar las oportunidades de empleo y educación, y grave discriminación en relación al goce de otros derechos humanos.

Es dable aclarar que la violencia doméstica es pertinente para el mundo del trabajo, ya que tiene un impacto en este universo. Por ende, sus actores están llamados a reconocer dichos efectos y mitigar su impacto, razón por la cual esta variable será considerada en la presente encuesta. La Ley Argentina N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres determina que la violencia doméstica es aquella ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde esta ocurra, y entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. También incluye las relaciones vigentes o finalizadas, sin que la convivencia sea un requisito.

En el año 2019 la OIT sancionó el Convenio 190 sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo, mencionado más arriba. Si bien la violencia y el acoso pueden dirigirse contra hombres y mujeres, estas últimas en particular se ven afectadas de manera preponderante debido a las relaciones de poder desigual a las que se ven sometidas por la posición subordinada que se las ha adjudicado social e históricamente.

Incorporar la perspectiva de géneros al análisis de la violencia y acoso en el mundo del trabajo, pone de relieve las relaciones de poder y subordinación en este ámbito, que se manifiestan en la prescripción de roles, actividades y comportamientos que determinan inequidades entre hombres y mujeres e impactan de manera diferencial sobre la vida y la salud de las personas (Amable *et al.*, 2018). El contexto laboral, entendido desde su dimensión social, política y económica, impacta en el proceso de salud-enfermedad y atención de las personas trabajadoras. El ingreso de la mujer al mercado del trabajo se produce mayoritariamente a través de formas laborales precarizadas, o directamente en la economía informal. A su vez la tasa de empleo no registrado aumenta al disminuir el nivel de ingresos. En el caso del segundo quintil, por ejemplo, la brecha entre hombres y mujeres es significativa: mientras que el 42% de los hombres tiene empleo no registrado, este número asciende al 60% en el caso de las mujeres (Díaz Langou *et al.*, 2019). Por lo tanto, su inserción caracterizada por la inestabilidad, incertidumbre, vulnerabilidad y la indefensión como trabajadoras, ya es en sí misma un riesgo para su salud. La precarización del empleo implica unas relaciones de poder que reproducen la violencia y el acoso como forma de dominación. Particularmente en los sectores laborales feminizados, esa violencia y acoso se integra a una organización del trabajo y a una cultura patronal y/o empresarial patriarcal que tiene graves consecuencias para la salud, seguridad y dignidad de muchas mujeres (Amable *et al.*, 2018).

De acuerdo a un estudio realizado por OIT, UNU Mujeres y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020), las mujeres que trabajan en el sector salud en América Latina tienen un 25% menos de ingresos que los varones del mismo sector. Esta brecha salarial conduce a una diferencia en el acceso a los derechos laborales, como por ejemplo en el caso de las licencias por enfermedad, la cobertura por accidente o enfermedad profesional, y el acceso a una obra social. A su vez las trabajadoras de la salud realizan en promedio más horas extras que sus compañeros varones, son más susceptibles de sufrir eventos de violencia laboral, están más expuestas a agentes infecciosos y tienen menor acceso a elementos de protección personal (MPyT, SRT, 2019).

Erradicar los imaginarios, conductas y comportamientos discriminatorios es tarea del conjunto. Las organizaciones del trabajo son actores fundamentales para lograr este objetivo, porque las personas trabajadoras están la mayor parte del tiempo en estos espacios y son agentes de cambio y transformación. Además, las políticas patronales impactan profundamente en el desarrollo humano y en la competitividad de los países, y por ende afectan positiva o negativamente en las políticas económicas y sociales de cada lugar.

2. SECTOR SALUD

a. El sistema de salud en la Argentina

En plena década de los noventa la hegemonía del ideario neoliberal logró instalar que el único proceso posible dentro de la esfera de lo público era el ajuste fiscal estructural y la contracción de los servicios públicos. Así, para América Latina y el Caribe, los procesos de reforma en salud no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social como ocurría en los estados de bienestar europeos, sino de la excesiva contracción impuesta por estos ajustes económicos y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales. En este escenario, y ante las crisis que azotaban a los países de la región, los gobiernos locales siguieron las recomendaciones reunidas en el Consenso de Washington, con la participación y su incidencia en las decisiones políticas de organismos de cooperación internacional como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Ortega, 2019). Según John Williamson (2003), quien acuñó el concepto del Consenso, las reformas se enmarcan en una serie de medidas de estabilización y ajuste de las economías tendientes a reducir el déficit público a través de la reducción del gasto. Esto incluye reformas para reducir la progresividad impositiva, privatización de empresas públicas, liberalización del comercio y de la inversión extranjera directa, desregulación de los mercados, y la introducción de un tipo de cambio fijo (Ortega, 2019, Bidaurratzaga, s/f). En nuestro país el gobierno de Carlos Menem –1989-1999– implementó políticas de flexibilización en las modalidades de contratación (como las pasantías o los contratos a prueba por tres meses) y de los despidos (haciéndolos menos onerosos para los empleadores), así como la descentralización de los convenios colectivos. Pese al ingreso de la inversión extranjera y la privatización de las empresas estatales hubo una caída en los salarios reales y aumento en los índices de desempleo (Ortega, 2019).

Es en este clima y contexto de época, durante las dos presidencias de Carlos Menem se produjeron importantes reformas en el sector salud que siguieron los lineamientos del informe “Invertir en Salud” elaborado por el Banco Mundial en el año 1993. El sistema de salud argentino es un sistema de salud mixto y con tendencia a la fragmentación, compuesto por tres subsectores: el es-

tatal, el de obras sociales y el sector privado. Durante la década de los noventa se implementaron políticas neoliberales que conllevaron grandes cambios en la gestión de las relaciones laborales para el sector salud. Se promovieron una serie de estrategias para introducir y consolidar la lógica de competencia de los mercados, como la desregulación de las obras sociales (Belmartino, 2005). Además se priorizó el subsidio a la demanda de servicios de salud y se puso en marcha el proyecto de Hospitales Públicos de Autogestión con el propósito de disminuir el gasto en salud por parte del Estado (Ortega, 2019). Esta iniciativa buscaba el financiamiento a través de tercerizaciones, privatizaciones de servicios y precarización de la fuerza de trabajo. También se llevó a cabo la descentralización de la salud del Estado nacional hacia las provincias y municipios, pero sin los fondos de coparticipación necesarios. Durante este mismo período se sancionó una nueva ley de riesgos del trabajo (Ley N° 24.557 de Riesgos del Trabajo) que creó un sistema mixto, de empresas privadas bajo control estatal, anclado en la seguridad social. Esta ley creó las ART, Aseguradoras de Riesgos de trabajo, que funcionaron como un mercado de seguros de riesgos del trabajo. Estas aseguradoras privadas fueron responsables de gestionar, otorgar y pagar las presentaciones dinerarias, médicas, asistenciales y de rehabilitación (Malleville, 2020).

El ingreso de grandes capitales, vinculados o no a los profesionales de la salud, fue otra característica de la época (Galín 2002). El ingreso del capital financiero multinacional se ubicó en el sector de seguros prepagos, desde donde operó como administrador de fondos de la seguridad social médica y del sector estatal (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2020). Las principales modalidades bajo las que operó el capital financiero fueron la compra de empresas ya establecidas en el país que se dedicaban a la venta de seguros o planes prepagos de salud, la asociación con otras empresas bajo la modalidad de “*joint venture*”, y los acuerdos para desarrollar el gerenciamiento de las instituciones de la seguridad social y del sector público. Estos capitales invirtieron tanto en el sector salud como en otros rubros, la distribución de energía, el transporte de cargas o la gastronomía (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2020). A comienzos de la década se observó un incremento de la proporción de personas asalariadas (en 1990 un cuarto del personal de salud se desempeñaba como cuentapropista), pero diez años más tarde se había producido una disminución drástica de este número (del 23% al 12%). Esto se manifestó más notoriamente en el caso de las mujeres trabajadoras del sector, cuya diferencia porcentual es de 13 puntos (Galín, 2002). El aumento del número de trabajadores en las organizaciones sanitarias, con la consecuente disminución del cuentapropismo, se produjo bajo modalidades precarias de contratación, mayormente sin protección social. Asimismo, durante el período señalado creció la proporción de profesionales con pluriempleo. Esto se debe, entre otras cuestiones, a la ampliación de empleos a tiempo parcial y a la caída de los salarios, que provocó la búsqueda de otras fuentes de ingresos para terminar combinando, en muchos casos, un trabajo en el empleo público con protección social y bajos salarios, con otro en el sector privado con mejores salarios (Galín, 2002). La flexibilización de las relaciones laborales se produjo tanto en el ámbito público como en el privado.

A partir del 2002, con el inicio del período de posconvertibilidad, se produjeron reformas en el sector salud dando centralidad a la Atención Primaria de la Salud, en consonancia con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas (Ortega, 2019). Los cambios no implicaron una modificación estructural en la fragmentación del sistema de salud (Ortega, 2019). En lo que respecta a las modalidades de contratación, a partir del 2003 se evidencia una reducción del empleo no registrado, vinculado

al cambio de políticas en materia de contratación (desde el Estado se aplicó una estrategia hacia el sector público y privado tendiente a reducir este tipo de empleo). Para el primer semestre del año 2015, el sector salud presenta una tasa de empleo no registrado inferior al resto de la economía (15,3% y 32,2% respectivamente). Según el informe del SSPTyEL (2015) la alta tasa de no registro con la que cuentan los grupos de profesionales de la salud se relaciona con la utilización intensiva de modalidades contractuales que encubren la existencia de una relación laboral de dependencia. De esta manera, contractualmente se considera trabajadores autónomos al personal que de hecho se encuentra en relación de dependencia. En el sector salud el Plan Médicos Comunitarios, implementado a partir del 2004 y cuyo objetivo principal era capacitar y proveer de personal a los centros de salud del primer nivel de atención para fortalecer la Atención Primaria a la Salud, supuso la contratación de personas trabajadoras bajo contrataciones precarias, bajos sueldos e irregularidades en los pagos (Gieco, 2011). Una especificidad del sector salud es el alto porcentaje de pluriempleo (Galín, 2002). Si bien a partir del 2003 se intentó reducir determinados patrones de empleo, el pluriempleo continuó siendo alto (OPS, 2012). En 2010, por ejemplo, un estudio multicéntrico sobre condiciones de trabajo y salud destacaba que en Argentina el 55% del personal médico tenía más de un empleo (OPS, 2012). Como sostiene Negrín (2016) el aumento del pluriempleo y la extensión de las jornadas laborales son fenómenos asociados. Los datos del 2015, por su parte, mostraban que mientras que en el resto de la economía solo el 7,3% de las personas ocupadas contaba con otra ocupación, en el sector salud este número ascendía al 15,1%. Situación que se agudizaba entre profesionales, con el 28,3% con más de una ocupación (13,1% en el resto de la economía).

Según el informe de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo, las personas trabajadoras de la salud que solo tienen una ocupación trabajan en promedio 37,4 horas semanales, mientras que quienes realizan pluriempleo lo hacen 49,6 horas a la semana (SSPTyEL, 2015). La jornada de trabajo promedio total para quienes trabajan en el sector salud es de 39,4 horas semanales. Los varones trabajan en promedio seis horas más que las mujeres en el sector.

El presupuesto en salud también fue una variable de ajuste a lo largo de los últimos años. Mientras que a comienzos de la década del noventa ese presupuesto representaba el 10% del PBI, a finales del 2015 representaba el 9,6% y a finales del 2019 se había reducido al 8%. Analizando el presupuesto ejecutado en el período 2015-2019, se observa una disminución del 20,65% en la ejecución de la partida presupuestaria hacia el área (Observatorio de Políticas Públicas, 2019).

De acuerdo al último registro del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (junio 2019), el número de personal médico es 182.189, lo que representa respecto al total de la población 40,5 médicos y médicas cada 10.000 habitantes. Por su parte, y según datos del año 2000, el personal de enfermería suma 234.527, lo que representa 52,19 profesionales cada 10.000 habitantes (contabilizando los tres niveles de formación).

b. La organización del trabajo en salud

Las organizaciones sanitarias presentan una gran complejidad debido a las múltiples funciones y actividades en los procesos de trabajo (Mintzberg, 2001). Esta división de la fuerza de trabajo

asistencial es producto de procesos de determinación macroestructurales, como la formación académica y la estratificación social (OPS, 2005). Las relaciones de trabajo acaban por ser la resultante de combinaciones técnicas, económicas y sociopolíticas. La heterogeneidad ocupacional es amplia: personal médico según sus diversas variantes formativas y de carrera (residentes, servicios, jefaturas); enfermería (personas licenciadas, auxiliares); personal administrativo; servicios varios (de habitaciones, de comidas, de limpieza y mantenimiento); personal de ambulancias; y especialistas técnicos (laboratorios, radiología), entre otros. (OPS, 2005).

El proceso productivo en las organizaciones asistenciales tiene por objeto central la producción del cuidado (Merhy, 2006), a partir de este punto los diferentes procesos de trabajo confluyen con sus tareas en este objetivo final. La organización de los diferentes procesos tiene en la generación del cuidado el sentido último de su razón de hacer. Todos los procesos son interdependientes para alcanzar el objetivo final (de allí la complejidad organizativa de una organización asistencial). La manera como se vinculen esos procesos para alcanzar el objetivo del cuidado depende de las relaciones intersubjetivas entre quienes se desempeñan en los distintos grupos ocupacionales. Las relaciones que cada individuo mantiene en su trabajo crean las condiciones para que se integre y se sienta parte de un equipo, y también para que su labor sea valorada y perciba que realiza algo útil por los demás. En este sentido “el conjunto de los trabajadores de salud presenta potenciales de intervenciones en los procesos de producción de la salud, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos asociados a la dimensión de cuidador que cualquier profesional de salud posee, sea médicos, enfermero o un encargado de la puerta de entrada de un establecimiento de salud” (Merhy, 2006, p.85).

La organización del trabajo en las instituciones asistenciales suele presentar una estructura de autoridad doble: la médica-asistencial y la burocrática-administrativa (Cockerham, 2002). El saber biomédico es el que domina y establece una división técnica y social del proceso de trabajo. Por un lado, los establecimientos de salud están divididos en una lógica de servicios cada vez más específica, que permite a individuos de sectores determinados controlar su proceso de trabajo. Y al mismo tiempo la multiplicidad de ocupaciones (profesionales y no profesionales) se divide en estratos de acuerdo al grado de control que tienen con su saber y con sus competencias y habilidades sobre las distintas tecnologías. Para Freidson (1978) lo central de la profesión médica es el control sobre el trabajo, ya que la profesión fundamenta su demanda en la posesión de un conocimiento complejo que hace imposible de llevarse a cabo o evaluar para alguien que no participa de ese sistema. Lo que termina redundando en relaciones asimétricas de poder al interior de los equipos de salud. Otras categorías ocupacionales, como es el caso de enfermería, auxiliares, o especialistas técnicos que brindan funciones asistenciales, tienen un grado de autonomía menor. En palabras de Freidson (1978) estas ocupaciones pueden diferenciarse de las profesiones establecidas por su relativa falta de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio. Si estos últimos se encuentran más ligados a la vida hospitalaria y tienden a sentir mayor pertenencia a la organización, las personas profesionales tienen más identificación con su profesión que con la organización donde la practican (Mintzberg, 2001). El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud tiene características propias que lo distingue de otras organizaciones y que sustenta su singularidad y complejidad, ya sea porque se desarrolla las 24 horas de los 365 días del año o porque trabaja sobre la salud, la enfermedad y el cuidado. El personal de salud es depositario de una alta expectativa comunitaria en relación a los resultados

de su trabajo. Las expectativas del conjunto de la sociedad respecto a los resultados del trabajo del personal asistencial son elevadas y crecientes. Se desempeñan en instituciones de una alta complejidad organizacional y realizan tareas que requieren de una gran coordinación entre diferentes grupos ocupacionales y profesionales. El proceso productivo generador de cuidado se realiza a través de diferentes procesos de trabajo que deben articularse, pero más allá de las estructuras organizativas que lo faciliten, y más aún cuando estas no existen, la coordinación de estos procesos acaba siendo una tarea de cada miembro del equipo de salud, quien a través de sus relaciones interpersonales logra la cooperación entre grupos profesionales y ocupacionales para administrar y gestionar las distintas instancias del proceso del cuidado.

c. Impacto en la salud de las personas trabajadoras

De acuerdo a lo señalado por Maceira y Cejas (2010) el sector salud, en lo que atañe a la problemática de recursos humanos, no ha podido brindar condiciones en el desempeño de la profesión, ingreso por concurso y carrera ligada al mérito, como tampoco movilidad al interior del sistema. Pese a los intentos de resolver la descentralización y fragmentación del sistema de salud, a través del Plan Federal de Salud implementado entre el 2004 y el 2007, coexisten diferentes marcos de contratación y regímenes estatutarios provinciales, con presencia de pluriempleo y empleo informal. La larga década neoliberal de los noventa, tras sucesivas reformas sectoriales, ha dejado un legado muy difícil de revertir: precariedad laboral, bajos salarios, descalificación profesional, incumplimiento de las carreras, desinterés por los recursos humanos, gestión arbitraria, injusticias laborales, incumplimientos legales, reducción presupuestaria, desinversión, deterioro de instrumentos e infraestructura hospitalaria, etc. (Galín, 2002; Belmartino, 2005; Ugalde y Homedes, 2005). La precariedad laboral es un rasgo que ha caracterizado las relaciones de empleo en el sector durante los últimos años: contratos temporales, sin beneficios sociales, bajos salarios y desprotección social. El nivel salarial del personal de la salud –sobre todo del sector público– resulta siempre bajo e insuficiente para las expectativas de un colectivo con una formación altamente especializada y con desempeños que requieren gran responsabilidad y exceso de horas de trabajo, particularmente en algunas categorías laborales, con guardias prolongadas, trabajo nocturno, etc.

El trabajo constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de individuos y colectivos, y al mismo tiempo es fuente de accidentes, enfermedades y sufrimiento que pueden comprometer la salud, la seguridad y el bienestar de las personas trabajadoras. El conocimiento acerca de las relaciones entre trabajo y salud, de los riesgos ocupacionales, de la organización del trabajo no saludable y de los grupos de trabajadores más vulnerables es fundamental para establecer medidas de prevención en vista de mejores condiciones de trabajo y bienestar (Amable *et al.*, 2013). Los daños y efectos que genera el trabajo entre el colectivo de trabajadores de la salud también han sido documentados: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades relacionadas con el trabajo; estrés y problemas de salud mental; satisfacción; problemas en las relaciones sociales y familiares; incluso hasta dificultades de sociabilidad (Barboza, Milbrath *et al.*, 2008; Pilgard, Söderfeldt, *et al.*, 2008; Sakata, Wada, *et al.*, 2008; Viviers, Lachance, *et al.*, 2008; Bonet-Porqueras, Moliné-Pallares, *et al.*, 2009; Chow, Rayment, *et al.* 2009; Johnson 2009; Kapucu, Akkus *et al.*, 2009; Von Guttenberg y Spickett, 2009).

De acuerdo a un estudio realizado por la OPS (2012), entre los riesgos señalados por personal médico y de enfermería en Argentina se encuentran los riesgos por manejo de residuos patógenos y el HIV/Hepatitis B, entre los de carácter biológico, y la intensidad de trabajo en los tiempos asignados, ya sea por ausencia de personal, falta de herramienta adecuado para la atención, limitaciones de espacio o una mala organización del trabajo, entre los riesgos psicosociales. De acuerdo a la misma investigación, para el 54% del personal médico y el 57% de enfermería su salud se cuenta afectada o muy afectada por su situación ocupacional. A su vez el 58% de enfermeros y enfermeras que participaron del estudio y el 60% de profesionales médicos perciben una carga alta de trabajo y complejidad en las tareas. El estudio a su vez indagó acerca de la carga física y la carga emocional o estrés. Respecto a la primera, el 62% del personal de enfermería y el 57% del personal médico registran una carga física alta de manera frecuente o muy frecuente. Y respecto a la segunda, el 70% y 72% (personal de enfermería y médico respectivamente) registran una carga emocional o estrés alto de manera frecuente o muy frecuente. Un estudio que investigó la salud de las personas trabajadoras en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires durante los últimos 12 meses encontró los siguientes problemas que aparecen con mayor frecuencia: dolores en el cuello, espalda o columna (72,0%); glaucoma, ceguera, defectos de visión, conjuntivitis, irritación en ojos (60,8%); estrés (54,9%); dolores lumbares (50,2%); y problemas gastrointestinales (47,9%) que incluyen úlceras, gastritis, diarreas y estreñimiento (Spinelli *et al.*, 2013). En la misma línea, un estudio realizado entre el personal trabajador de hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba (Acevedo *et al.*, 2013), encontró entre los problemas de salud más frecuentes: gastritis (28,3%); obesidad (24,3%); lumbalgia (19,6%); alteraciones del sueño (14,1%); y tensión arterial elevada (12,4%). Y respecto a los riesgos, la percepción de riesgos biológicos alcanza el 77,9%, el 50,7% se expone a sustancias químicas y el 51,7% manipula cargas físicas de gran volumen (Acevedo *et al.*, 2013).

La complejidad de los problemas de salud, la variedad de riesgos presentes, los procesos de vulnerabilidad que conforman los distintos subgrupos del personal de salud ha hecho que su protección y seguridad se haya considerado desde los orígenes de la actividad. Esto cobra relevancia en el marco de la centralidad que ocupan las relaciones en el proceso de trabajo en salud. La dimensión relacional e intersubjetiva en el trabajo en salud requiere una alta exigencia psíquica de las personas trabajadoras, a la vez que constituye una fuente de desgaste para ellas. Estos vínculos pueden ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato (Spinelli *et al.*, 2013). El deterioro de las relaciones se pone en evidencia con el aumento de situaciones de violencia entre pares, con sus superiores y también con las personas usuarias. Todas estas situaciones influyen en la salud mental del personal de salud. La sobrecarga de tareas, la vivencia de situaciones emocionalmente intensas, el maltrato o la violencia son los trazadores de un grupo importante de trastornos mentales, como depresión, burnout, estrés y abuso de drogas (Wallace, Lemaire y Ghali, 2009).

Muchos autores sostienen que uno de los elementos más relevantes que explica los procesos de desgaste laboral es el estrés o tensión nerviosa. La epidemiología laboral hace ya algunas décadas que está generando un cúmulo de evidencias respecto a los componentes psicosociales de la organización del trabajo y su incidencia sobre el estrés (Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1988; Karasek y Theorell, 1990). Los estudios referidos al estrés laboral crónico, que supone

para lxs trabajadores un agotamiento físico, emocional y cognitivo, también se han generalizado en los últimos años; muchos de ellos se concentran en el estrés crónico de personas trabajadoras asistenciales, particularmente en las del sector salud. El concepto de desgaste, como descripción del estrés crónico, es un proceso progresivo y dinámico que se desarrolla en la vida laboral. Se considera desgaste laboral o profesional debido a que es el resultado de una exposición prolongada a riesgos psicosociales del trabajo (Amable *et al.*, 2013).

Por último cabe destacar que el listado de enfermedades profesionales vigente en nuestro país no reconoce las problemáticas psicosociales (como el burnout, las adicciones o los trastornos del sueño), solamente reconoce los padecimientos infectocontagiosos, lesiones físicas y algunos trastornos musculoesqueléticos (Malleville, 2020).

d. El trabajo en salud como actividad feminizada

La incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral tras la caída de los estados de bienestar se produjo fundamentalmente en los sectores de servicios y bajo modalidades precarias de contratación laboral. Esta incorporación se dio en el sector servicios (educación, salud, servicio doméstico y administrativo) y empleos asociados tradicionalmente a tareas femeninas de cuidado. Como sostienen Duré, Cosacov y Dursi (2009), la feminización del empleo se genera a través de la segregación horizontal, ya que dicha inserción se da a través de la división sexual del trabajo, incorporando a las mujeres a sectores y tareas históricamente femeninas. Fomentado por la iniciativa de la Alianza para el Progreso, que promovía, junto con las inversiones económicas, un desarrollo social en salud y educación, se puede evidenciar un ingreso masivo de las mujeres a la universidad durante la década del ochenta, que influyó fuertemente en la feminización del sector salud. Por un lado, las mujeres ingresan a carreras tradicionalmente masculinas –medicina, odontología, bioquímica y farmacia– y al mismo tiempo se incorporaron, en el ámbito de la universidad, carreras tradicionalmente femeninas que hasta ese momento se impartían en institutos terciarios (Rovere, 2006). Las mujeres son mayoría en el sector salud en Argentina: de acuerdo a la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS), en Argentina hay cerca de 760.000 trabajadoras de la salud, lo que representan el 70% del total del sector. Sumado a esto, las trabajadoras de la salud representan el 9,8% del empleo femenino en la Argentina, mientras que este sector emplea solo al 3,6 por ciento de los varones ocupados (OIT, ONU Mujeres y UNFPA, 2020). Esta presencia mayoritaria de las mujeres es comprensible debido a su asociación con el trabajo reproductivo, de cuidado y atención (Duré, Cosacov y Dursi, 2009). Siguiendo a Pérez Orozco (2014) se asocia la femineidad a los trabajos que otorgan menor poder socioeconómico, los trabajos residuales, de cuidados y sostenimiento de la vida. Mientras que en los trabajos masculinizados el reconocimiento social depende del valor económico y productivo del trabajo realizado, se es más reconocido cuanto más importante sea el trabajo que se haga; en los trabajos feminizados el trabajo tiene más reconocimiento cuanto menor –o en nuestras propias palabras cuanto más oculto queda– el valor económico del mismo y cuanto más invisibilizada es su contribución a la lógica de acumulación y reproducción del capital. De esta manera, el sistema de salud funciona como reproductor de las desigualdades: al sostener y reformar la construcción diferencial de roles de género, “opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido en el nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica” (Duré, Cosacov y Dursi, 2009, pp. 4-5). El

personal de enfermería, por ejemplo, históricamente ha sido femenino: en 2018 de acuerdo a un estudio realizado por el Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) el 74% del personal de enfermería de nuestro país eran mujeres. De acuerdo a un estudio realizado por OIT, ONU Mujeres y UNFPA, (2020) en Argentina el incremento de la profesionalización de mujeres en el sector salud no se corresponde con un incremento en el porcentaje de mujeres que ocupan jefaturas, cargos jerárquicos en instituciones sanitarias, y no solo en los hospitales, sino también tomando en cuenta cargos públicos en ministerios o secretarías de salud, asociaciones profesionales, científicas y gremiales. De acuerdo a un estudio realizado en los hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata y en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata en el 2019, del 71% de trabajadoras de la salud solo el 40% ocupa cargos de jefatura de servicio, departamentos o direcciones asociadas en el ámbito público. Además, apenas el 20% accede a direcciones ejecutivas en el sector público y solo el 13% en el ámbito privado (IPSOAR, 2020). Esto marca las profundas diferencias salariales, que varían entre el 15% y el 27% respecto a los hombres (OIT, ONU Mujeres y UNFPA, 2020). La sobrecarga de responsabilidades domésticas es uno de los factores que explican por qué las mujeres se insertan menos y en peores condiciones al mercado laboral. El proceso de cuidados en salud reproduce la división sexual del trabajo y las condiciones de “cuidados” que el sistema patriarcal nos impone. Es una actividad altamente feminizada (en el mundo) y la pandemia del COVID-19 ha visibilizado con crudeza las desigualdades.

Frente a estas desigualdades es importante diferenciar feminización de equidad de género, ya que la primera no implica necesariamente la segunda. Distinguiremos respecto a este punto dos dimensiones. Por un lado, el ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral se produce en el marco de una flexibilización laboral y de un aumento de la precarización, por lo cual, dichas mujeres ingresan al mercado laboral bajo modalidades precarias de contratación. El ingreso de las mujeres bajo estas condiciones de “ejército de reserva”, podría significar en verdad un fuerte aumento en la inequidad del empleo. Como sostiene Aspiazu (2016), el análisis debe dar cuenta de la calidad de las ocupaciones en términos de condiciones contractuales, laborales y salariales. Muchas veces, y especialmente en el sector salud, la reducción de los ingresos del salario se traduce en pluriempleo. Este fenómeno tiene un sesgo de género, ya que son los hombres los que tienen mayor capacidad de sumar otros trabajos debido a que las tareas domésticas dentro del hogar siguen estando a cargo de las mujeres. Y consecuentemente estas mujeres, al no poder delegar esas tareas, no tienen la posibilidad de asumir más horas de trabajo en el mercado laboral. Del mismo modo, la falta de licencias maternoparentales compartidas, o de cuidado de personas adultas e infantes, también tienen un sesgo genérico y contribuyen a la inequidad de género.

Las desigualdades de género en salud se ven claramente en el acceso a derechos laborales. En comparación con sus colegas varones, las trabajadoras de la salud realizan en promedio más horas extras, son más vulnerables a episodios de violencia laboral, se encuentran más expuestas a agentes que pueden estar infectados y tienen menor acceso a elementos de protección para realizar su trabajo (MPyT y SRT, 2019). A pesar del importante trabajo que desempeñan en el día a día, las trabajadoras de la salud aún no reciben la valorización que merecen, ni al interior del sector sanitario ni en la sociedad en su conjunto. Son la columna vertebral de sistemas de salud que reproduce el modelo patriarcal de cuidados. Es fundamental incorporar a mujeres y diversidades en los espacios de decisión para establecer políticas públicas y reformular sistemas de salud con perspectiva de géneros.

En este sentido, la equidad de género, la calidad de empleo y la calidad de atención son parte de un mismo proceso, que busca en la valorización del trabajo históricamente femenino de cuidado, dar un salto cualitativo en la comprensión del proceso de trabajo relacional e intersubjetivo de salud para superar la precarización del sector y la naturalización de los trabajos de cuidado que han asumido históricamente las mujeres.

3. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL SECTOR SALUD

El cuestionario fue respondido por 459 personas: 21,4% hombres, 78,4% mujeres y 0,2% de género no binario (dada la escasa representación porcentual, el género no binario no fue considerado para los cruces de variables). Respecto a la edad, el 32,5% tiene entre 26 y 39 años, el 41,6% entre 40 y 50 y el 25,9% más de 51 años. En cuanto a nivel educativo, el 2% tiene hasta secundario incompleto, el 10% secundario completo, el 12% tiene tecnicatura completa, el 44,3% universitario completo y el 31,7% posgrado completo. Pasando a las variables laborales se puede constatar que el 44,2% tiene pluriempleo y que el 29,6% trabaja en atención primaria y el 69,7% en hospitales. Por otro lado, el 60,9% son profesionales del núcleo cuidador, el 15,4% personal de enfermería¹, 8,1% apoyo técnico, 4,3% apoyo servicios y el 11,4% apoyo administrativo². Respecto a la carga horaria, el 40% trabaja hasta seis horas diarias, 34,1% entre 6 y 8 horas y el 26% más de ocho horas diarias. Además, el 70,9% trabaja en turno diurno, 1,1% en nocturno, 24,4% en ambos y un 3,5% en la emergencia. Podemos comprobar también que el 71,3% realiza jornada ordinaria y el 28,7% restante jornada por turnos. Por último, el 89,5% tiene contrato permanente y el 10,5% contrato a tiempo determinado o monotributo.

a. Acoso psicológico

El acoso psicológico puede presentarse en formas tan variadas como sutiles, como por ejemplo el aislamiento físico del trabajador, la marginación por medio de la hostilidad, la falta de comunicación, la utilización de conceptos peyorativos, la asignación de tareas humillantes o descalificadoras y el desprecio de la imagen de la persona trabajadora frente a sus colegas o superiores, entre otros (Farías, 2010). Un estudio realizado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT, 2020) en personas ocupadas de 15 años o más que residen en localidades urbanas encontró que el 11,3% sufrió acoso psicológico, y en el caso del sector económico de servicios sociales y salud el porcentaje se eleva al 23,7% (SRT, 2020).

El 79% de quienes participaron en el estudio refiere haber vivenciado alguna situación de acoso psicológico en el trabajo³. Si bien en algunas normativas se exige que el acoso psicológico

¹ Entendemos que el personal de enfermería forma parte de profesionales del núcleo cuidador, teniendo en cuenta a su vez que en los últimos años en Argentina aumentó la calificación profesional de estos grupos en detrimento del personal de enfermería auxiliar (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2020). Sin embargo, para este estudio decidimos analizar de manera separada por la importancia que representan para la producción del cuidado, siendo la primera línea de atención de personas usuarias, y más aún en un contexto de emergencia sanitaria. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la enfermería tiene competencia sobre el 70% de las acciones en salud, siendo uno de los pilares en la conformación y estructuración del sistema de salud en Argentina.

² Las categorías ocupacionales fueron reagrupadas de acuerdo al cuadro que se adjunta en el anexo, y que toma los aportes de Merhy (2006) y OPS (2005), en una reelaboración realizada por el Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral (GESAL) de la Universidad Nacional de Avellaneda.

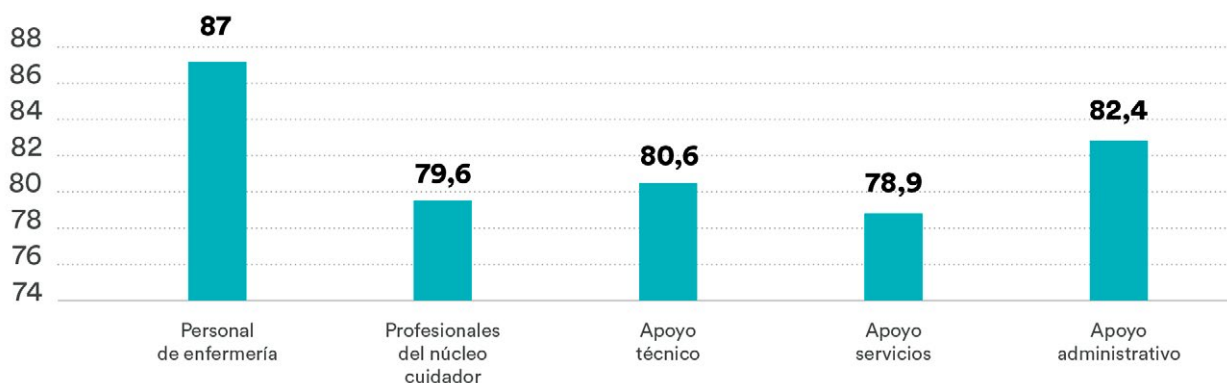
³ Las variables acoso psicológico, acoso psicológico en razones de nacionalidad, ideológica y política y por razones de clase y contrato, los diferentes tipos de acoso sexual, la violencia física y doméstica fueron dicotomizadas en Sí (incluyendo las categorías de Siempre, Casi siempre, A veces, Casi Nunca) y No (Nunca). La decisión de poner las cuatro categorías mencionadas en la categoría Sí se debió a un intento de valorar todo tipo de violencia y acoso percibido por personas trabajadoras en todos sus gradientes, teniendo en cuenta la posible tendencia a naturalizar dicho acoso y/o la dificultad en comentar dichas situaciones.

para ser definido como tal tiene que repetirse en el tiempo, en muchos países un solo acto es suficiente (Lerouge, 2017). Debido a la dificultad de registro que presentan estas problemáticas, por miedos, temores e incluso naturalizaciones, para este estudio se consideró como acoso psicológico a toda situación de este tipo que haya sufrido una persona trabajadora, independientemente de la frecuencia de los hechos. Considerando solamente a quienes afirmaron que siempre, casi siempre o a veces sufrieron alguna situación de acoso psicológico, la prevalencia disminuye al 65,8%, aun siendo un porcentaje elevado.

Tal como sostiene la OIT (2020) el sector salud, como el transporte, la educación o el trabajo doméstico, se encuentran más expuestos a la violencia y al acoso en el actual contexto pandémico. El personal de la salud es depositario de una alta expectativa comunitaria en relación a los resultados de su trabajo. Las expectativas del conjunto de la sociedad respecto a los resultados del trabajo del personal asistencial son elevadas y crecientes en un contexto de emergencia sanitaria. Las personas trabajadoras de la salud han sido objeto de acoso debido a su exposición a la COVID-19. A su vez, la falta de personal o elementos adecuados para los requerimientos de la pandemia ha traído aparejado un entorno tenso de trabajo, por lo que ha exacerbado el riesgo de que estas personas trabajadoras sean objeto de violencia y acoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como de sus colegas y supervisores (OIT, 2020). Todo el personal sanitario enfrenta en Argentina, al igual que en el resto de países afectados por la pandemia, una carga de trabajo sin precedentes en sistemas sanitarios llevados a sus límites, y donde la perspectiva acerca del final de la crisis es todavía incierta. Es importante considerar que el cuestionario se aplicó en el actual contexto, por lo tanto debe considerarse en ese sentido la alta prevalencia de acoso psicológico, como de los demás indicadores de violencia, siendo difícil la comparación en relación a otras encuestas aplicadas previas a la pandemia.

Al analizar por grupo ocupacional (Gráfico 1) es el personal de enfermería el que más sufre acoso psicológico (87%), en comparación con profesionales del núcleo cuidador (79,6%), el apoyo técnico (80,6%), el apoyo servicios (78,9%) y el apoyo administrativo (82,4%), aunque es dable destacar que todos los grupos ocupacionales presentan prevalencias muy elevadas.

Gráfico 1. Acoso psicológico según grupo ocupacional

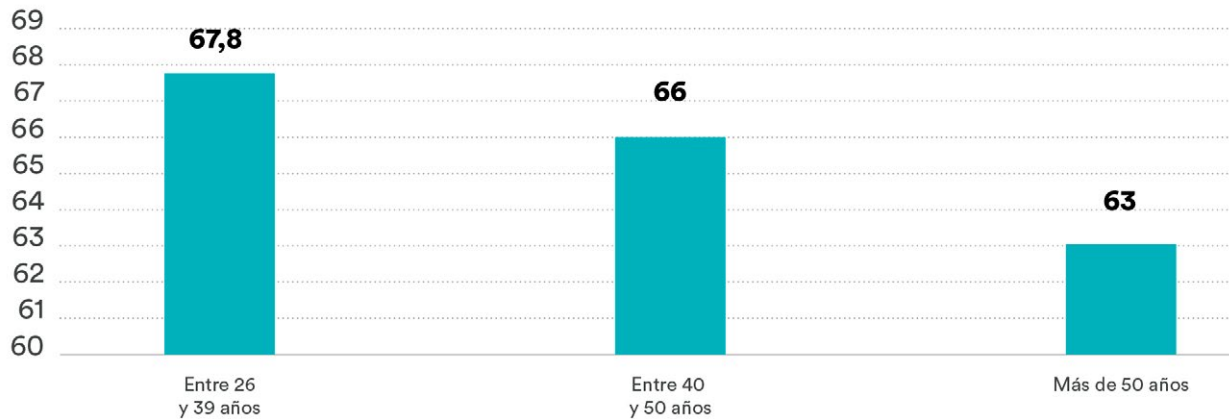


Fuente: elaboración de datos propia.

Al analizar el acoso psicológico por grupo etario (Gráfico 2) son las personas más jóvenes,

hasta 39 años, quienes más lo sufren en relación a las personas mayores de 51 años (68% y 63%, respectivamente).

Gráfico 2. Acoso psicológico según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

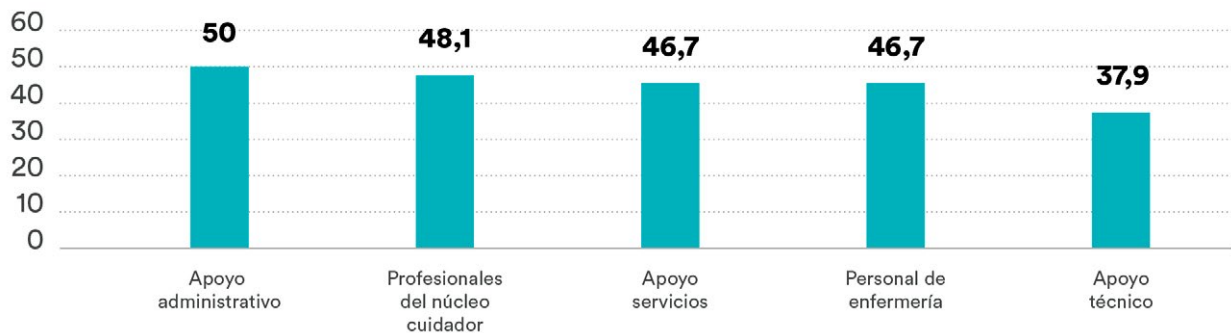
Si bien la diferencia porcentual es de cinco puntos, delinea una pauta presente en la región latinoamericana de las últimas décadas: la mayor vulnerabilidad de los grupos jóvenes a la hora de ingresar al mercado laboral, lo que puede traer aparejado la mayor prevalencia de situaciones de violencia y acoso psicológico. En lo referente al horario de trabajo, son las personas que realizan ambos turnos (diurno y nocturno) quienes tienen mayor prevalencia (85,6%) en relación a quienes realizan turno diurno (77,3%). Esto condice con el informe de la SRT (2020) que muestra que quienes trabajan más de 49 horas semanales sufren más acoso psicológico respecto a quienes trabajan de 36 a 48 horas y quienes trabajan hasta 35 horas semanales. A su vez, las personas trabajadoras con contrato a tiempo determinado sufren más este tipo de acoso en relación a quienes tienen contrato permanente (85% y 78,2%, respectivamente). La carga horaria laboral por realizar doble jornada laboral es un factor que predispone al mayor acoso psicológico. Las largas jornadas laborales y los contratos a tiempo determinado son una característica de la precariedad laboral del sector salud, sobre todo en jóvenes que ingresan al sistema de salud en condiciones laborales de mayor indefensión y vulnerabilidad. Estas condiciones laborales causan estrés y son factores que contribuyen al aumento de la violencia y el acoso psicológico en el lugar de trabajo. A su vez, quienes se desempeñan en la atención primaria sufren más acoso psicológico que quienes trabajan en el hospital (83% y 77,2% respectivamente), con una diferencia de casi 6 puntos porcentuales. Con una diferencia de tres puntos porcentuales, las trabajadoras mujeres (80%) sufren más acoso psicológico que los trabajadores hombres (77%). Pese a la diferencia en las prevalencias, una diferencia porcentual similar de 3,7 puntos se encontró en el estudio realizado por la SRT (2020), que identifica 9,7% de acoso psicológico sufrido en hombre y 11,4% en mujeres. Como mencionamos anteriormente, la feminización del mercado de trabajo incorpora a las mujeres a tareas ligadas históricamente al cuidado, y además encuentran aglutinadas en tareas semicalificadas bajo modalidades precarias de contratación.

Dentro de las razones por las que el personal dijo haber sufrido alguna situación de acoso psicológico, las de mayor prevalencia son ideológicas y/o políticas (45,9%) y de clase o contrato (31,6%).

- Ideológica y política

Como mencionamos anteriormente, el 45,9% de las personas trabajadoras que participaron del estudio refirieron haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones ideológicas y/o políticas. Son las personas trabajadoras que tienen contrato a tiempo determinado (58,5%), quienes más lo sufren en relación a quienes tienen un contrato permanente (44%), con una diferencia de casi quince puntos porcentuales. Al desagregarlo por ocupación (Gráfico 3) es el personal de apoyo administrativo (50%) y el del núcleo cuidador (48,1%) quienes sufren por encima de la media muestral, seguido por el personal de apoyo servicios (46,7%), de enfermería (40%) y el de apoyo técnico (37,9%).

Gráfico 3. Acoso psicológico por razones ideológicas y/o políticas según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

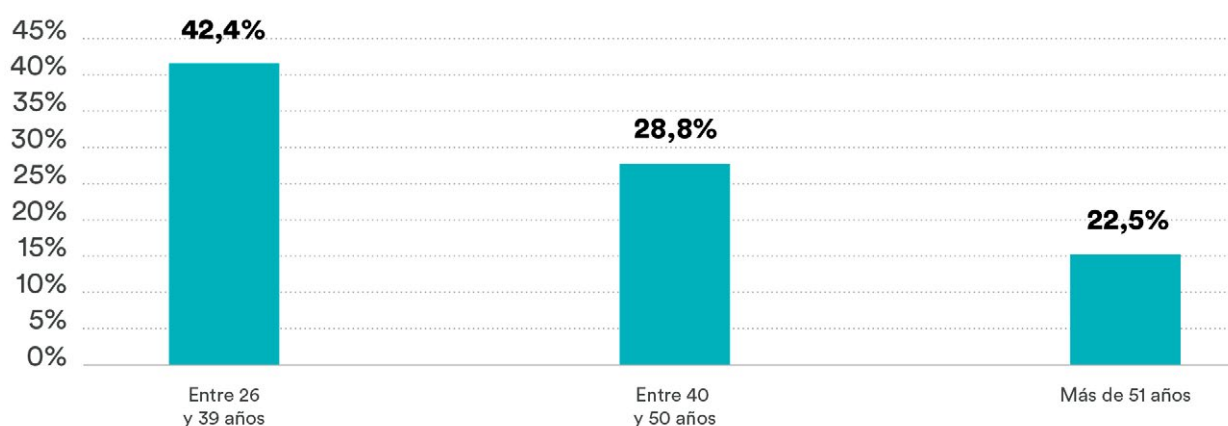
Es necesario ahondar con mayor profundidad para intentar comprender lo que hay detrás de dichos valores, en este sentido es pertinente un análisis más profundo para comprender que es lo que identifican las personas como razones ideológicas y políticas.

- De clase y contrato

El 31,6% de quienes participaron en el estudio refiere haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones de clase o contrato. Como ya esbozamos en el apartado sobre el sector salud, una de las consecuencias de las reformas neoliberales implementadas en los sistemas de salud latinoamericanos ha sido el aumento de formas precarizadas y flexibles de contratación. La extensión de las jornadas laborales, los contratos con tiempo de finalización y el pluriempleo son algunas de las características sobresalientes de la precarización del sector. El estudio realizado pone de manifiesto que son precisamente estos grupos los que tienen mayor prevalencia del acoso psicológico. Por ejemplo, las personas trabajadoras con contratos a tiempo determinado (39%) en relación a quienes tienen contrato permanente (30%), y las personas

que trabajan más de ocho horas por día (44,8%) en relación a quienes trabajan hasta seis horas (28,1%) y hasta ocho horas (25,8%). También es el caso de quienes realizan ambos turnos (40%) en relación a quienes realizan turnos diurnos (27,7%), y de jóvenes, de hasta 39 años, (42,4%) en relación a mayores de 51 años (22,5%) (Gráfico 4). El acoso por razones de clase o contrato reproduce la posición subordinada de aquellos sectores que ingresan en condiciones desiguales al mercado de trabajo.

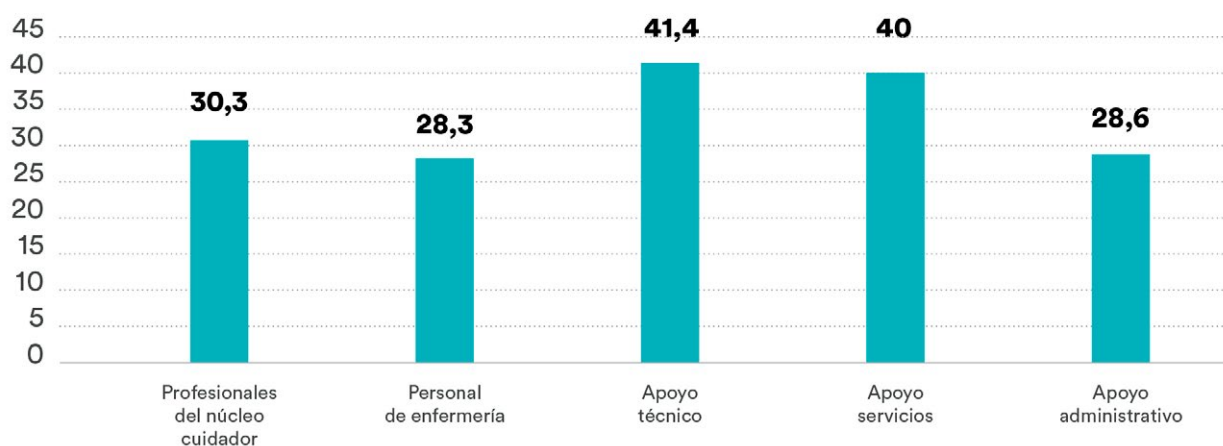
Gráfico 4. Acoso psicológico por razones de clase o contrato según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

Al desagregarlo por ocupación (Gráfico 5) es el personal de apoyo servicios (40%) y apoyo técnico (41,4%) quienes sufren por encima de la media muestral, seguido por profesionales del núcleo cuidador (30,3%), de apoyo administrativo (28,6%) y personal de enfermería (28,3%). Por último, son las personas trabajadoras de los hospitales (34%) quienes sufren más este tipo de acoso psicológico en relación a quienes trabajan en atención primaria a la salud (27%).

Gráfico 5. Acoso psicológico por razones de clase o contrato según grupo ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

b. Acoso sexual

El acoso sexual es reconocido como un grave problema social y un desafío a la hora de alcanzar la igualdad de oportunidades en el empleo y el trabajo. El acoso sexual es toda conducta o comentario reiterado con connotación sexual basado en el poder, no consentido por quien lo recibe. Este acoso tiene consecuencias en el mundo del trabajo, en la medida que el daño a la víctima se termina haciendo visible en sus comportamientos y actitudes hacia otras personas, produce una baja en la productividad de las organizaciones, y aumenta el ausentismo y la desmotivación. Pocos países latinoamericanos han reconocido el acoso sexual como una categoría de trato degradante a pesar de que, según la OIT, entre el 30% y el 50% de las trabajadoras de esta región ha sufrido alguna vez acoso sexual de diversa gravedad en su lugar de trabajo (ITUC CIS IGB, 2008). De acuerdo al estudio, las mayores prevalencias de acoso sexual fueron las sufridas por parte de terceras personas (17,9%), superiores (17,1%) y pares (18,4%). En comparación el estudio realizado por la SRT (2020) encontró que un 1,4% de la población ocupada relevada sufrió acoso sexual (2% en mujeres y un 0,9% en hombres).

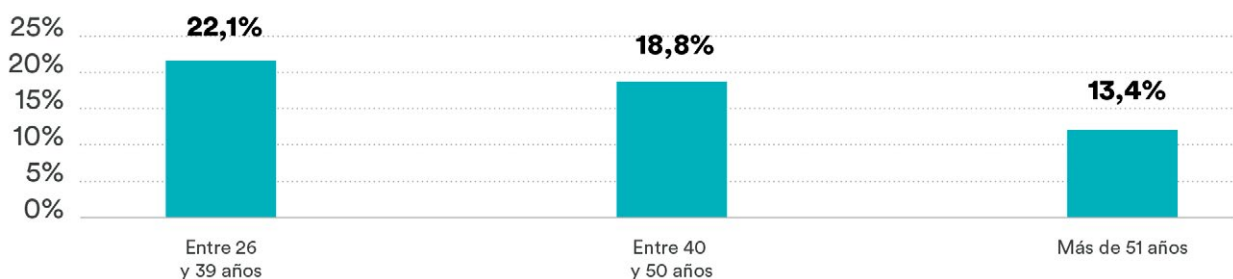
- Pares

Un 18,4% del total de participantes en la encuesta refiere haber vivido alguna situación de acoso sexual por parte de sus pares de trabajo.

En el presente estudio no hay diferencias porcentuales entre mujeres y hombres en referencia al acoso sexual sufrido por parte de compañeros y compañeras. Sería útil indagar a través de un abordaje cualitativo acerca de las experiencias vivenciadas por las personas trabajadoras, e indagar también en determinadas barreras o miedos a la hora de expresar o dejar asentado en un cuestionario este tipo de vivencias. Es posible que determinadas situaciones de acoso sexual, como pueden ser determinados comentarios con connotación sexual, sean naturalizados o pasados por alto. Tal como sostiene la OIT (2017), la salud es un sector que tiende a normalizar las situaciones de violencia y acoso.

En relación a las otras variables sociodemográficas podemos dar cuenta que son los grupos de hasta 39 años quienes sufren más este tipo de acoso sexual, en relación a mayores de 51 años, 22,1% y 13,4% respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6. Acoso sexual de parte de pares según grupo etario

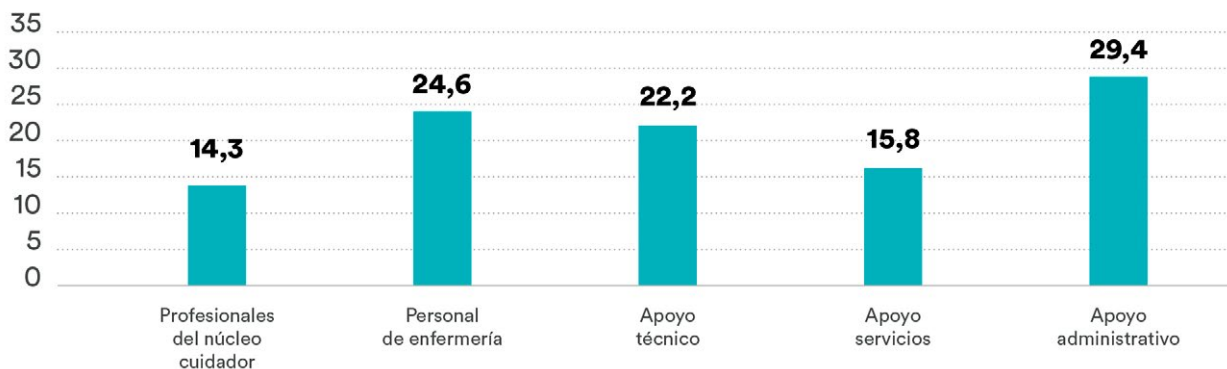


Fuente: elaboración de datos propia.

Siguiendo con el curso de análisis de los apartados anteriores vemos que los grupos más jóvenes ingresan al mercado laboral en condiciones más desfavorables y son mayormente víctimas de los distintos tipos de violencia. En lo que respecta a las condiciones laborales son las personas que realizan más de ocho horas (21,8%), en relación a quienes realizan hasta seis horas (15,8%), quienes sufren mayor acoso sexual por parte de sus pares de trabajo. Por otra parte, quienes trabajan ambos turnos –diurno y nocturno– (21,8%), sufren más acoso sexual por parte de sus pares en comparación a quienes realizan turnos diurnos (15,8%).

En lo que respecta al acoso sexual por parte de sus pares, y al desagregarlo por ocupación, es el personal de apoyo administrativo (29,4%), el de enfermería (24,6%) y el de apoyo técnico (22,4) los que más sufren este tipo de acoso, por encima de la media muestral, seguida por el personal de apoyo servicios (15,8%) y profesionales del núcleo cuidador (14,3%) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Acoso sexual de parte de pares según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

Las organizaciones de salud son complejas, y existen desigualdades y asimetrías de poder entre los equipos de trabajo que no deben ser pasadas por alto. Las malas relaciones laborales, producto de situaciones de acoso, socavan la satisfacción laboral, la motivación y el compromiso con la organización. El acoso sexual por parte de pares daña en primer lugar a la víctima, así como también al proceso de producción del cuidado, a la calidad del trabajo en equipo y a la cooperación y la confianza, dimensiones centrales del trabajo en salud entendido en su dimensión relacional.

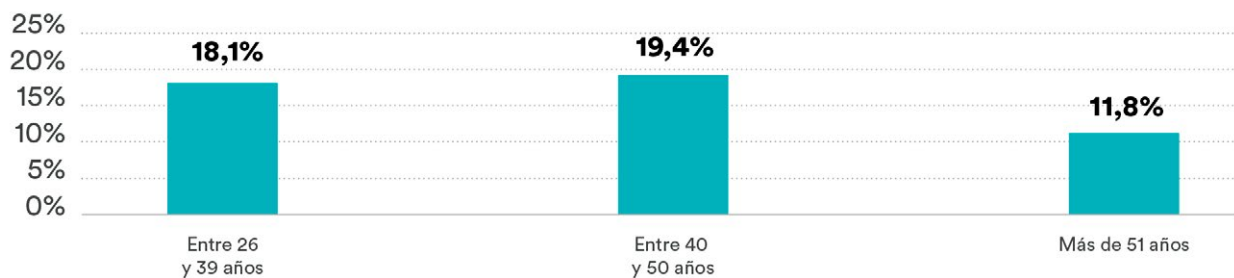
- Superiores

El acoso sexual por parte de superiores es sufrido más por las mujeres que por los hombres con una diferencia de cinco puntos porcentuales (18,1% y 13,3% respectivamente). Un sector feminizado como es el de salud reproduce las desigualdades y jerarquías patriarcales, ya que suelen ser los hombres, aun siendo proporcionalmente menos, los que siguen ocupando posiciones jerárquicas y de poder al interior de las organizaciones. No es posible con la información proporcionada por este estudio analizar las jerarquías al interior del sistema de salud, lo cual sería interesante ahondar en una próxima investigación. El acoso sexual es, por encima de todo, una

manifestación de relaciones de poder. Una de las formas más notorias en que se presenta es el llamado acoso *quid pro quo*, situación en la cual la persona trabajadora es obligada a elegir entre acceder a la demanda sexual o perder algún beneficio que le corresponde por su trabajo. Este acoso entraña un abuso de autoridad (Farías, 2010), que es sufrido especialmente por las mujeres debido a la inequidad de género existente en el sector salud.

El acoso sexual por parte de superiores, además de ser sufrido mayormente por las mujeres, también lo es por trabajadores más jóvenes, 18,1% hasta 39 años y 19,4% en personas entre 40 y 50 años, en comparación con el 11,8% de mayores de 51 años (Gráfico 8). En lo referente a las condiciones de trabajo son los grupos que realizan más de ocho horas (21,8%) quienes más sufren este tipo de acoso, en relación a quienes trabajan hasta seis horas (15,3%) y hasta ocho horas (15,4%). A su vez son las personas que realizan ambos turnos (27%) quienes sufren más en relación a quienes realizan el turno diurno (13%).

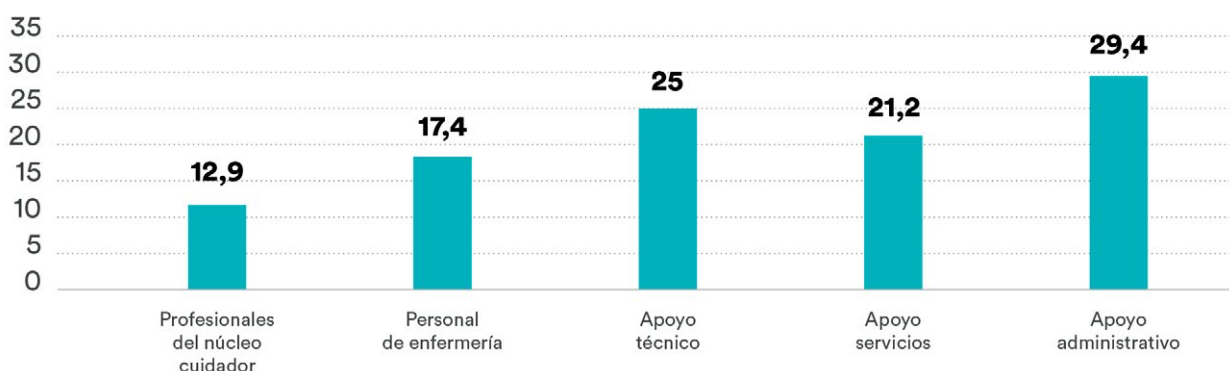
Gráfico 8. Acoso sexual de parte de superiores, según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

Al desagregarlo por ocupación (Gráfico 9) son el personal de apoyo administrativo (29,4%), apoyo técnico (25%) y apoyo servicios (21,1%) quienes sufren más este tipo de acoso sexual, seguido por personal de enfermería (17,4%) y profesionales del núcleo cuidador (12,9%). Por último, son los grupos hospitalarios los que más sufren este tipo de acoso, en relación a quienes integran los grupos de atención primaria (12,5%).

Gráfico 9. Acoso sexual de parte de superiores, según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

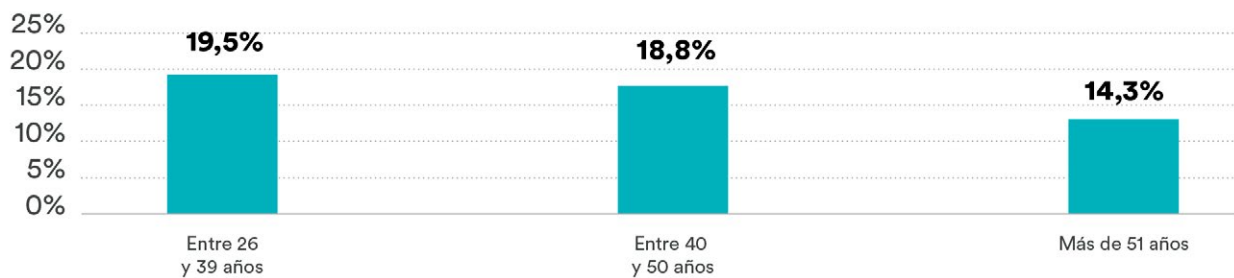
- Terceras personas

El acoso sexual por parte de terceras personas da cuenta de los niveles de violencia que se viven en las organizaciones de salud por parte de pacientes y familiares.

Son las mujeres las que sufren mayormente este acoso, un 18,9% en relación al 14,3% de los hombres. Esto coincide con un estudio realizado en Estados Unidos que indica que el 64,4% de las médicas, en comparación al 44,1% de los médicos, experimentaron acoso sexual por parte de pacientes y/o algunos de sus familiares (Vargas, 2020). Este estudio destaca que las mujeres tienen un riesgo 2,38 veces mayor que los hombres de sufrir acoso por parte de un paciente y/o sus familiares durante una atención de salud.

En lo referente a la edad (Gráfico 10), el 19,5% de menores de 39 años dice haber sufrido alguna situación de acoso sexual por parte de terceras personas, mientras que este número desciende a 14,3% entre mayores de 51 años.

Gráfico 10. Acoso sexual de parte de terceros, según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

Respecto a las dimensiones laborales, son las personas que realizan ambos turnos (20,2%) en relación a las que realizan turno diurno (17,5%) quienes sufrieron más acoso sexual por parte de terceras personas. La precariedad laboral, la inequidad de género y la juventud son aspectos centrales que trazan esta mayor prevalencia del acoso sexual, aspecto también destacado en un estudio realizado por Chappell y Di Martino (1998) para la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Creemos a su vez que la dimensión del cuidado es otro aspecto a tener en cuenta, ya que al interior de los grupos ocupacionales son el personal de enfermería (27,5%) y el de apoyo servicios (31,6%) los que más sufren este acoso sexual. Son particularmente estos grupos ocupacionales quienes tienen un contacto más asiduo y cotidiano con pacientes, y como dijimos anteriormente son los grupos ocupacionales más feminizados. Como sostiene Pérez Orozco (2014) se asocia la femineidad a los trabajos que otorgan menor poder socioeconómico, los trabajos residuales, de cuidados y sostenimiento de la vida. El acoso sexual se asienta en estas desigualdades y produce un deterioro en la salud mental, menor satisfacción laboral, menor sensación de seguridad en el trabajo y mayor rotación en puestos de trabajo en las víctimas.

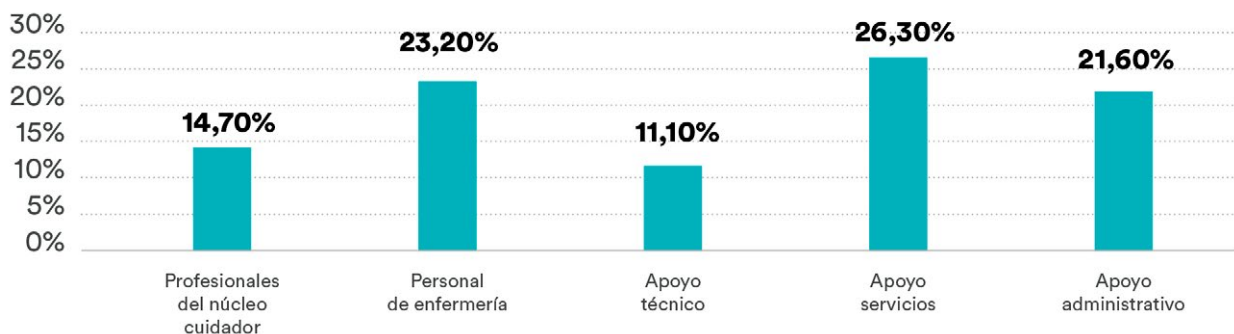
c. Violencia física

La violencia física, de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNDU, 2014), es un acto ejercido por una persona que está en una relación de poder con respecto de otra, infringe o intenta infringir daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de objeto o arma, que pueda provocar o no lesiones externas, internas o ambas. De acuerdo al estudio la prevalencia de violencia física es baja entre pares (12,6%), superiores (12,4%), personas subordinadas (11,3%) y en el caso de la violencia física por parte de terceros, este número asciende al 17,4%. El estudio realizado por la SRT (2020) encontró una prevalencia similar en la población ocupada entrevistada, respecto a la agresión entre pares (11%) y superiores (12,8%), pero una prevalencia mayor en la agresión por parte de clientes, alumnado, pacientes, etc. (25,2%). Este número asciende al 39,6% al considerar solamente a la rama económica de servicios sociales y salud (SRT, 2020).

- Terceras personas

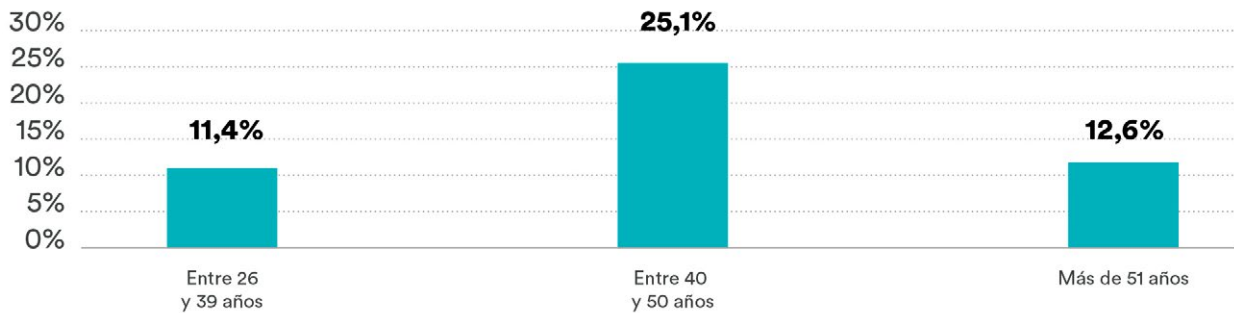
La violencia física por parte de otras personas sucede en mayor medida en trabajadores de entre 40 y 50 años (25,1%) en comparación con el grupo de hasta 39 años (11,4%) y mayores a 51 años (12,6%) (Gráfico 12). En relación a las dimensiones laborales, la violencia física por parte de terceras personas la sufren más quienes realizan ambos turnos (27,9%) en relación a quienes realizan turno diurno (13,7%). Esto guarda relación con el estudio de la SRT (2020) mientras que quienes realizan jornadas de hasta 48 horas semanales sufren alrededor de un 24% de agresión externa, este número asciende al 29,6% entre quienes realizan jornadas de 49 horas semanales o más. Al diferenciar por ocupación es el personal de enfermería (23,2%), el de apoyo servicios (26,3%) y el de apoyo administrativo (21,6%) los que más sufren este tipo de violencia. En el caso de profesionales del núcleo cuidador este número es del 11,7% (Gráfico 11). Al hacer la distinción por género la violencia física es sufrida en igual porcentaje por hombres y mujeres. Es posible que este tipo de violencia se asocie a valores tradicionalmente masculinos como la fuerza, la virilidad o la hombría y que en este sentido se despliegue tanto en hombres como mujeres, considerando que los hombres representan un 21,4% de la muestra total. Por su parte el estudio realizado por la SRT (2020) encontró una diferencia de 3,5 puntos porcentuales a favor de las mujeres respecto a la agresión por parte de clientes, alumnado o pacientes.

Gráfico 11. Violencia física de parte de terceros, según grupo ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

Gráfico 12. Violencia física de parte de terceros, según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

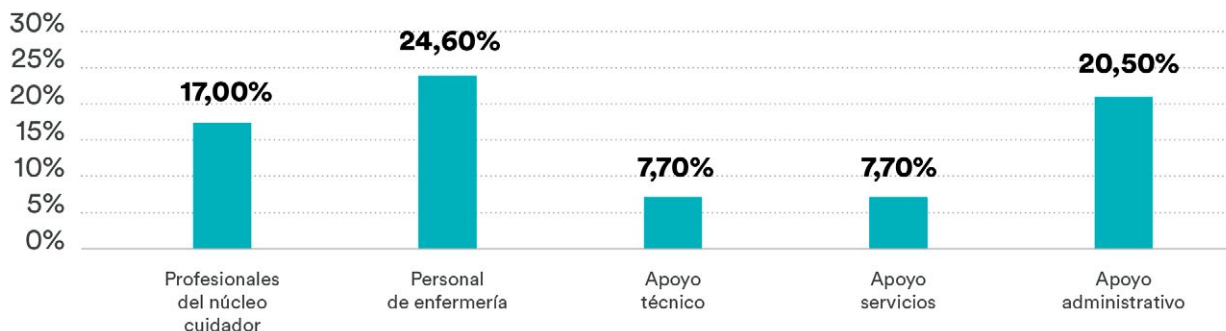
d. Violencia doméstica

Cómo mencionamos anteriormente, la violencia doméstica tiene impacto en el mundo del trabajo, y es en este sentido que es necesario trabajar sobre ella, en pos de su prevención y erradicación. Si comprendemos, gracias a los aportes de la economía feminista, que lo que ocurre en el ámbito doméstico no es algo del orden de lo privado, sino que tiene implicancias en la esfera de la producción, es dable comprender el impacto que tiene la violencia doméstica en el mundo del trabajo. Esto ha sido reconocido por el Convenio 190 de la OIT, que considera que “la violencia doméstica puede afectar al empleo, la productividad, así como la seguridad y salud, y que los gobiernos, las organizaciones de empleadores y de trabajadores y las instituciones del mercado de trabajo pueden contribuir, como parte de otras medidas, a reconocer, afrontar y abordar el impacto de la violencia doméstica” (OIT, 2019).

De acuerdo al estudio el 6,4% de personas trabajadoras dijeron haber sufrido alguna situación de violencia doméstica: 8,2% entre las mujeres y 5,9% en hombres. Al enviar la encuesta a la totalidad del universo, incluyendo hombres y mujeres, los resultados muestran un sesgo ya que la violencia doméstica es un fenómeno vivido especialmente por las mujeres (de acuerdo a la definición compartida y adoptada por la Ley N° 26.485). Llama la atención, y requiere una investigación más profunda, por un lado la posible naturalización de este tipo de violencias por parte de las mujeres o su dificultad en comunicarlo; y por otro lado cuál es el tipo de violencia doméstica que refieren haber vivido los trabajadores varones. Si tomamos como válidas solo las respuestas de las mujeres, el 17,2% del total de trabajadoras refiere haber vivido alguna situación de violencia doméstica, una de cada cinco trabajadoras ha sufrido violencia de este tipo. Creemos que es necesario ahondar y consolidar instrumentos que metodológicamente puedan captar la complejidad del fenómeno de la violencia doméstica y sus repercusiones en el mundo del trabajo. Los análisis realizados a continuación toman como válidas las respuestas de las mujeres trabajadoras.

Respecto a las restantes variables laborales, son las enfermeras (24,6%), el apoyo administrativo (20,5%) y las profesionales del núcleo cuidador (17%), las que sufren violencia doméstica por encima de la media muestral (Gráfico 13). Y a su vez son las trabajadoras con contrato a tiempo determinado (30,8%) quienes más lo sufren en comparación a las personas trabajadoras con contrato permanente (15,4%).

Gráfico 13. Violencia doméstica según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

Si bien pueden observarse clivajes de clase, la violencia doméstica es un fenómeno transversal que afecta a todas las mujeres, independientemente de su nivel educativo, de su edad, e incluso de su ocupación. De las trabajadoras que sufrieron violencia doméstica, el 25% dijo que siempre afectaron su trabajo, el 54,7% dijo a veces, y el 20,3% dijo que nunca afectó su trabajo.

Entre las distintas formas en que la violencia doméstica puede afectar el mundo del trabajo, el 51% de las trabajadoras que sufrieron estas situaciones refiere que empeoró su rendimiento, por otro lado el 49% refiere que empeoraron sus relaciones laborales, así como también solamente el 29,4% refieren haberse ausentado del trabajo.

4. APOYO, DENUNCIAS Y ACCIONAR SINDICAL

El estudio también indaga sobre el modo en que las personas trabajadoras buscan y/o reciben apoyo en el mundo del trabajo frente a cualquiera de las situaciones de violencia y acoso anteriormente descritas. El 83% de quienes sufrieron alguna situación de violencia refieren haberla comentado con alguien en el trabajo. Al hacer la distinción por género son las mujeres más que los hombres las que comentan este tipo de violencias: 84,5% en el caso de ellas y 76,8% en el caso de los hombres (más de diez puntos porcentuales). Esto podría estar reflejando la mayor naturalización de este tipo de situaciones por parte de los hombres y la dificultad en buscar ayuda, tal vez debida a la reproducción de valores típicamente masculinos como la hombría. Es interesante remarcar que son las personas jóvenes las que menormente comentan haber sufrido este tipo de situaciones, mientras que en el grupo de hasta 39 años el valor es del 78,9%. Y este valor sube aún más (89,4%) en mayores a 51 años. A lo largo del análisis realizado es posible observar cómo los grupos jóvenes sufren en mayor medida los diversos tipos de violencia. Sería interesante indagar las mayores trabas que pueden tener quienes recién ingresan al mercado laboral para expresar este tipo de situaciones, tal vez vinculadas a cierta percepción de “derecho de piso” en el sector salud que dificulta la visibilización de violencias sufridas. Otra de las desigualdades que se reproduce al analizar las respuestas de esta variable se vincula a las condiciones contractuales. Mientras que un 83,6% de quienes tienen contrato permanente afirman haber comentado estas situaciones de violencia a alguien en su trabajo, este número desciende al 76,7% en el caso de personas contratadas a tiempo determinado. Otra diferencia porcentual se evidencia respecto al lugar de trabajo. En grupos hospitalarios el 87,4% refiere

haber comentado la situación de violencia y acoso vivida, mientras que este valor desciende al 73,9% entre grupos de atención primaria a la salud.

El 78,2% de quienes sufrieron alguna situación de violencia lo comentaron con sus pares de trabajo, el 39,7% con sus superiores y, en menor medida, el 29,3% con sus representantes sindicales. El apoyo social en el lugar de trabajo se considera una dimensión psicosocial que puede afectar positiva o negativamente la salud de las personas trabajadoras. La posibilidad de relacionarse en el trabajo, más aún en trabajos cuya dimensión relacional es central como el caso del sector salud, y la posibilidad de contar con apoyo por parte de pares y superiores es un factor protector para la salud, en la medida que favorece la estima, el reconocimiento y el trato adecuado. Vivenciar situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, como ya lo venimos delineando, constituye un riesgo para la salud y seguridad de las personas, riesgo que se agrava si el trabajador no puede contar con apoyo para comentar dichas situaciones. Del total de trabajadores de hasta 39 años que comentaron la situación de violencia, el 82,7% lo comentó a sus pares, mientras que en el caso de mayores de 51 años este número baja al 71,2%. Y son los hombres (83,7%) más que las mujeres (76,8%) quienes lo comentan con sus pares de trabajo.

Por su parte, mientras que el 49,2% de las personas mayores de 51 años comentan esta situación a su superior, solo el 30,7% de hasta 39 años lo hacen. A mayor nivel educativo, el porcentaje de trabajadores que refieren hablarlo con sus superiores aumenta. Mientras que el 25% de quienes poseen secundario completo refieren haberlo hecho, este valor asciende al 45,1% entre quienes tienen posgrado completo. La diferencia en relación al tipo de contrato vuelve a aparecer en este aspecto, mientras que el 40,7% de quienes tienen contrato permanente lo comentan con sus superiores, este valor desciende al 30,4% entre quienes tienen contrato a tiempo determinado. A la inversa, quienes tienen contrato a tiempo determinado (82,6%) suelen comentarlo más a sus compañeros de trabajo respecto a quienes tienen contrato permanente (77,9%). Esta desigualdad se vuelve a repetir respecto al representante sindical, el 30,9% de quienes poseen contrato permanente comentan estas situaciones con dicho representante, mientras que solo el 17,4% de quienes tienen contrato a tiempo determinado lo hacen. La relación contractual, en términos de precariedad, permea las posibilidades de comentar las situaciones de violencia y acoso sufridas en el lugar de trabajo; aquellas personas que tienen menor estabilidad pueden ver peligrar su puesto de trabajo, y eso puede convertirse en una traba para actuar frente a la violencia y acoso en el mundo del trabajo.

El 66,8% refiere haber recibido apoyo frente a estas situaciones de violencia, pero solo a un 32,3% le recomendaron hacer una denuncia, y finalmente solo el 21,8% la realizó. Tomando en cuenta el 80% de personas que vivieron algún tipo de situación de violencia o acoso psicológico, sexual, físico o de violencia doméstica, solo uno de cada cinco personas realiza una denuncia formal al respecto. Esto trae aparejado el silencio, la invisibilización y la reproducción no solo de una cultura laboral que admite la violencia y el acoso, sino que la oculta. Si bien contar con el apoyo de pares es un aspecto importante, no debe dejarse de lado la necesidad de que las organizaciones avancen en mecanismos formales que permitan denunciar, visibilizar y reparar las situaciones de violencia vividas por las personas.

Al indagar sobre el tipo de denuncias realizadas el 60% refiere haber concretado una denuncia administrativa, el 30% una denuncia judicial y solo el 44% una denuncia a través del sindicato. Como hemos ido delineando, y cómo veremos a continuación, el rol del sindicato tiene que ser fundamental en este sentido, y una fuente de referencia y apoyo para las personas trabajadoras. De acuerdo al estudio son pocos quienes referencian a sus organizaciones sindicales para enfrentar situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo.

Al preguntar si creen que en su trabajo se implementan medidas para prevenir las distintas formas de violencia y acoso, solo el 15,4% respondió de modo afirmativo. Al indagar acerca del conocimiento que tienen sobre las medidas y/o herramientas de prevención que pone a disposición el sindicato sobre situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, solo el 29,4% dice conocerlas. El sindicato es un actor central que debe velar por la seguridad y bienestar de la población trabajadora al interior de las organizaciones sanitarias, razón por la cual debe ser un referente para las personas trabajadoras ante las situaciones de violencia y acoso vividas.

5. EL SECTOR SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA

La pandemia mundial que actualmente estamos transitando tiene como uno de sus epicentros al sector salud, considerado esencial ya que lleva adelante las tareas de cuidado de pacientes afectados por la COVID-19. En la región latinoamericana en general, y en la Argentina en particular, la pandemia tensó las desigualdades ya existentes en materia de salud y visibilizó las deficiencias de los sistemas de salud afectados por las reformas neoliberales descriptas. En este sentido uno de los colectivos más afectados fueron las personas trabajadoras de la salud quienes se vieron en la tarea de hacer frente a un panorama incierto, en condición de escasez de recursos humanos, falta de insumos, falta de adecuados elementos de protección personal, condiciones laborales precarias, entre otras cuestiones que iremos delineando en el siguiente apartado.

Al igual que en crisis anteriores, no forma parte de las estrategias sanitarias el mejoramiento de las condiciones laborales del personal de la salud para que puedan desempeñar correctamente su labor en un contexto de emergencia. La gran cantidad de personas trabajadoras afectadas por la COVID-19 nos muestra que la tan declamada “esencialidad” no parece coincidir con los cuidados que se le brinda a esta población trabajadora.

En el tema de géneros la situación es mucho más preocupante. La sobrecarga laboral, la falta de equipamiento, los bajos salarios y la falta de acceso a derechos laborales que forman parte de la cotidianeidad de las personas trabajadoras se ve notablemente incrementado ante la crisis sanitaria producto de la pandemia. Las trabajadoras de la salud sufren una carga de trabajo sin precedentes en sistemas sanitarios deficientes, llevados a sus límites y en contextos de alta incertidumbre respecto al fin de la pandemia (ONU Mujeres, 2020). A su vez, la falta de políticas públicas con perspectiva de géneros y cuidados aumenta aún más las características de vulnerabilidad de mujeres, jóvenes y diversidad en una actividad que reproduce, por su feminización, al patriarcado y la división sexual del trabajo. La pandemia no solo incrementó la jornada laboral, sino también trajo como consecuencia una mayor carga de trabajo no remunerado en el hogar. En la Argentina las decisiones tomadas a lo largo del

2020 no tuvieron la perspectiva de géneros necesaria para evitar el aumento de las desigualdades entre mujeres, diversidades y hombres. En salud esas desigualdades impactaron más fuertemente. El carácter de “esencialidad” impactó en licencias por cuidados, por embarazo, por comorbilidades donde su otorgamiento fue producto más de la acción sindical, colectiva local y regional, que por políticas públicas de derechos. De acuerdo a la OIT (2020) las medidas de distanciamiento y confinamiento, al alentar a las personas a permanecer en sus casas y trabajar desde ahí cuando es posible, aumentan la probabilidad de violencia doméstica, en particular contra las mujeres. La experiencia de epidemias anteriores (por ejemplo, de Ébola y de Zika) muestra que la violencia contra la mujer tiende a aumentar en situaciones en que se ha restringido el movimiento (OIT, 2020).

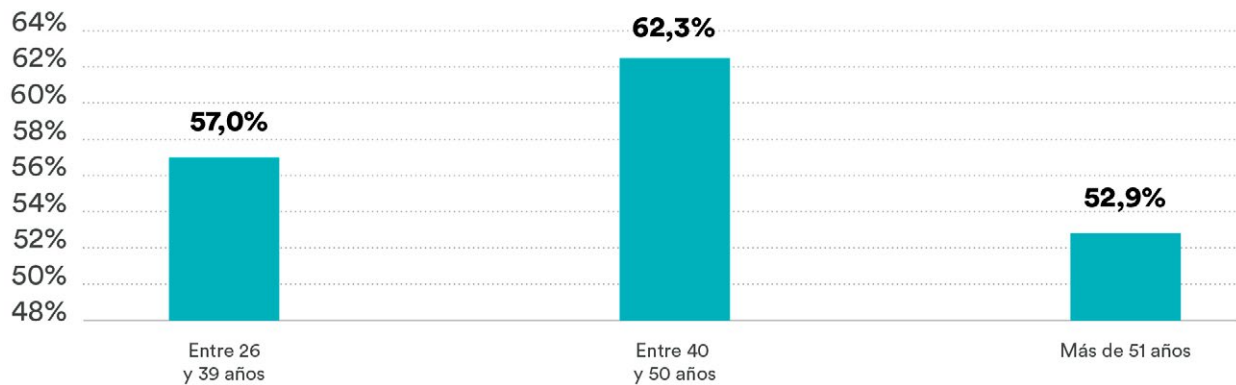
a. Aumento de la violencia

Cuando una persona percibe que las exigencias en su trabajo superan su posibilidad o disponibilidad de recursos para afrontarlas puede desencadenar como respuesta al estrés, reacciones físicas, mentales y emocionales (OIT, 2020). El estrés puede llegar a conducir a la frustración y a la ira, y ser desencadenante de situaciones de violencia y acoso (Chappel y Di Martino, 2006). De esta forma, los riesgos psicosociales a los que las personas trabajadoras se han visto expuestas durante la pandemia por el contexto de exigencia e incertidumbre en el que tuvieron que desarrollar sus tareas laborales son factores que han contribuido al aumento de la violencia en el lugar de trabajo. De modo que las personas que trabajan en entornos laborales estresantes tienen muchas más probabilidades de sufrir violencia y acoso en el lugar de trabajo (Eurofound, 2015).

El 58,2% del universo relevado en este estudio refiere un aumento de la violencia en su lugar de trabajo en situación de pandemia. Lo dicho anteriormente ayuda a comprender que, si bien puede haber grupos particulares que experimenten en mayor medida situaciones de violencia y acoso, es toda la organización del trabajo la que absorbe de diferentes maneras ese clima de mayor estrés y hostilidad. Este aumento de violencia fue vivenciado mayormente por los grupos más jóvenes. Quienes más percibieron el aumento de la violencia fueron los grupos de entre 40 y 50 años (62,3%), seguido por el 57% de personas hasta 39 años, y finalmente el 52,9% de mayores a 51 años percibió un aumento de la violencia (Gráfico 14).

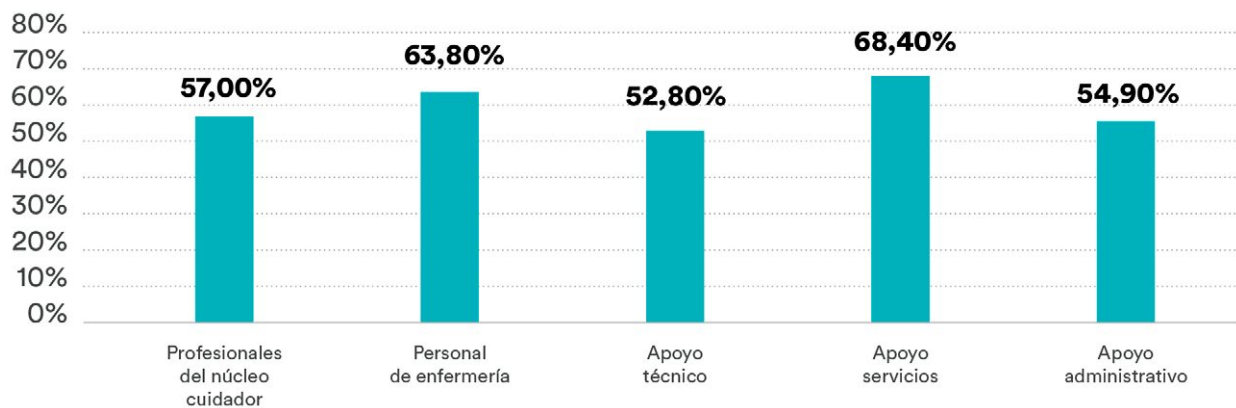
Esto puede deberse a que la población mayor de 60 años, considerada de riesgo, pudo haberse tomado licencia o realizar otro tipo de tareas que no impliquen su presencia en la organización de trabajo. En contraposición, fueron mayormente las personas jóvenes quienes hicieron frente a la situación pandémica, por no ser personal de riesgo. La percepción sobre el aumento de violencia fue mayor en grupos de apoyo servicio (68,4%), y en personal de enfermería (63,8%) respecto a otros grupos ocupacionales (Gráfico 15).

Gráfico 14. Aumento de violencia durante la pandemia según grupo etario



Fuente: elaboración de datos propia.

Gráfico 15. Aumento de violencia durante la pandemia según categoría ocupacional



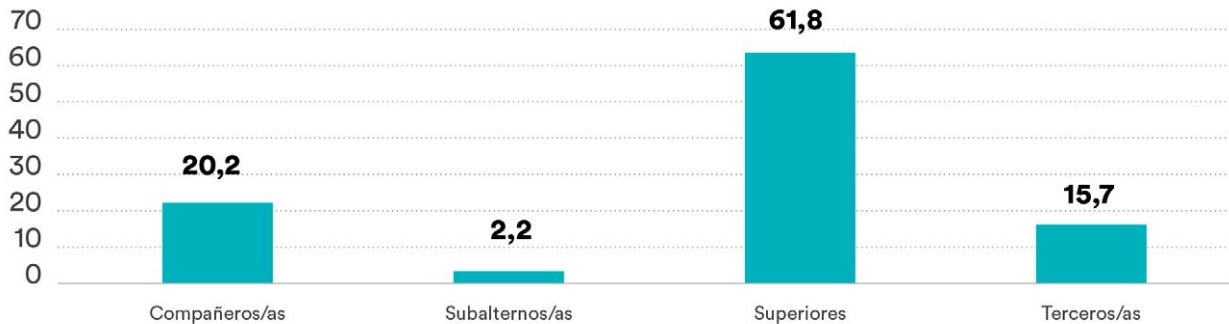
Fuente: elaboración de datos propia.

Si bien no pudimos observar una diferencia porcentual consistente respecto a hombres y mujeres, el sector salud es un trabajo feminizado, –78% del universo encuestado son mujeres– y el aumento de violencia en contextos de pandemia repercute fuertemente en este colectivo de trabajadoras. Sería interesante analizar las dinámicas de violencia al interior de las organizaciones asistenciales, para intentar dar cuenta cómo en contextos de fuerte incertidumbre, con falta de recursos humanos e insumos para hacerle frente, se pueden disparar situaciones de estrés y tensión nerviosa que fomentan situaciones de violencia y acoso, donde son mayormente las mujeres las que sufren este tipo de situaciones por parte de sus compañeros o superiores hombres.

El 61,8% refiere que este aumento de violencia viene de parte de sus superiores, la violencia muestra aquí que se da ante todo en situaciones desiguales de jerarquías y poder (Gráfico 16). Al desagregar por ocupación es el personal de apoyo servicios (92,3%), el de apoyo técnico (78,9%) y el de enfermería (72,7%) quienes más refieren a los superiores como origen de este aumento de la violencia. Al mismo tiempo los jóvenes, de hasta 39 años (66%) también identifican a los superiores como causante de situaciones de violencia, respecto a los grupos mayores a 51 años (50,8%). Y por categoría de formación son las personas trabajadoras de menor ni-

vel educativo, hasta secundario completo (71,4%), frente a quienes poseen posgrado completo (55,6%), quienes más refieren esta problemática.

Gráfico 16. Origen del aumento de la violencia durante la pandemia



Fuente: elaboración de datos propia.

Respecto a considerar el aumento de la violencia asociada a los pares laborales, el grupo de jóvenes de hasta 39 años (20,2% de la muestra) lo identifica menos que las personas mayores de 51 años (15,3% y 30,2% respectivamente). De modo contrario, quienes tienen contrato a tiempo determinado registraron en mayor medida a sus pares como origen del aumento de la violencia en comparación a aquellos que tienen contrato permanente (25,9% y 19,7% respectivamente). Como iremos delineando son las desigualdades e inequidades previas a la pandemia, tal como pudimos analizar en el anterior apartado respecto a jóvenes y a quienes tienen contratos a tiempo determinado, los grupos que parecieran ser base para el aumento de la violencia durante la pandemia. Por último, el 21% de las trabajadoras mujeres mencionaron a sus pares como origen del aumento de la violencia, en comparación al 17,7% de los trabajadores hombres.

El 15,8% de quienes participaron del estudio refirió que ese aumento de violencia venía por parte de terceras personas. No se evidenciaron diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas y laborales.

b. Modificación de las condiciones de trabajo

Por la aplicación de protocolos de atención, la utilización de elementos de protección personal, el establecimiento de licencias y el cambio rotundo que implicó a nivel general en el proceso de trabajo, la modificación de las condiciones de trabajo en el sector salud fue una de las características sobresalientes de la pandemia a la que tuvo que adaptarse el personal de la salud. Estos cambios conforman un panorama de exigencias físicas, mentales y emocionales que contribuyen a aumentar el estrés, y por ende las situaciones de violencia y acoso laboral.

El 89,1% del universo relevado refirió cambios en sus condiciones de trabajo a partir de la pandemia. Entre las modificaciones en las condiciones de trabajo, el 64,1% señaló sufrir cambios en su horario habitual, el 31,2% vio aumentada la carga horaria laboral, y el 32,7% tuvo que trasladarse a otros lugares o dependencias.

Mientras que el 80% de las personas con contrato a tiempo determinado señalaron haber sufrido cambios en su horario habitual, este valor se reduce en veinte puntos porcentuales para quienes tienen contrato permanente (62,4%). También hay una diferencia de nueve puntos porcentuales si se mide por personal con diferente carga horaria: 30,5% quienes tienen contrato permanente y 39% quienes tienen contrato a tiempo determinado. Y por último en relación al traslado a otros lugares o dependencias, la problemática es señalada por el 30,5% de quienes tienen contrato permanente frente al 53,7% de quienes poseen contrato a tiempo determinado.

Es interesante marcar el sesgo asistencial a la hora de analizar las modificaciones en las condiciones de trabajo. Es el núcleo cuidador quienes están en la primera línea de atención a pacientes, como los grupos de cuidado y enfermería, al que se suele priorizar frente a los cambios en las condiciones de trabajo que impone la pandemia. Sin embargo, la COVID-19 afecta por igual a todas las personas que desempeñan sus tareas en una organización sanitaria.

- **Licencias**

En el transcurso de la pandemia se establecieron diversas licencias para el personal de salud considerado de riesgo, licencias por persona gestante, por enfermedad preexistente, y por contar con más de 60 años. Sin embargo, y de acuerdo a los datos que brinda este estudio, solo la mitad refirieron que en su lugar de trabajo se establecieron estas licencias (y el 15% refirió que las licencias implicaban descuentos en su salario normal). El establecimiento de licencias forma parte de los derechos laborales, derechos que son vulnerados en un contexto de emergencia como es la actual pandemia. Que solo uno de cada dos trabajadores refiera que en su organización se han dado licencias refleja las deficiencias de los sistemas de salud de la región, la escasez de recursos humanos y la falta de protección hacia los mismos. El incumplimiento respecto a las licencias repercute fuertemente en las trabajadoras de la salud ya que son las que mayormente se ocupan de las tareas de cuidado del hogar (infantes y mayores) y al no disponer de estas excepciones se sobrecargan sus tareas.

- *Elementos de protección personal*

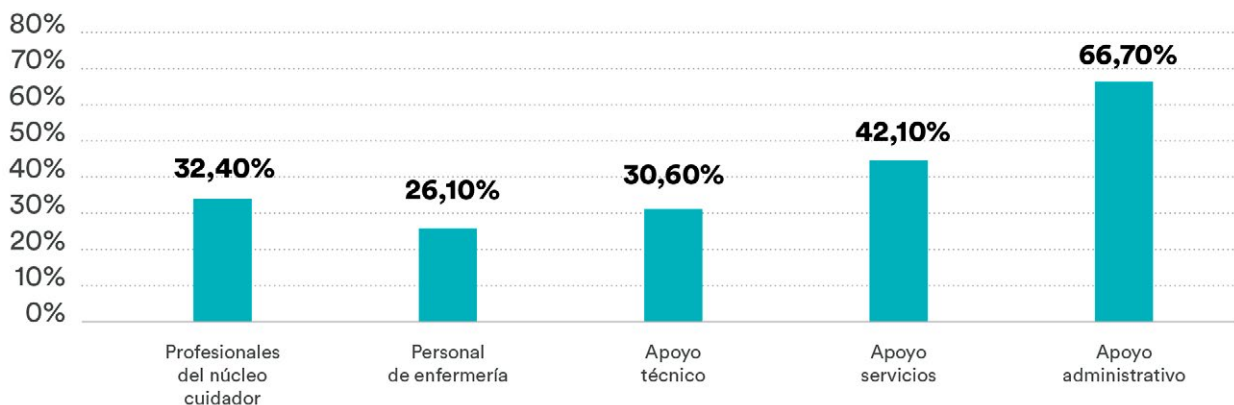
Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (2010) pone de manifiesto que el diseño y mantenimiento de los equipos y las instalaciones de trabajo, así como la exposición a agentes peligrosos, puede desencadenar procesos de estrés o tensión nerviosa y afectar la salud psicológica y física de las personas. El entorno físico también puede incrementar el riesgo de violencia y acoso en el lugar de trabajo. La disponibilidad de elementos de protección personal es clave en este sentido.

El 36,2% refirió no contar con elementos de protección personal y elementos necesarios para afrontar la pandemia. Mientras que el 54,3% de quienes tienen secundario completo no cuentan con elementos de protección personal, este número desciende al 30,3% en el caso de personas con posgrado completo. Al desagregarlo por ocupación, el 42,1% del personal de apoyo servicio y el 66,7% del de apoyo administrativo no cuentan con elementos de protección personal, mientras que estos números descienden al 26,1% en el caso del personal de enfermería, 32,4% en profesionales del grupo cuidador y a 30,6% para personal de apoyo técnico (Gráfico 17). Es importante

tener en cuenta a la hora de analizar la disponibilidad de elementos de protección personal por ocupación que las categorías tienen diferentes riesgos de exposición. Razón por la cual, aunque toda persona trabajadora necesite elementos de protección personal, la protección de que proporcionan estos elementos variará de acuerdo al riesgo al cual se exponen quienes los utilizan.

Esto condice, en cierta medida, con las percepciones sobre las modificaciones en las condiciones de trabajo, y pone de manifiesto que a determinados grupos ocupacionales con menor peso y reconocimiento dentro de la organización sanitaria (apoyo servicios, por ejemplo) no se los provee de los mismos elementos de protección personal que a profesionales del núcleo cuidador y personal de enfermería, generando una priorización y una segregación al interior del sector salud. Aun considerando los riesgos de infección específicos de cada grupo ocupacional de acuerdo a su proceso de trabajo, las personas deben tener los elementos de protección personal necesarios para evitar los contagios tanto en relación a la atención directa a pacientes, como el contagio horizontal entre pares.

Gráfico 17. Porcentaje de trabajadores que no cuentan con elementos de protección personal según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

- **Seguro de riesgos del trabajo**

El 19,8% refirió no tener seguro de riesgos en su trabajo. El 43,8% de quienes tienen contrato a tiempo determinado refirió no tener seguro de riesgos del trabajo, en comparación al 16,9% de personal con contrato permanente. Al desagregarlo por ocupación, el personal de enfermería es el que menos cuenta con un seguro de riesgos, con una diferencia porcentual de cinco puntos en relación a profesionales del núcleo cuidador.

- **Capacitación**

Uno de cada dos personas refiere no haber contado con la capacitación necesaria para los requerimientos de la pandemia. Respecto a las variables sociodemográficas son las personas trabajadoras de menor nivel educativo quienes refieren mayormente no haber contado con capacitación en relación a los de mayor nivel educativo, con una diferencia de dieciséis puntos

porcentuales entre quienes poseen secundario completo y quienes tienen posgrado completo. En relación a los grupos etarios, mientras que el 43,7% de personas mayores a 51 años refiere no haber tenido la capacitación necesaria, este valor asciende al 50,3% en el caso de grupos con hasta 39 años (los que más expuestos estuvieron a la pandemia). Al desagregarlo por ocupación son las personas del grupo de apoyo administrativo quienes refieren mayor falta de capacitación, un 72,5%, veinticinco puntos porcentuales por encima de la media muestral. Por último, mientras que el 54,4% del grupo de atención primaria refiere no haber contado con capacitación, en el caso de las organizaciones hospitalarias este porcentaje es del 44,1%.

- **Protocolos**

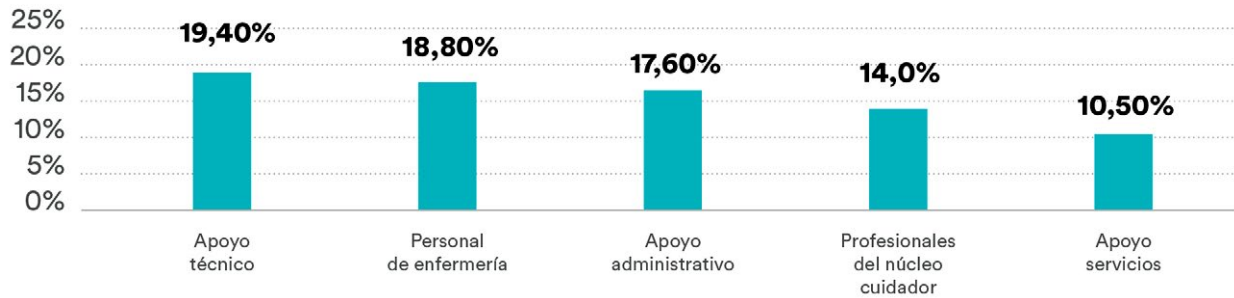
El 24,2% refiere que no hay protocolos y/o procedimientos de atención en su sector de trabajo. Nuevamente son las personas trabajadoras del grupo de apoyo administrativo las más afectadas por la falta de protocolos (47%). El nivel educativo es también en este caso una variable relevante en relación a los protocolos, mientras que solo el 17,9% de las personas trabajadoras con posgrado completo refieren falta de protocolos, este valor asciende al 45,7% entre quienes poseen secundario completo. También es dable dar cuenta de la diferencia de tres puntos porcentuales que surge si se compara a quienes tienen contrato a tiempo determinado (27,1%) y quienes tienen contrato permanente (24%). Si bien la diferencia no es tan acentuada como en otros aspectos, la suma de inequidades conforma un perfil de precariedad que es necesario remarcar. Por último, mientras que un 27,9% del personal de atención primaria refiere no contar con protocolos, en el caso de las organizaciones hospitalarias este porcentaje desciende al 22,5%.

- **Enfermar por COVID-19**

De acuerdo a los datos informados por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica (2021), la Argentina cuenta al 31 de marzo del 2021 con 79.806 personas trabajadoras de la salud que contrajeron la COVID-19 desde que comenzó la pandemia, representando el 3,4% del total de casos confirmados en el país. El 66,8% de casos confirmados corresponde a trabajadoras de la salud (en el resto de la población general es del 50,3%) y la media de edad es de 39 años. Las personas trabajadoras de la salud contabilizan un total de 472 personas fallecidas, lo que representan el 0,9% de las muertes ocasionadas por la COVID-19. Del total de fallecidos, el 48,1% corresponde a menores de 60 años y el 60,8% a trabajadores hombres (DNE, 2021).

Si se desagrega por grupos ocupacionales, del 15,3% que refiere haberse enfermado con la COVID-19, tenemos 19,4% de apoyo técnico, 18,8% de personal de enfermería, 17,6% del personal administrativo, 14% de profesionales del núcleo cuidador, y 10,5% del apoyo servicios lo contrajo (Gráfico 18).

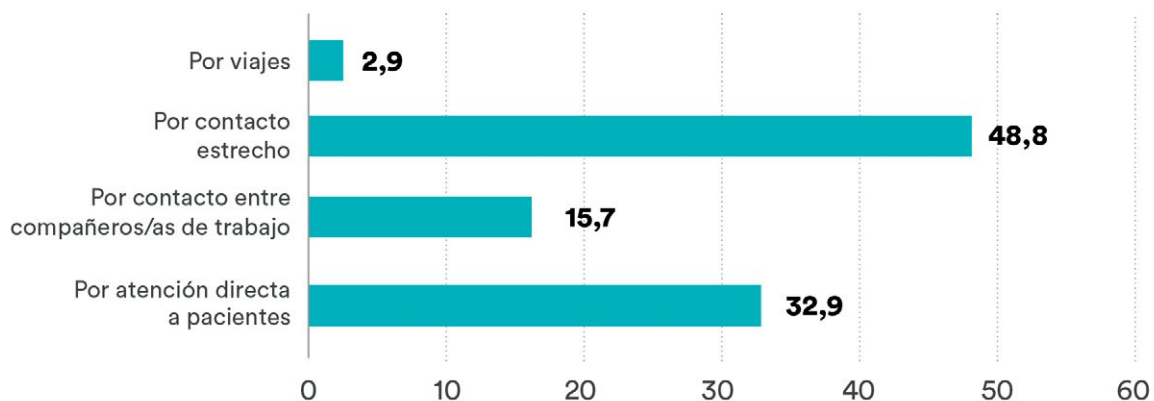
Gráfico 18. Porcentaje de trabajadores que enfermaron por la COVID-19 según categoría ocupacional



Fuente: elaboración de datos propia.

Al indagar sobre las formas en que estas personas se contagiaron (9), el 32,9% refiere por la atención a pacientes y el 15,7% por el contacto con sus pares. Respecto al primer tipo de contagio, son los grupos del personal de enfermería (46,2%) y profesionales del núcleo cuidador (39,5%), quienes más refieren este tipo de contagio. Respecto al contagio por contacto entre pares, es el personal de enfermería (30,8%) el grupo que más refiere este tipo de contagio. Prácticamente la totalidad del universo encuestado (93%) dice conocer a algún compañero o compañera que contrajo la COVID-19, mientras que el 30,5% conoce a alguna persona de su entorno laboral que falleció por la enfermedad.

Gráfico 19. Causas de contagio por la COVID-19



Fuente: elaboración de datos propia.

c. Pandemia, violencia y acoso: un círculo vicioso

Como sostienen Chappel y Di Martino, (2006) los riesgos psicosociales que causan el estrés son factores que contribuyen a la violencia en el lugar de trabajo. Y muchos estudios muestran la existencia de un círculo vicioso de riesgos psicosociales que conducen a la violencia y el acoso y seguidamente de nuevo a riesgos psicosociales (Azzi, 2017). Como pudimos observar a través del estudio, las personas trabajadoras reconocen un aumento de la violencia durante la pandemia. Lo que nos interesa ahora indagar es si ese aumento guarda relación con las si-

tuaciones de violencia y acoso psicológico, sexual y de violencia física experimentadas por las personas encuestadas.

El 58,2% refiere un aumento de la violencia durante la pandemia, al cruzarlo con acoso psicológico podemos ver que el 68% de quienes sufren acoso psicológico refiere ese aumento de violencia, mientras que solo el 20% de quienes no sufrieron acoso psicológico lo refiere. Al analizar el aumento de violencia en relación al acoso sexual podemos determinar que, mientras que el 69,4% de quienes sufrieron acoso sexual por parte de sus pares refiere un aumento de violencia, ese número desciende al 55,6% en el caso de quienes no sufrieron acoso sexual por parte de compañeros o compañeras. Por su parte, el 69,5% de quienes sufrieron acoso sexual por parte de terceras personas refiere un aumento de dicha violencia, en comparación al 55,7% que no sufrió acoso sexual por parte de terceras personas. En el caso del acoso sexual por parte de superiores, el 74,4% de quienes sufrieron este acoso refiere un aumento de violencia, en comparación al 54,9% de quienes no sufrieron este tipo de acoso. En lo que refiere a quienes sufrieron violencia física por parte de terceras personas, el 77,5% refiere un aumento de violencia durante la pandemia, mientras que el 54,1% de quienes no sufrieron este tipo de violencia refiere un aumento de violencia.

Lo que se pone de manifiesto es que el aumento de la violencia registrado en las organizaciones sanitarias durante la pandemia impacta más en aquellas personas que ya sufrían situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN SINDICAL

La violencia y el acoso en el mundo del trabajo no refieren a situaciones aisladas o individuales, sino que son avaladas y reproducidas por la propia organización del trabajo. Pese a las altas prevalencias que pudimos observar en el estudio, –casi el 80% de los participantes encuestados refieren haber vivido alguna situación de acoso psicológico– también es necesario estar alerta frente a la normalización de la violencia y el acoso en los lugares de trabajo. Esta normalización refiere a situaciones en las que estas circunstancias ocurren con tanta frecuencia que llegan a considerarse como un aspecto cotidiano e incuestionable del trabajo. La atención a la salud, de acuerdo a la OIT, (2017) es uno de los sectores donde se ha observado esta normalización. Creemos que la dificultad para comentar este tipo de situaciones puede ser un sesgo para el este estudio, y que probablemente se sigan requiriendo más indagaciones, para no quedarnos solamente con la punta del iceberg.

A través de la exposición de los resultados pudimos evidenciar que la violencia y el acoso psicológico, sexual, físico y la violencia doméstica, afectan principalmente a los grupos más jóvenes, a quienes tienen contrato a tiempo determinado, a quienes realizan doble turno y a quienes trabajan más horas por día. Sería erróneo considerar que profesionales del núcleo cuidador no sufren situaciones de violencia y acoso, y que no han estado expuestos al aumento de esta problemática. No debemos olvidar que para estos grupos los cambios significaron, entre otras cosas, trabajar en condiciones de emergencia sanitaria, con prevalencias altas en todos los grupos ocupacionales. Sin embargo, al destacar las dimensiones mencionadas con anterioridad, creemos que se conforma un crisol en donde determinadas personas trabajadoras que se in-

sertan en el sector salud, en condiciones desiguales y de precariedad laboral, terminan siendo mayormente víctima de situaciones de violencia y acoso, reflejando las asimetrías de poder que existen en el interior de las organizaciones sanitarias.

De acuerdo a la OIT (2018) los grupos jóvenes pueden tener menor comprensión del alcance de sus derechos en el lugar de trabajo, y la cultura de la organización del trabajo puede hacer que duden a la hora de hablar de los que les ocurre, ya sea por falta de experiencia o por la naturaleza más precaria de su empleo. Quienes poseen menor formación, aquellas personas que registran mayores niveles de inseguridad en el empleo (en relación a la estabilidad y al desarrollo de una carrera laboral), y quienes poseen menos autonomía y control sobre su trabajo y niveles de protección social menores, se encuentran particularmente en situaciones vulnerables a la violencia y el acoso (OIT,2020).

Es necesario destacar que son las mujeres las que sufren situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, entre otras cosas, por las relaciones desiguales de géneros que reproducen las organizaciones laborales. Ya dimos cuenta que la feminización del sector salud no es sinónimo de equidad de género, y que es necesario luchar para que la inserción de las mujeres en el sector salud se produzca en condiciones de trabajo decente, de equidad e igualdad de oportunidades.

En el contexto de emergencia sanitaria la falta de elementos de protección personal, de licencias, de seguro de riesgos del trabajo y de la capacitación necesaria para enfrentar los requerimientos de la pandemia fue una constante del sector salud que repercutió en toda la organización sanitaria. Los sectores más afectados fueron, también en estos casos, grupos jóvenes, quienes poseen menores credenciales educativas y personas trabajadoras con contrato a tiempo determinado. También pudo observarse particularmente una segregación en la provisión de elementos de protección personal en el sector de apoyo servicios y en el apoyo administrativo, lo cual habla de las inequidades al interior de la organización sanitaria. En el contexto de emergencia sanitaria uno de cada dos trabajadores registró aumento de las violencias. Y como también pudimos reflexionar, este aumento de la violencia fue registrado sobre todo por personas trabajadoras que ya sufrían situaciones de violencia y acoso psicológico, físico o sexual, previos a la pandemia. No solo se vuelve necesario, de manera urgente, la provisión de todos los elementos de protección personal, el cumplimiento de los protocolos y el respeto a los derechos laborales del personal de la salud en el actual contexto de emergencia sanitaria, sino que es necesario atender al hecho de que la violencia y el acoso en el mundo del trabajo están fuertemente ligadas a las desigualdades e inequidades de género y a la precarización del sector.

Sugerencias para la puesta en marcha de un proceso de cambio con perspectiva de géneros en la FESPROSA

Como lo hemos evidenciado en este estudio la violencia y el acoso en el mundo del trabajo no refieren a situaciones aisladas o individuales, sino que son avaladas y reproducidas por la propia organización del trabajo. En ese sentido, las organizaciones sindicales son actores sociales centrales en la prevención y erradicación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. La FESPROSA ha manifestado un compromiso decidido respecto a las políticas de prevención, erradicación de la violencia y acoso por razones de géneros, etnia, clase, raza, religión y/o

edad. También ha llevado adelante la promoción de acciones tendientes a generar espacios libres de violencia y acoso hacia mujeres, lesbianas, travestis y personas transgénero, así como la promoción de políticas que permitan garantizar la igualdad de oportunidades para todos los géneros. Es parte de sus desafíos y objetivos políticos, reducir las brechas existentes en materia de derechos en el mundo del trabajo y prevenir situaciones de violencia, acoso y discriminación que atenten a la integridad de las personas.

Al abordar integralmente la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, el Convenio 190 aporta elementos para limitar la reproducción de las asimetrías y desigualdades existentes en las relaciones que allí se establecen. Permite contar con mecanismos para tratar las violencias de manera integral, tanto las que enfrentan a personas empleadoras con trabajadoras, como aquellas que forman parte de las relaciones de dominación social que trascienden el mundo del trabajo. Argentina ya ratificó el Convenio 190, el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 27.580, el 11 de noviembre de 2020 a tales fines y fue depositada en Ginebra el 23 febrero de este año.

La FESPROSA considera necesario trabajar y accionar colectivamente en el plano histórico, social, político y cultural, dimensiones todas en la que interviene el sindicato. Sus acciones en este sentido van dirigidas tanto a la defensa de los derechos de sus trabajadores y trabajadoras como a la transformación hacia el interior de las propias organizaciones sindicales. En este sentido la FESPROSA propone líneas de acción, sensibles a las cuestiones de géneros, necesarias para un proceso de cambio. Para ello el Estado Nacional deberá garantizar:

- **La negociación colectiva y la libertad sindical** como ejes centrales ejecutores para prevenir y erradicar la violencia y el acoso. Los Estados deberían velar por que las personas trabajadoras y empleadoras, incluidos los distintos sectores de trabajo, ocupaciones y modalidades de trabajo más expuestas a la violencia y el acoso, disfruten plenamente del derecho efectivo a la negociación colectiva (OIT87), la libertad sindical y la protección del derecho a la sindicalización (OIT 98).
- **El diálogo social entre personas empleadoras y trabajadoras.** Es un instrumento eficaz para reforzar la protección de la salud y el bienestar físico y mental de las personas y para prevenir y eliminar la violencia y el acoso en el trabajo.
- **Los mecanismos de aplicación, seguimiento y evaluación de la violencia doméstica y su impacto en el mundo del trabajo, los cuales deberán:**
 - Reconocer la violencia doméstica y su impacto en el mundo del trabajo.
 - Garantizar accesos a recursos y reparación a las víctimas.
 - Proteger la privacidad y la confidencialidad de las víctimas.
 - Prever sanciones.
 - Protección a víctimas, querellantes, testigos e informantes.

Por otro lado, tanto los gobiernos como quienes emplean deberán:

- **Proteger y prevenir la violencia y el acoso en el mundo del trabajo** adoptando (y adaptando en el caso de ser necesario) la legislación vigente que defina y prohíba la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. Para ello se debe tener en cuenta los instrumentos de la OIT, como el Convenio 100 y la Recomendación 90 sobre igualdad de remuneración, los convenios 155 y 161 sobre Trabajo Decente y Seguridad Social y riesgos del trabajo, el Convenio 111 y la Recomendación 111 sobre la discriminación en el empleo. También las disposiciones de salud y seguridad en el trabajo sobre violencia y acoso contenidas en la legislación y las políticas nacionales deberían tener en cuenta los instrumentos de la OIT. Es fundamental abordar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, adaptando, modificando o creando normativas nacionales que se ajusten a elaborar un marco jurídico eficaz para prevenir, abordar y subsanar, la violencia y las normas internacionales del trabajo y de los derechos humanos.
- **Promover comisiones mixtas o comités paritarios de salud y seguridad en el trabajo, con plena participación de los grupos trabajadores.** Modificar la legislación existente si fuera necesaria e incorporar los factores de riesgo psicosociales dentro del conjunto de elementos que aumentan la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.
- **Establecer mecanismos de identificación de “peligros”,** así como brindar la capacitación e Información necesarias.

Además de solicitar el cumplimiento de lo antedicho por parte de las personas empleadoras y los gobiernos de turno, al interior de la federación la FESPROSA deberá impulsar políticas activas de prevención de la violencia y acoso en el mundo del trabajo para grupo de trabajadores y personas afiliadas. Tomando los resultados de la encuesta se vuelve necesario promover la elaboración de implementación de estrategias sostenidas para abordar la violencia y el acoso con perspectiva de géneros y hacia los grupos más vulnerables a situaciones de violencia y acoso en el sector salud. Para el cumplimiento de estos objetivos es prioritaria la libertad sindical y la libre participación respecto a los convenios colectivos, paritarias, negociaciones formales o informales con el funcionariado público, haciendo eje en:

1) Políticas tendientes a buscar la desprecariación laboral del sector. A través de los resultados de la encuesta expuesta en este estudio fue posible ver que las personas con contrato a tiempo determinado tienen mayores prevalencias de acoso psicológico, acoso psicológico por razones ideológico/políticas y de clase/contrato, y a su vez son quienes menos expresan las situaciones de violencia y acoso vivenciadas y quienes menos lo comentan frente al representante sindical. Por otra parte, quienes cumplen jornadas de más de ocho horas o doble turno también tienen mayor prevalencia de acoso psicológico, acoso psicológico por razones de clase/contrato, acoso sexual por parte de pares, superiores o terceras personas, y violencia física por parte de terceras personas. Esto pone de manifiesto la necesidad trabajar en medidas que contrarresten tanto las modalidades precarias de contratación como la extensión de las jornadas laborales. Es necesario trabajar por una igual remuneración por tareas de igual valor, la mejora de los salarios existentes y la estabilidad laboral, de modo de desalentar el pluriempleo. Priorizando también a mujeres, diversidades y jóvenes.

2) Políticas tendientes hacia los sectores jóvenes. De acuerdo a los resultados del estudio los grupos jóvenes presentaron mayores prevalencias de acoso psicológico, acoso sexual, violencia física y peores percepciones respecto al aumento de la violencia durante la pandemia y los cambios en las condiciones de trabajo. Como fue comentado, esto delinea una pauta presente en la región latinoamericana de las últimas décadas, tal como es la mayor vulnerabilidad de jóvenes a la hora de ingresar al mercado laboral, lo que puede traer aparejado la mayor prevalencia de situaciones de violencia y acoso psicológico. Es necesario trabajar activamente en políticas que disminuyan estas prevalencias. Se vuelve necesario comprender que todas las ocupaciones son igualmente necesarias para la producción del cuidado en salud y la atención de los riesgos asociados. Y también que todas las personas trabajadoras necesitan elementos de protección personal y capacitaciones para enfrentar los requerimientos de la pandemia.

3) Políticas orientadas a todos los grupos ocupacionales. Tal como puso de manifiesto el estudio, hay grupos ocupacionales en condiciones de mayor vulnerabilidad. Es el caso del personal de apoyo servicios o apoyo administrativo, grupos que cuentan con menores credenciales educativas, y donde la mayoría son trabajadoras mujeres que tienen mayores prevalencias de violencia y acoso.

4) Fomentar el crecimiento y perspectivas de mejoras con un enfoque de géneros. El Convenio 190 y la Recomendación 206 reconocen la existencia de “relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”. A través del presente estudio hemos podido observar que las mujeres sufren más acoso psicológico y más acoso sexual por parte de superiores y terceras personas en comparación a los trabajadores hombres. Y cómo hemos demostrado a través de otras fuentes son las mujeres uno de los grupos que más sufre situaciones de violencia y acoso en sus lugares de trabajo, lo que hace prioritario la prevención focalizada. Se vuelve necesario que la FESPROSA priorice la perspectiva de géneros como un eje central en todas las políticas sobre violencia y acoso en el mundo trabajo. Esto se consigue en base a dos cuestiones. En primer lugar, implementando políticas de cuidado donde el eje sea una nueva reorganización del proceso de cuidados (Convenios 87, 98, 151, 154, 190, 189). También priorizando las licencias por cuidados a infantes, personas adultas y personas con discapacidad, de modo de buscar la paridad de oportunidades considerando no solo el ámbito tradicional del trabajo, sino su vinculación con el trabajo de reproducción al interior de las unidades domésticas que realizan sobre todo las mujeres. Y en segundo lugar, buscando alcanzar la igualdad de oportunidades de acceso al trabajo y a la jerarquización en los puestos. Cuando se habla, por ejemplo, de “techo de cristal” significa que hay una falta de representación femenina en puestos de decisión de diferentes sectores y una falta de movilidad ascendente de mujeres en el sector privado y público (Díaz Langou *et al.*, 2019).

5) Políticas de seguridad e higiene. Consensuar el papel proactivo de la inspección del trabajo y de otros órganos encargados del cumplimiento de la legislación nacional e Internacional sobre seguridad en el trabajo. Generar comités mixtos de salud y medio ambiente de trabajo donde las violencias, el acoso y los factores de riesgos psicosociales sean abordados en cada espacio de trabajo (Centros de Atención primaria, hospitales).

Una vez focalizadas las políticas y los sectores prioritarios se deberán trabajar de forma preventiva y con una política específica hacia las víctimas de violencia y acoso.

Políticas preventivas

- Campañas, acciones locales y regionales que visibilicen fechas relacionadas con los derechos de las personas trabajadoras. Por ejemplo, el 1 de mayo (Día del Trabajo), el 8 de marzo (de las mujeres trabajadoras), 28 de mayo (por la salud de las mujeres), 25 de noviembre (contra la no violencia hacia mujeres y diversidades), 7 de abril (Día Mundial de la Salud) y 23 de junio (Día Mundial de los Servicios Públicos).
- Frente al empleador (público o privado) trabajar en forma consensuada para garantizar un ámbito de trabajo libre de violencia y acoso, difundiendo el compromiso asumido, los canales de comunicación y denuncia y las medidas a tomar en caso de que se produzcan situaciones de este tipo.
- La FESPROSA deberá definir qué acciones se pondrán en marcha para cerrar brechas y desigualdades, en qué tiempos, con qué recursos, así como personas responsables de su ejecución, seguimiento y evaluación. No solo en políticas de violencia y acoso sino también en la evaluación del proceso de trabajo y los factores de riesgos psicosociales, entendiendo que estos son un caldo de cultivo para situaciones de violencia y acoso y que atentan contra la salud y seguridad de las personas trabajadoras.
- La FESPROSA deberá capacitar para transferir herramientas conceptuales e instrumentos que permitan a las personas identificar la existencia de violencia y acoso en el mundo del trabajo, la violencia basada en género, acoso sexual, violencia física y doméstica, además de saber cómo atender los casos y derivarlos a quien corresponda.
- Mediante actividades de difusión, la FESPROSA deberá prevenir, visibilizar y desnaturalizar las situaciones, causas y efectos de violencias y acoso en el mundo del trabajo.
- La FESPROSA deberá promover normativas y procedimientos –protocolos– para las situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo.
- Fomentar la realización de actividades de investigación (encuestas, grupos focales, observatorios) sobre la violencia y acoso en el mundo del trabajo.
- Diseñar distintos mapas situacionales sobre las problemáticas de violencia y acoso con énfasis en los grupos con mayores prevalencias de violencia y acoso en el mundo del trabajo. Es el caso de las mujeres, diversidades de género, quienes realizan doble turno o largas jornadas y jóvenes (mapa de peligros o factores de riesgos, mapas de daño o estado salud-enfermedad).

Políticas en relación a las víctimas

- Precisar los procedimientos de la FESPROSA ante las circunstancias de violencia y acoso en el mundo del trabajo. Dar a conocer la postura expresa que asume la federación en las situacio-

nes que ocurren tanto a personas trabajadoras, dirigentes y delegadas, como a personas que denuncian o son denunciadas.

- Acompañamiento y representación de las víctimas.
- Políticas de reparación, sanción y apoyo a las víctimas, priorizando el concepto de “justicia”. La justicia restaurativa en los conflictos laborales tiene como objetivo reconstruir las relaciones sociales dando prioridad al tratamiento del daño causado y la búsqueda de reparaciones, en vez de culpar y castigar a los agresores. Esta práctica es considerada particularmente efectiva para la solución de ciertos casos de violencia y acoso en el lugar de trabajo (Hutchinson, 2009, pp. 148-150).

7. BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, G. E., Farias, M. A., Sanchez, J. M., Astegiano, C., Buffa, G., Loyaute, G. A. y Fernandez, A. R. 2013. “Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba”, Argentina. *Revista de salud pública*, 17(3) (pp. 8-20).

Amable M., Zelazchi C., Zunino M.G., Alberti P., Arqueros S., Fernández S., Francese R. y Reif L. 2018. “Salud laboral y género (Introducción)”. *Revista Cartografías Del Sur* 7 (pp. 14–16). Universidad Nacional De Avellaneda. Recuperado de <https://doi.org/10.35428/cds.v0i7.104>

Amable, M. y Morales Castellón, Y. 2013. Desgaste profesional en trabajadores/as de la salud. Caracterización de las exigencias del proceso de trabajo y valoración de las exposiciones laborales. (s.l): GESAL UNDAV- IFCI FESPROSA.

Aspiazu, E. L. 2016. “Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo”. *Revista Pilquen*, 19(1), [pp. 55-66].

Barboza M.C., Milbrath V.M., Bielemann V.M. y de Siqueira H.C. 2008. “Work-related musculoskeletal disorders and their association with occupational nursing”. *Revista Gaúcha de Enfermería*, 29(4), [pp. 633-8].

Báscolo, E., Houghton, N., y Del Riego, A. 2018. “Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e126.

Belmartino S. 2005. “Una década de reforma de la atención médica en Argentina”. *Revista Salud Colectiva*, 1(2), [pp. 155-171].

—. 2002. “Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina”. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), [pp. 1067-1070].

Bidaurratzaga, E. Consenso de Washington. Recuperado de <https://omal.info/spip.php?article4820#:~:text=El%20denominado%20Consenso%20de%20Washington,por%20otro%2C%20como%20salida%20impuesta>

Bonet-Porqueras R., Moliné-Pallares A., Olona-CAbases M., Gil-Mateu E., Bonet-Notario P., Les-Morell E., Iza-Maiza M. 2009. “The night shift: a risk factor for health and quality of life in nursing staff”. *Revista Enfermería Clínica*, 19(2), [pp. 76-82].

Brito Quintana P. 2000. “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral”. *Revista Panama Salud Pública*, 8, [pp. 1-2].

Chappell D., Di Martino V. 1998. Violence at work. OIT. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>

Chow J., Rayment G., Wong J., Jefferys A., Suranyi M. 2009. Needle-stick injury: a novel intervention to reduce the occupational health and safety risk in the haemodialysis setting. *J Ren Care Sep*, 35(3), [pp. 120-6].

Cockerham, W. 2002. "Sociología de la Medicina". Madrid: Pearson Educación.

Díaz Langou, G., De León, G., Florito, J., Caro Sachetti, F., Biondi, A. y Karczmarczyk, M. 2019. *El género del trabajo: entre la casa, el sueldo y los derechos*. Buenos Aires: CIPPEC.

Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. 2021. *Sala de Situación COVID-2019 Nuevo Coronavirus 2019. Trabajadores de la salud*. (s.l).

Dejours, C. 1998. "De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo". En D. Dessors y M. Guicho-Bailly (Comps.), *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. (pp. 23-76). Buenos Aires: Lumen.

Duré, M. I., Cosacov, N. y Dursi, C. 2009. "La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires". Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(13).

East, S., Laurence, T., & López Mourelo, E. 2020. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: OIT.

Eibenschutz, C., Valdivia, A. S., González, S. T., Gatica, X. Z. y Villegas, R. M. R. 2014. "Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú". *Saúde em Debate*, 38, [pp. 872-882].

Eurofound. 2015. *Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies* (Dublín, Irlanda). Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2015/violence-and-harassment-in-european-workplaces-extent-impacts-and-policies>

Farías, M. A. 2010. "Violencia ocupacional hacia los trabajadores de la salud de la ciudad de Córdoba" (Tesis de MG). Córdoba: Escuela de salud Pública Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Nacional de Córdoba.

Gallín P. 2002. "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina". *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 8(15), [pp. 47-58].

Gieco, A. 2011. "Carrera hospitalaria... ¿dónde está la meta?". IX Jornada Nacional de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires: IGG-FCS.

Gil-Monte, P. 2009. "Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública". *Revista Especialidad Salud Pública*, 83(2), [pp. 169-173].

Hernández CT. 2014. *Guía para Organizaciones: Empresas libres de violencia: Prevención, de-*

tección, atención y sanción de la violencia basada en género y el acoso sexual y laboral. Recuperado de http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/20550/1/guia_acoso_sexual_laboral_financial_1105_web.pdf

Hirigoyen, M.F. 1998. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. (s.l): Editorial Paidós.

Instituto de políticas sociales para Argentina, Asociación Médica platense. 2020. *Mujeres profesionales en ámbitos hospitalarios*. Buenos Aires.

ITUC CSI IGB- Confederación Sindical Internacional. 2008. *Combatir el acoso sexual en el trabajo. Una guía sindical*. Bélgica.

Kapucu S.S., Akkus Y., Akdemir N., Karacan Y. 2009. "The burnout and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units". *J Ren Care Sep*; 35(3), [pp. 134-40].

Kalimo R., El-Batawi M., Cooper C. 1988. *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud (II)*. Ginebra: OMS.

Karasek, R. y Theorell, T. 1990. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Laurell, A.C. 2000. "Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo". En Borgianni, E. y Montaña, C. (Comps.) *La Política Social Hoy*. (pp. 233-260) Sao Pablo: Cortez editor.

Lerouge, L. 2017. "Moral Harassment in the Workplace: French Law and European Perspectives". *Comparative Labor Law and Policy Journal*, (32), [pp.109–152].

Llorens, C., y Moncada, S. 2005. *Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención*. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.

Maceira, D. y Cejas, C. 2010. *Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional*. Recomendación N° 82. Buenos Aires: CIPPEC.

Malleville, S. 2020. *La salud de los trabajadores: transformaciones y continuidades en el sistema de riesgos del trabajo en Argentina (1995-2017)*. *Trabajo y Sociedad*. (s.l).

Merhy E. 2006. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Producción y Trabajo (MPyT) y Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). 2019. *Encuesta Nacional a trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad*. Buenos Aires: MPyT y SRT.

—. 2011. *Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social I (ENAPROSS I), 2011*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo.

—. 2020. *Efectos de la pandemia en el empleo de las mujeres*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inf-20200821-empleo_de_las_mujeres_2.pdf

—. 2019. *Encuesta Nacional a trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad*. Buenos Aires: MPyT y SRT.

—., S. D. R., Gadea, M. N., Gaviola, S., Cornelio, C. I., Contreras, A., y Marino, J. (2020). *La violencia en el trabajo: un acercamiento al problema desde la Encuesta de Salud y Trabajo de Argentina-2018*. (s.l): MPyT y SRT.

Minzberg M. 1984. *La estructura de las organizaciones* (Cap. 5). Barcelona: Ariel

Mintzberg H. 2001. “La burocracia profesional”. En *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo

Negrin, G. 2016. *Proceso de trabajo en salud. La problemática del pluriempleo en trabajadores/as de la salud en hospitales del Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. 2020. *Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina en el 2019*. (s.l).

OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2020. *Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190): 12 maneras en que puede apoyar la respuesta a la pandemia del COVID-19 y la recuperación de la misma*. Recuperado de https://www.ilo.org/global/topics/working-conditions-2/WCMS_747240/lang--en/index.htm

—. 2020. *Entornos de trabajo seguros y saludables, libres de violencia y acoso*. Ginebra: OIT.

—. 2019. *Convenio 190: Eliminar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo*. Ginebra: OIT

—. 2018a. *Mejorar la Seguridad y la Salud de los Trabajadores Jóvenes, Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo*. Ginebra: OIT.

OIT y OMS. 1986. *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Berlín: OIT.

OIT-ONU Mujeres y UNFPA. 2020. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Informe técnico.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2010. *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: Una visión general*. Ginebra: OMS.

—. 1948. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2014. *Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil*. Brasília, DF: OPS.

—. 2005. *Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores*. Washington: OPS.

—. 2012. *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington DC: OPS.

Ortega, J. 2019. “Trabajos de (s) cuidados: reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería”. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, 19(3), 0009.

Pérez Orozco, A. 2007. “Cadenas globales de cuidado”. Serie Género, Migración y Desarrollo. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer. República Dominicana.

Pilgard G., Söderfeldt B., Hjalms K. y Rosenquist J. 2008. “Work environment factors affecting quality work in Swedish oral and maxillofacial surgery”. *Swed Dent J*; 32(3), [p.p 149-55].

Pillinger J. 2017. *Violencia y acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo: perspectivas y acción sindical / Oficina Internacional del Trabajo, Oficina de Actividades para los Trabajadores (ACTRAV)*. Ginebra: OIT.

Rodríguez, M. T. 2001. *Violencia contra las mujeres y políticas públicas, Argentina*. (s.l).

Rovere, M. 2006. “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”. En Marco, F. y M. N. Rico. *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Sakata Y., Wada K., Tsutsumi A. Ishikawa H., Aratake Y. y Watanabe M. 2008. “Effortreward imbalance and depression in Japanese medical residents”. *J Occup Health*, 50(6), [pp. 498-504].

Sassen, S. 2003. *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Spinelli H., Trotta A., Guevel C., Santoro A., Martínez S., Negrín G. y Morales Castellón Y. 2013. *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: OPS.

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL. 2015. *Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Sobre datos de EPH y SIPA*. (s.l): Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Testa M. 1997. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ugalde A., Homedes N. 2005. “Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), [pp. 202-09].

Vargas E.A., Brassel S.T., Cortina L.M., Settles I.H., Johnson T.R.B. y Jagsi R. 2020. “#MedToo: A Large-Scale Examination of the Incidence and Impact of Sexual Harassment of Physicians and Other Faculty at an Academic Medical Center”. *J Womens Health (Larchmt)*, 29(1), [pp. 13-20]. doi:10.1089/jwh.2019.7766.

Viviers S., Lachance L., Maranda M.F., Ménard C. 2008. “Burnout, psychological distress, and overwork: the case of Quebec’s ophthalmologists”. *Can J Ophthalmol*, 43(5), [pp.535-46].

Von Guttenberg Y., Spickett J. 2009. “A survey of occupational exposure to blood and body fluids in physiotherapists in Western Australia”. *Asia Pac J Public Health*; 21(4), [pp. 508-19].

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., y Ghali, W. A. 2009. “Physician wellness: a missing quality indicator”. *The Lancet*, 374 (9702), [pp. 1714-1721].

WILLIAMSON, J. 2003. “No hay consenso. Reseña sobre el Consenso de Washington y sugerencias sobre los pasos a dar”. *Finanzas y Desarrollo*. Washington: FMI.

ANEXO

Aclaraciones metodológicas

1. Las variables acoso psicológico, acoso psicológico por razones de nacionalidad, ideológica y política y por razones de clase y contrato, los diferentes tipos de acoso sexual, la violencia física y doméstica fueron dicotomizadas en Sí (incluyendo las categorías de Siempre, Casi siempre, A veces, Casi Nunca) y No (Nunca). La decisión de poner las cuatro categorías mencionadas en la categoría Sí se debió a un intento de valorar todo tipo de violencia y acoso percibido por las personas trabajadoras en todos sus gradientes, teniendo en cuenta la posible tendencia a naturalizar dicho acoso y/o la dificultad en comentar dichas situaciones.

2. Las categorías ocupacionales fueron reagrupadas de acuerdo al siguiente cuadro que toma los aportes de Merhy (2006) y OPS (2005), en una reelaboración realizada por el Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral (GESAL) de la Universidad Nacional de Avellaneda.

Agrupamientos proceso de trabajo	Profesiones y ocupaciones
Cuidado de la persona usuaria (profesionales del núcleo Cuidador)	Médicos/as Odontólogos/as Psicólogos/as Farmacéuticos/as Terapeutas Bioquímica/o, Lic. en química, bacteriología Nutricionistas Obstetras Kinesiólogos/as Fonoaudiólogos/as Terapistas ocupacionales Psicopedagogos Trabajadores/as sociales
Personal de enfermería	Lic. Enfermeros/as Tec. Enfermeros/as
Apoyo Técnico	Servicio de urgencia Técnicos/as laboratorios Radiólogos/as
Apoyo Servicios	Auxiliar odontología Auxiliares enfermería Cocineros Auxiliares de cocina Trabajadores lavandería Electricistas Plomeros Obreros de caldera Jardineros Personal de limpieza Guardias de seguridad Conductores de ambulancia Conductores de vehículos
Apoyo Administrativo	Recepcionistas, gestión turno Administrativos Informáticos

ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO(S)

1) LA ENCUESTA PARA TRABAJADORES/AS DE LA SALUD:

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación a partir de un cuestionario de 44 preguntas, dirigido a todos/as los/as trabajadores del sector público de salud. Tómese un tiempo para leer detenidamente la siguiente información antes de decidir si desea participar.

La encuesta es parte de un proyecto cuyo propósito es comprender mejor el problema de la violencia y acoso en el mundo del trabajo en el sector de la salud, a partir del intercambio de diagnósticos regionales sobre la problemática.

El objetivo de la investigación es: a) identificar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo con perspectiva de género(s), intentando realizar y extraer valores más probables de infidencias y cruces de violencia y acoso; b) determinar la prevalencia de la violencia y el acoso; c) evaluar la percepción del trabajador/a sobre la gestión de la violencia y el acoso; y d) determinar las medidas de prevención y protección sindical ante la violencia y acoso de género(s) en el sector salud.

Los/as participantes han sido elegidos/as en función de su experiencia, de su sindicato y trabajo, e incluyen trabajadores/as del sector salud del área pública.

2) CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN

La participación es voluntaria y usted es libre de no contestar la encuesta.

Al completar la encuesta, confirma que ha leído y comprendido el material de “Introducción sobre terminología” que se encuentra más abajo. Además, al completar la encuesta, usted confirma que está dispuesto/a a participar en el presente estudio de investigación.

Los datos que suministre se tratarán como confidenciales y se mantendrán en un almacenamiento seguro en todo momento de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos. El material puede ser utilizado en futuras publicaciones, tanto impresas como en línea. Puede solicitar recibir un resumen escrito de nuestros resultados o resultados finales (por ejemplo, artículos de revistas) en cualquier momento.

Toda la información que usted facilite será anónima y confidencial, sujeta a la Ley de Estadística (Ley N° 25.326 de protección de datos personales).

3) INTRODUCCIÓN SOBRE TERMINOLOGÍA

Entender qué es la violencia y el acoso en el mundo del trabajo con perspectiva de género(s)

Es necesario intensificar los esfuerzos para tratar las diversas manifestaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo. Si bien la terminología puede variar entre los diversos países el

Convenio 190 aporta una definición consensuada a escala global que utilizaremos en la presente encuesta y será complementada con las definiciones que aporta la Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. El Convenio 190 define a la violencia y acoso en el mundo del trabajo como un “conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género”.

La violencia y el acoso pueden manifestarse de forma horizontal y vertical, y proceder de fuentes internas y externas (incluidos los clientes y otras terceras partes y las autoridades públicas) en el sector público o privado, o en la economía formal o informal y a nivel urbano o rural.

Se habla del “mundo del trabajo” ya que el Convenio 190 y la Recomendación 206 llaman a abordar aquella violencia y acoso que ocurren durante el trabajo, en relación con el trabajo o como resultado del mismo. Se considera que el mundo del trabajo no sólo abarca el lugar de trabajo físico tradicional, sino también el trayecto hacia y desde el trabajo, los eventos sociales relacionados con el trabajo, incluso los realizados por medio de tecnologías de la información y de la comunicación, los espacios públicos que no sean lugares de trabajo.

Se entiende (y entenderá a los fines del cuestionario) a la violencia y acoso ejercidos por terceros/as, de acuerdo a la definición del Convenio 190, a clientes, pacientes, proveedores, familiares, etc.

La **violencia doméstica** y otras formas de violencia y acoso son pertinentes para el mundo del trabajo ya que tienen un impacto en este universo, y por ende los actores que intervienen están llamados a reconocer dichos efectos y mitigar su impacto y por ello será considerada en la presente encuesta.

4) MODALIDADES DE VIOLENCIA Y ACOSO DE GÉNERO(S)

De acuerdo al Convenio 190, **se entiende por violencia y acoso por razón de géneros, a aquella dirigida** “contra las personas por razón de su sexo o género, o que afectan de manera desproporcionada a personas de un sexo o género determinado, e incluye el acoso sexual”.

Entenderemos por modalidades, de acuerdo a la Ley N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia y/o acoso de género(s) en los diferentes ámbitos. Quedando comprendidas en este estudio aquellas que tienen relación y afectación con el trabajo, como son las siguientes:

Doméstica: ámbito en el que la violencia y el acoso es ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, y entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

Institucional: ámbito en donde la violencia y el acoso es ejercida por funcionarios/as, profesionales, personal, dirigentes, miembros de base y/o colegas pertenecientes a cualquier instancia de la organización, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres y grupos en condición de vulnerabilidad desarrollen su trabajo profesional y/o político.

Laboral: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres o grupos en condición de vulnerabilidad en el mundo del trabajo quebrantar el derecho de igual remuneración por trabajo de igual valor.

5) TIPOS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN EL MUNDO DEL TRABAJO

Tipos de violencia en el mundo del trabajo

Agresión física: Toda conducta que, directa o indirectamente, esté dirigida a ocasionar un daño físico sobre el/la trabajador/a.

Acoso sexual: Toda conducta o comentario reiterado con connotación sexual basado en el poder, no consentido por quien lo recibe.

Acoso psicológico (también denominado moral o *mobbing*): Situación en la que una persona o grupo de personas ejercen un maltrato modal o verbal, alterno o continuado, recurrente y sostenido en el tiempo sobre un trabajador/a buscando desestabilizarlo/a, aislarlo/a, destruir su reputación, deteriorar su autoestima y disminuir su capacidad laboral para poder degradarlo/a y eliminarlo/a progresivamente del lugar que ocupa.

Consecuencias de la violencia en el mundo del trabajo

En el trabajador/a: afecta su salud psicofísica y puede producir consecuencias negativas en sus relaciones sociales en general y familiares en particular.

En la organización: produce malestar entre los trabajadores/as, disminución en la productividad, desaprovechamiento de capacidades, pérdidas económicas, desprestigio social.

En la sociedad: consolida la discriminación, favorece el descreimiento en las instituciones y en la justicia.

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO

Versión: FESPROSA

A) Datos Sociodemográficos

1. Edad (años cumplidos):

2. Género(s):

	Femenino
	Masculino
	Otra identidad

3. ¿Cuál es el último nivel educativo que usted alcanzó?

	Primario incompleto
	Primario completo
	Secundario incompleto
	Secundario completo
	Terciario o tecnicatura/técnico incompleta
	Terciario o tecnicatura/ técnico completa
	Universitario completo
	Universitario incompleto
	Postgrado completo
	Postgrado incompleto
	Otro

4. ¿En qué localidad/zona está ubicado su lugar de trabajo?

	Área Rural
	Área Urbana

5. ¿Tiene más de un empleo remunerado?

	Sí
	No

6. ¿El o los establecimientos en los que usted trabaja son?

	Público
	Privado
	Ambos sectores

A continuación le solicitamos que responda las siguientes preguntas **referidas al establecimiento público de salud en el cual usted trabaja**. En el caso de que usted trabaje en más de un establecimiento de salud PÚBLICO elija aquel en el cuál tenga mayor carga horaria.

7. Usted trabaja en un:

	Hospital - área de emergencia
	Hospital- área ambulatoria
	Hospital - área de internación
	Hospital - área de diagnóstico (laboratorio, imageneología, etc.)
	Hospital - área terapias Intensiva e intermedia
	Hospital - área centro quirúrgico
	Hospital - área administrativa
	Hospital - área de servicios centrales
	Hospital - área de esterilización y farmacia
	Centro de Atención Primaria – área de emergencia
	Centro de Atención Primara – área asistencial
	Centro de Atención Primaria – área administrativa
	Atención Ambulatoria de Emergencia

8. Señale la ocupación que usted desempeña:

Administrativa/o
Personal de mantenimiento
Personal de seguridad
Personal de limpieza
Personal de lavandería
Personal de cocina
Otras tareas no asistenciales
Técnico/a de laboratorio
Técnico/a de diagnóstico por imágenes
Auxiliares de enfermería
Mucamas
Técnico/a de enfermería
Otro nivel técnico
Licenciadas/os en enfermería o enfermera/o universitaria/o
Lic. en Trabajo Social/ Asistente Social
Lic. en Psicología/ Psicólogo/a
Lic. en Bioquímica, Química o Bacteriología
Lic. en Biología/ Biólogo
Lic. en Farmacia/Farmacéutico
Lic. en Kinesiología/ Kinesiólogo/Fisioterapeuta
Lic. en Odontología/Odontólogo
Lic. en Nutrición/ Nutricionista
Médico/a
Otras profesiones

9. ¿Cuántos días por semana trabaja?

	Entre 1 y 2 días
	Entre 3 y 4 días
	5 días o más

10. ¿Qué cantidad de horas promedio trabaja?

	Por día
--	---------

11. Su horario de trabajo es

	Diurno
	Nocturno
	Ambos
	Emergencia/ urgencia
	Otros

12. Si sus horas de trabajo son en la planta, ¿cuál es la modalidad habitual de realización?

	Jornada ordinaria
	Turnos

13. Si sus horas de trabajo son en la emergencia, ¿cuál es la modalidad habitual de realización?

	Activa 12 horas
	Activa 24 horas
	Pasivas/ llamado
	Otra modalidad

14. ¿Qué tipo de relación contractual tiene?

	Permanente/ presupuestado
--	---------------------------

	Contrato/monotributo
	Otro

B) Violencia y acoso en el mundo del trabajo

- Acoso psicológico:

1. ¿Ha vivido alguna situación de hostilidad en los últimos 12 meses en su trabajo? ¿Maltrato, desprecio, comentario que le incomode?

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

2. Si su respuesta es distinta de NUNCA

¿En razón de qué sufrió dicha situación de hostilidad? (puede elegir más de una opción)

	Nacionalidad
	Sexualidad
	Etnia
	Discapacidad
	Orientación sexual
	Ideológica y/o política
	Religiosa
	De clase/ contrato
	Otro

- Acoso sexual:

3. En los últimos 12 meses, en su trabajo, usted ha sufrido acoso sexual por parte de:



Compañeros/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Superiores:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Subalternos/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Terceros/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

- **Violencia o agresión física:**

4. En los últimos 12 meses, en su trabajo, usted ha sufrido alguna agresión física por parte de:



Compañeros/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Superiores:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Subalternos/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

Terceros/as:

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

- **Violencia doméstica:**

5. En los últimos 12 meses usted ha sufrido alguna situación de violencia doméstica

	Siempre
	Casi siempre
	A veces
	Casi nunca
	Nunca

6. Si usted ha sido víctima de violencia doméstica ¿podría decirnos si estas situaciones afectan su trabajo?

	Siempre
	A veces
	Nunca

7. Si su respuesta es distinta que NUNCA de qué manera lo/la afectó. (puede elegir más de una opción).

	Se ausentó del trabajo
	Empeoró su rendimiento
	Empeoró la relación laboral
	Otras maneras

- Todas las violencias

8. Si usted ha sufrido alguna situación de violencia o acoso (tanto psicológica, como sexual, física).

¿Lo comento con alguien en su trabajo?

	Sí
	No
	No sufrí situación de violencia o acoso

9. En caso afirmativo ¿Con quién/quienes?

	Jefe/as
--	---------

	Compañeros/as de trabajo
	Representante sindical
	Otra persona

10. ¿Lo/a apoyaron para salir de esta situación?

	Sí
	No

11. ¿Le aconsejaron o acompañaron a que hiciera una denuncia?

	Sí
	No

12. ¿Ha realizado una denuncia formal?

	Sí
	No

13. Si su respuesta es SÍ ¿De qué tipo es/fue la denuncia? (puede elegir más de una opción).

	Administrativa
	Judicial
	Sindical
	Otra

14. ¿Cree usted que en su trabajo se implementan medidas para prevenir la violencia y acoso (tanto psicológica, como sexual, física)?

	Sí
	No

15. ¿Conoce las medidas y/o herramientas de prevención que pone a disposición el sindicato sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo para sus afiliados/as?

	Sí
	No

C) Violencia y acoso en el marco de la pandemia COVID-19

1. Usted en el marco de la pandemia de COVID-19 ha observado un aumento en la violencia y/o acoso en su lugar de trabajo

	Sí
	No

2. Si la respuesta es sí, ¿podría indicarnos quién originó principalmente esa violencia?

	Compañeros/as
	Superiores
	Subalternos/as
	Terceros/as

3. Si usted sufre violencia doméstica, ¿esta se ha incrementado a partir de la pandemia?

	Sí
	No

4. ¿En el marco de la pandemia COVID-19 se han modificado sus condiciones de trabajo?

	Sí
	No

5. Si la respuesta es SÍ ¿podría decirnos de qué manera? (puede elegir más de una opción)

	Sufrió cambios en su horario habitual
--	---------------------------------------

	Le aumentó la carga horaria laboral
	Tuvo que trasladarse a otros lugares o dependencias
	Otras maneras

6. ¿En el marco de la pandemia COVID-19 se establecieron licencias para el personal de salud?

	Sí
	No

7. Si la respuesta es SÍ, ¿Podría indicarnos qué tipos de licencias se establecieron? (puede elegir más de una opción)

	Licencias por enfermedad
	Licencias por persona gestante
	Por contar con más de 60 años de edad y ser considerado/a de riesgo
	Por enfermedades preexistentes como HTA, Diabetes, cardiopatías, oncológicas etc.

8. ¿Las licencias implican descuentos en su salario normal?

	Sí
	No

9. Con respecto a las condiciones de seguridad en el trabajo:

a) ¿Cuenta con suficientes elementos de protección personal?

	Sí
	No

b) ¿Hay protocolos y/o procedimientos de atención en su sector de trabajo?

	Sí
	No

c) ¿Usted tiene algún seguro de riesgos en el ámbito de su trabajo (ART)?

	Sí
	No

d) ¿Recibió la capacitación necesaria para los requerimientos de la pandemia?

	Sí
	No

10. ¿Usted se enfermó con COVID-19?

	Sí
	No

11. Si la respuesta es SÍ, ¿podría decirnos cómo?

	a) Por atención directa a pacientes
	b) Por viajes
	c) Por contacto estrecho
	d) Por contacto entre compañeros/as de trabajo

12. ¿En su trabajo usted conoce algún compañero/a que se contagió con COVID-19?

	Si
	No

13. Si la respuesta es SÍ (puede elegir más de una opción)

¿Podría decirnos si es

	Hombre
	Mujer
	Otrx

14. ¿En su lugar de trabajo usted conoce algún compañero/compañera que falleció por COVID-19?

	Sí
	No

15. Si la respuesta es SÍ (puede elegir más de una opción)

¿Podría decirnos si es

	Hombre
	Mujer
	Otrx

FIN DEL CUESTIONARIO.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

La Iniciativa Spotlight es una alianza global y multianual entre la Unión Europea y las Naciones Unidas para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas para 2030. Es el esfuerzo específico más grande del mundo para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

Lanzada con un compromiso de financiación inicial de 500 millones de euros de la Unión Europea, representa un esfuerzo global sin precedentes para invertir en la igualdad de género para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Iniciativa Spotlight está demostrando que una inversión significativa, concertada e integral en la igualdad de género y el fin de la violencia puede marcar una diferencia transformadora en las vidas de mujeres y niñas.

Iniciativa Spotlight 2021.

Todos los derechos reservados.

Coautores: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA).

 [@SpotlightAmLat](https://twitter.com/SpotlightAmLat)

 [@IniciativaSpotlight](https://www.facebook.com/IniciativaSpotlight)

 [@Iniciativa.Spotlight](https://www.instagram.com/Iniciativa.Spotlight)

www.spotlightinitiative.org/argentina



**Iniciativa
Spotlight**

