

MUJERES DE LA SALUD: ENTRE EL TRABAJO Y LA VIDA
COTIDIANA. UN ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN
EN EL ROL QUE ASUMEN LAS MUJERES PROFESIONALES DEL
SECTOR SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA FE, ARGENTINA (*)

WOMEN IN HEALTH: BETWEEN WORK AND EVERYDAY LIFE. A STUDY OF
THE FACTORS THAT INFLUENCE THE ROLE ASSUMED BY PROFESSIONAL
WOMEN IN THE HEALTH SECTOR IN THE CITY OF SANTA FE, ARGENTINA.

Silvia Morales Carrizo
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-Sede Santa Fe
Orcid: 0000-0002-2154-4395
smoralescarrizo@gmail.com

RESUMEN: El presente artículo tiene como foco de atención al trabajo y los factores que influyen en el rol de las mujeres profesionales del Sector Salud de la ciudad de Santa Fe, Argentina. En ese marco, debido a la presencia de las mujeres en dicho sector, y a los elevados niveles educativos que representan, constituyen la columna vertebral del sistema de salud. Sin embargo, estas mujeres desarrollan su tarea en un contexto de condiciones laborales de alta vulnerabilidad sanitaria, social y económica. A partir de allí, la pregunta que surge es: ¿existen determinados factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud (público y privado) en la ciudad de Santa Fe?. Para dar respuestas a este interrogante se utiliza la metodología cuantitativa mediante la aplicación de una encuesta destinada a mujeres profesionales de la Salud. El trabajo concluye en que, debido a la importancia de la labor que desarrollan estas mujeres, resulta necesario y urgente, generar

* Proyecto de investigación de la Facultad de Ciencias Económicas-UCES. Equipo Sede Santa Fe: Lic. Anahel Caballeri, Lic. Florencia Gutiérrez, Lic. Paula Vinderola, Lic. Gerónimo Palacios. Alumna asistente de investigación de la Facultad: Camila Romero

Recibido: 31-10-2022; Aceptado: 22-11-2022; Versión definitiva: 16-12-2022.

Copyright: © Editorial Universidad de Sevilla. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0)

e-ISSN: 2660-4884

Trabajo, Persona, Derecho, Mercado 6 (2022) 181-225
<https://dx.doi.org/10.12795/TPDM.2022.i6.06>

las condiciones que preserven su salud, seguridad y estabilidad económica, para asegurar el rol de la mujer en el Sector de la Salud, como mediadora fundamental del bienestar de toda la población.

PALABRAS CLAVE: mujeres; trabajo; sector salud; vida cotidiana; condiciones laborales.

ABSTRACT: This article has focused the attention on work and the factors that have influenced in the role of professional women of the Health Sector in the city of Santa Fe, Argentina. In this framework, due to the presence of women in the sector, and the educative high levels they represent, they have become the spine of the health system. Nevertheless, these women develop their duties in a context of labor conditions with high vulnerability towards sanitary, social and economical. In this point, the question that comes up is ¿Are there selected factors that influence in the role those professional women assume in the health sector (public and private) in the city of Santa Fe? To answer this question, it is used a quantitative methodology by the application of a survey destined to professional women of the Health Area. The work concludes that, due to the importance of the labor developed by these women, it becomes necessary and urgent, to generate conditions to preserve their health, security and economical stability, to ensure the role of the woman in the Health Sector as fundamental mediator the well-being of the whole population.

KEYWORDS: women; work; health sector; daily life; labor conditions

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN. 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS. 3. TRABAJO Y GÉNERO: LA CENTRALIDAD DE LA MUJER EN EL SECTOR DE LA SALUD. 4. TRABAJO-FAMILIA-MUJER-SECTOR SALUD: UNA DIFÍCIL CONCILIACIÓN. 5. EL COMPLICADO Y COMPLICANTE ROL DE LA MUJER FRENTE A LA VIOLENCIA LABORAL. 6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN. 6.1. Conciliación trabajo-familia. 6.2. Condiciones laborales. 6.2.1. *Relación actividad extra-laboral según sector y profesión.* 6.2.2. *Estudia actualmente otra carrera o profesión.* 6.2.3. *Percepción salario justo* 6.2.4. *Relación salario justo-según profesión y sector.* 6.2.5. *Opiniones sobre la percepción de los salarios.* 6.2.6. Percepción proyección de futuro – según sector. 6.3. Violencia laboral. 6.3.1. Experiencias de hostigamiento. 6.3.2. Comunicación a la organización sobre la situación vivida. 6.3.3. Relación situación de hostigamiento-según sector y profesión. 7. CONCLUSIONES. 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo es el resultado de un estudio que se inscribe en el marco de un proyecto de investigación de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Facultad de Ciencias Económicas, con sede en la ciudad de Santa Fe, Argentina. El

estudio tiene como foco de atención al trabajo y los factores que influyen en el rol de las mujeres profesionales del Sector Salud (público y privado) santafesino.

En ese marco, el dato disparador que inspiró esta investigación, es que, en Argentina, en los últimos años, las mujeres constituyen el 70% del empleo en el sector de la salud, lo que a su vez representa un 9,8% del total de las mujeres ocupadas del país. El sector se caracteriza por contar con una fuerza de trabajo que presenta niveles educativos considerablemente superiores a la media, característica que también se observa en el caso de las mujeres ocupadas en el sector. De hecho, el 62% de las trabajadoras de la salud cuenta con estudios superiores (terciarios, universitarios o posgrado), mientras que este porcentaje se reduce a menos del 30% en el caso del resto de trabajadoras¹.

Por tanto, pensar en el rol de las mujeres, más aún, de las mujeres profesionales (médicas, enfermeras y otras profesiones) que desarrollan su labor diaria en Centros de Salud de la ciudad, es clave.

En general, el mundo laboral femenino, se encuentra atravesado por una serie de factores, que, a pesar de los avances en materia de inclusión de las mujeres en el ámbito laboral a nivel global, aún hoy se convierten en verdaderas problemáticas y desafíos que tienen que afrontar. Particularmente, la interferencia entre los ámbitos laboral y familiar deviene en un conflicto trabajo-familia, como un conflicto interrol, en el que los comportamientos a realizar en un determinado rol laboral son incompatibles con expectativas propias del rol familiar o viceversa². Esta problemática se complejiza, cuando se piensa en ámbitos laborales como el de la Salud, en donde las mujeres, se enfrentan a situaciones de “curar, cuidar y salvar vidas”³, por lo cual asumen una labor intensa, tensionante y estresante, que, en gran parte, condiciona sus vidas cotidianas.

Lo cierto es que, a pesar de ser la columna vertebral del sistema de salud, las trabajadoras de este sector, se encuentran desarrollando su tarea en un contexto de alta vulnerabilidad sanitaria, social y económica. Otro aspecto de las condiciones de trabajo del sector a tener en cuenta, es la mayor prevalencia de episodios de violencia y acoso laboral. Por las características de la actividad que realiza, todo el personal sanitario está mayormente expuesto a situaciones de agresión o acoso, en comparación con el resto de actividades⁴.

Ahora bien, frente a esta problemática, surgen los siguientes interrogantes: ¿cómo impacta la conciliación de la vida familiar y laboral en el rol que asumen las mujeres profesionales de la salud? ¿qué condiciones laborales influyen en su desarrollo profesional? ¿es posible encontrar la existencia de situaciones de violencia laboral en estas mujeres? En definitiva, el interrogante central es: ¿existen determinados factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud (público

1. East *et al.*, 2020.

2. Álvarez y Gómez, 2011.

3. Huerta, 1997.

4. East et al 2020.

y privado) en la ciudad de Santa Fe?. Para responder a esta pregunta el objetivo general que guía esta investigación es: evaluar determinados factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud (público y privado) en la ciudad de Santa Fe (2021-2022).

Para responder a estos interrogantes, el trabajo se estructura en 5 secciones; en la primera de ellas se presentan los aspectos metodológicos que guiaron la investigación; en la segunda, se explican en términos teóricos, determinadas condiciones que ponen el foco de atención en la centralidad que tiene el rol de la mujer en el sector de la salud; en la tercera sección, se describen conceptos que permiten comprender la combinación, trabajo-familia-mujer-sector salud como una difícil conciliación; en la cuarta sección, se exponen aspectos relacionados con el rol la mujer frente a la violencia laboral, especialmente en el sector de la salud. En el quinto apartado, se presenta el análisis de los resultados, a través de la exposición de tablas, gráficos y cuadros con sus correspondientes informes y discusión. Finalmente, se destacan los hallazgos más notables de esta investigación, y se proponen acciones en las tres dimensiones estudiadas. Acciones que, forman parte de los esfuerzos institucionales indispensables, tendientes a asegurar que el rol de las mujeres profesionales en el Sector de la Salud, garantice, en definitiva, el bienestar de toda la población.

Por todo lo expuesto hasta aquí, se infiere que, realizar este tipo de investigaciones resultan imprescindibles, a lo que se suman dos motivos fundamentales: el primero de ellos, la ausencia o cierta vacancia de estudios realizados en la ciudad de Santa Fe respecto al sector salud en general, y de las condiciones laborales de las mujeres en particular. En segundo lugar, si bien las normativas a nivel nacional, referidas al género y su vinculación con el mundo del trabajo cobran un rol central en los últimos años, especialmente en el sector público (Ley Micaela, Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Genero, 2022-2024, entre otras), a nivel provincial, hay cierta vacancia en este punto, principalmente en lo que respecta a la trilogía trabajo– mujer-sector salud.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para el cumplimiento del objetivo general de evaluar determinados factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud (público y privado) en la ciudad de Santa Fe (2021-2022), se plantearon tres objetivos específicos que guiaron esta investigación, a saber: 1– Analizar el impacto de la conciliación trabajo familia. 2-Evaluar determinadas condiciones laborales que influyen en el desarrollo profesional. 3– Descubrir y analizar la existencia de situaciones de violencia laboral.

Para el logro de estos propósitos, y en función de su alcance, se diseñó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y explicativo. Al mismo tiempo, se trabajó con

metodología cuantitativa mediante la administración de una encuesta como herramienta metodológica, que se envió en modo electrónico a través de un formulario facilitado por Google.

Resulta importante destacar que, debido a la complejidad del contexto laboral (ex post pandemia Covid-19) del sector salud santafesino, el tipo de muestra utilizado fue “no probabilístico”. La selección de dicha muestra estuvo conformada por 60 “mujeres⁵ profesionales” del sector (público y privado), pertenecientes a Hospitales públicos y Centros de Salud privados de la ciudad de Santa Fe, quienes participaron de la encuesta en calidad de voluntarias, entre los meses de noviembre de 2021 y febrero de 2022. Asimismo, la muestra se dividió en tres categorías: 1-médicas; 2-enfermeras; 3-otras profesiones: kinesiólogas, radiólogas, psicólogas, terapistas ocupacionales, nutricionistas, bioquímicas, odontólogas, extraccionistas y licenciadas en trabajo social.

La recolección de los datos se realizó a través del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) que facilitó la recopilación de numerosos gráficos y tablas que permitieron realizar el análisis de los resultados obtenidos.

3. TRABAJO Y GÉNERO: LA CENTRALIDAD DE LA MUJER EN EL SECTOR DE LA SALUD

Para algunos, el trabajo como actividad productiva y transformadora está relacionado intrínsecamente y ontológicamente con la constitución del individuo a nivel social⁶. De allí que el trabajo sea un punto de referencia económico, psicológico, cultural y simbólicamente dominante y, por tanto, el principal elemento de inclusión del

5. Vale destacar que, este tipo de diseño de investigación, tiene un objetivo meramente descriptivo y explicativo, por tanto, en esta etapa del proyecto, el estudio no presenta el propósito de comparar dos poblaciones, para este caso: mujeres y hombres, sino más bien, el foco de atención estuvo puesto en las mujeres, a sabiendas de lo que la literatura académica sostiene a través de los resultados de diversos estudios que demuestran, el aporte del género a la problematización de las políticas de recursos humanos en salud. Más aún, estudios nacionales e internacionales, dan cuenta de que las condiciones laborales en salud, impiden el cubrimiento adecuado de, por lo menos, las necesidades básicas, disminuyendo así la calidad de vida de las personas ocupadas en este sector, que son principalmente mujeres, y que se ven desproporcionalmente más afectadas, lo cual refleja una discriminación velada y estructural. En el mismo sentido, aunque quede por demostrar la relación entre la “feminización” del sector y la precarización del trabajo, esta precariedad hace posible inferir el bajo reconocimiento social de los trabajos que realizan las mujeres. Por todos estos motivos, en esta etapa del proceso de investigación del proyecto que nos ocupa, los hombres, no han sido parte de esta indagación. No obstante, queda pendiente a futuro, el firme propósito de realizar un estudio comparativo con referencia a las mismas temáticas aquí abordadas, pero tomando como foco de atención, las experiencias de los hombres del sector salud y su comparación con las mujeres.

6. Arendt, 2002; Sennett 2000; Lessa, 2002; Marx, 1867/1980

individuo en la sociedad⁷, y por tanto se constituye en un aspecto clave y estructurante y regulador de la vida personal, mediante procesos de socialización, brindando los elementos para desempeñar roles sociales y generar el ámbito social como tal⁸.

Es en este punto, donde la “mujer” cobra un rol fundamental, dado que, una de las transformaciones más importantes de los últimos tiempos, es su incorporación al mercado de trabajo que, lejos de distanciarla de su rol tradicional reproductor en la familia, ha promovido la doble carga de una jornada dual, dividida entre su papel doméstico de cuidados y de tareas en el hogar, y su rol productor en el mercado laboral⁹.

Diversas teorías han intentado explicar esta problemática, en donde el rol de la mujer aparece dissociado al del hombre. Así, la teoría de la segmentación y la teoría de la discriminación, señalan las características permanentes en tiempo y espacio que separan el trabajo femenino del masculino, tales como, mayores tasas de ocupación masculina, diferencias salariales, segmentación vertical (las mujeres ocupan posiciones jerárquicamente bajas), segmentación horizontal (instala a las mujeres en determinadas ocupaciones, consideradas de menor valor, con salarios más bajos y condiciones más precarias de empleo), mayor volumen de trabajo doméstico remunerado y no remunerado realizado por mujeres y concentración de estas en los sectores más pobres de la población trabajadora¹⁰.

Por tanto, las desigualdades de género en el ámbito laboral tienen su origen, al menos en parte, en la marcada división sexual del trabajo, que atribuye a las mujeres un papel más relevante en el trabajo doméstico y a los hombres en el remunerado. Más aún, las mujeres tienen relaciones contractuales más desfavorables, mayor exposición a riesgos psicosociales y mayor prevalencia de acoso sexual, discriminación y trastornos musculoesqueléticos¹¹.

Las consecuencias han derivado en la segregación en el mercado de trabajo, una diferenciación tanto vertical (ya que la mujer no alcanza los niveles de los varones en las posiciones directivas) como horizontal (con puestos asignados tradicionalmente a posiciones femeninas y masculinas). Sus principales efectos son la brecha salarial entre ambos géneros, el alto porcentaje de contratos a tiempo parcial, y la difícil conciliación temporal entre la doble jornada¹².

Ahora bien, uno de los sectores donde más se visibiliza la presencia femenina en el mercado laboral, tanto a nivel mundial como local, es sin dudas, en el sector de la salud. Esta segmentación explica la significativa brecha salarial de género que todavía persiste en el sector, así como la mayor incidencia de la informalidad entre las

7. García Roa y Tapias Torrado, 2012

8. Blanch, 1996; Luque, Gómez y Cruces, 2000; Rentería, 2001

9. Sabater, 2014.

10. *Ibidem*

11. Campos Serna *et al*, 2012

12. Sabater 2014, *Ibidem*

trabajadoras¹³. En América Latina, los ingresos de las mujeres que trabajan en el sector salud son un 25 % inferiores a los de los varones del mismo sector¹⁴. Ello conduce a una marcada diferencia entre mujeres y varones en el acceso a derechos laborales tales como las licencias por enfermedad, la cobertura por accidente o enfermedad profesional y el acceso a obra social.

En tanto que, las mismas autoras, destacan que existen importantes diferencias en las condiciones de trabajo. Por ejemplo, los salarios de las trabajadoras de la salud se sitúan significativamente por debajo de los percibidos por los varones del sector. Otro aspecto de las condiciones de trabajo del sector a tener en cuenta es la mayor prevalencia de episodios de violencia y acoso laboral. Por las características de la actividad que realiza, todo el personal sanitario está mayormente expuesto a situaciones de agresión o acoso, en comparación con el resto de actividades. Este fenómeno observado en Argentina es común a la mayoría de los países, donde el personal sanitario registra los niveles de violencia más elevados.

Un caso singular, se presenta en el área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino. Si bien las instituciones han ido incorporando hombres a la enfermería, todavía se trata de un grupo minoritario. En el campo de la salud por tradición se acepta como un hecho natural que el hombre desempeñe el papel de médico y la mujer el de enfermera. La imagen se asocia automáticamente con atributos socialmente considerados como “masculinos” (competencia, ambición, independencia, dominación); en cambio, a la mujer corresponden rasgos que vinculan la femineidad a la sumisión, la compasión, la pasividad y la emotividad compatibles con las funciones de la enfermera, pero no con las del médico¹⁵.

Por otro lado, se suma el rol profesional de las médicas en el sistema de salud, en donde se presenta una inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención: si bien éste establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional médicos, están ligados a la atención en los niveles de mayor complejidad. Es decir, descalifica a las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio, al mismo tiempo que no se valoriza la importancia de este nivel, que es considerado una suerte de destino “desfavorable” para las trabajadoras¹⁶.

Con todo, la mujer, en virtud de las funciones asignadas a cada género, sigue siendo proveedora de atención de salud, y tiene la principal responsabilidad del cuidado y de la atención de las necesidades básicas de los demás. Es por ello que el papel de la mujer en los servicios de salud puede considerarse como una extensión de

13. East et al 2020, *Ibidem*

14. ONU Mujeres, 2020.

15. Huerta, 1997

16. Rico y Marco, 2006

sus funciones de cuidado en el ámbito doméstico; la división del trabajo en el hogar por sexo se traslada al lugar de trabajo¹⁷.

Los resultados de diversas investigaciones, constatan que en el sector salud se discrimina a las mujeres en la remuneración y en el acceso al poder. También revelan una actividad laboral de baja calidad que obstaculiza la inclusión social, la dignidad y la libertad de las mujeres trabajadoras, a quienes afecta desproporcionalmente. Dicha situación permite inferir que el modelo de gestión de recursos humanos vigente en el sector limita la equidad en salud. Esta dimensión requiere una consideración específica, porque el principal trabajo que se desarrolla en el sector el empleo en salud, tradicionalmente se ha visto como una extensión de los roles reproductivos y de cuidado, derivados de un rol materno asignado única y exclusivamente a las mujeres, lo cual puede hacer que se traslade la invisibilidad y subvaloración de la esfera reproductiva al ámbito del empleo de las mujeres del sector¹⁸. En otras palabras, en el sector salud, las mujeres desempeñan roles que a menudo 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, alejadas de sus hogares¹⁹.

Lo cierto es que, en Argentina, a partir de las transformaciones de la década de 1997, este modelo de análisis en el campo de la salud se trasladó desde el nivel nacional al ámbito provincial y municipal. Por tanto, la dirección de la política laboral del sector salud es producto de las negociaciones, presiones y conflictos a nivel local, más allá del marco general que otorga la política nacional. Las instituciones de salud han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional, y se ha promovido una estratificación de tareas permeada por mecanismos de segregación genérica, en donde predominan las mujeres en una conjunción doblemente desgastante²⁰.

Con todo, el trabajo en salud es intenso, sobre todo en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos, donde se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, que resultan agotadoras y producen estrés emocional. La búsqueda de la optimización del rendimiento de las instituciones de salud, cuyo funcionamiento se basa esencialmente en el recurso humano, pasa por un nuevo planteamiento de la organización del trabajo y, por consiguiente, de las condiciones en que se efectúa. La calidad y la fiabilidad (eficiencia) de los servicios (cuidados), objetivo fundamental de las estructuras sanitarias, son estrechamente dependientes de estas condiciones²¹.

17. Huerta 1997, *Ibidem*

18. García-Roa y Tapias-Torrado 2012, *Ibidem*

19. ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful, 2020

20. Rico y Marco 2006, *Ibidem*

21. Huerta 1997, *Ibidem*

4. TRABAJO-FAMILIA-MUJER-SECTOR SALUD: UNA DIFÍCIL CONCILIACIÓN

El concepto de interacción trabajo-familia es definido como un proceso en el que el comportamiento de un trabajador o trabajadora, en un dominio (por ejemplo, en el hogar) es influido por determinadas ideas y situaciones (positivas o negativas) que se han construido y/o vivido en el otro dominio (por ejemplo, en el trabajo)²².

Ahora bien, la conciliación de la vida familiar y laboral no se puede desarrollar en la sociedad contemporánea por las mayores exigencias de productividad. La dedicación al mercado laboral influye de forma negativa en el mantenimiento de la familia, provocando efectos como la disminución de la natalidad y la búsqueda de apoyos externos, mediante organizaciones tanto internas familiares, como organizaciones externas que extienden el tiempo al cuidado de la infancia y de la tercera y cuarta edad. Más aún, este desarrollo ha producido que la conciliación de la vida laboral y familiar sea un problema social de las mujeres trabajadoras, que ven cómo se duplica su jornada laboral. En este escenario de nuevas formas de relación trabajo productivo-sociedad, el indicador más evidente del desajuste producido entre los dos espacios: laboral y familiar, ha sido el descenso de la natalidad. Este factor es básico para el retraso de la llegada de los hijos/as (en 2012, alcanzó el máximo histórico de 31,5 años) o, incluso, de las mujeres que renuncian, limitan o posponen la formación de nuevos hogares²³.

El conflicto es ineludible, dice Sabatier, en una situación de crisis que implica renunciaciones en uno u otro eje según la disponibilidad temporal y pecuniaria de las familias, y conlleva nuevas situaciones familiares, con el incremento de divorcios y separaciones, el aumento de familias monoparentales, el fenómeno de las familias reconstituidas, los nacimientos con un solo progenitor, las parejas de homosexuales, etc.

En este escenario, uno de los aspectos fundamentales sobre los que hay que sensibilizar, es la necesidad de transformar la “maternalización del rol de las trabajadoras de salud”. Es necesario establecer cuál es el grado de involucramiento más operativo: entre la identificación total y la despersonalización, se debe encontrar la manera de intervenir más eficazmente. Resulta necesario romper la simetría entre el trabajo doméstico y el trabajo en salud, por tanto, se requiere promover medidas que apunten a la conciliación trabajo/familia para los miembros de las organizaciones. A su vez, es importante fortalecer el trabajo de articulación de cada organización en redes de cooperación interorganizacional y con el sector público para sumar acciones y esfuerzos que garanticen la salud de la población en un contexto de equidad²⁴.

22. Geurts, 2005

23. Sabater 2014, *Ibidem*

24. Rico y Marco 2006, *Ibidem*

Más aún, en lo que respecta al sector salud de Argentina, una proporción muy alta de las trabajadoras en salud, son jefas de hogar (el 48 %, frente al 41 % en el caso del resto de trabajadoras) y el 53,8 % tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7 % tiene hijas o hijos menores de 5 años. Esta situación refleja la doble carga de cuidado que enfrentan las trabajadoras de la salud, quienes combinan su trabajo remunerado en tareas de cuidado con el cuidado no remunerado en sus hogares, muchas veces monomarentales y con presencia de niñas y niños²⁵.

Concretamente, las trabajadoras de la salud realizan casi una hora más por día de trabajo doméstico no remunerado en comparación con sus colegas varones. El hecho de que un porcentaje tan alto de ellas esté económicamente a cargo de un hogar con presencia de niñas y niños, introduce una vulnerabilidad adicional que no siempre está acompañada de altos ingresos, por lo que, muchas trabajadoras de la salud deben acudir a sus redes familiares para el cuidado de sus niñas y niños²⁶. Sumado a lo anterior, la mujer renuncia a actividades como sus aficiones, las reuniones, el deporte, los medios de comunicación y la vida social por su dedicación a las tareas del hogar y de cuidados²⁷.

5. EL COMPLICADO Y COMPLICANTE ROL DE LA MUJER FRENTE A LA VIOLENCIA LABORAL

De lo dicho en los apartados anteriores se infiere que, por años y años, las mujeres han sido proveedoras de una gran parte de servicios y atención a la salud en diversas instituciones sociales y familiares. En consecuencia, es en la población femenina donde está una gran parte no sólo de los conocimientos médicos, sino de la parte médica real: es decir, la práctica de curar enfermedades. Más aún, una enfermedad, el sufrimiento, la incapacidad y la eminencia de muerte, también enfrentan al paciente y a sus familiares con problemas de ajuste emocional, lo que puede plantear a las mujeres profesionales de la salud, ciertos problemas de ajuste personal. Solo por dar un ejemplo, las enfermeras adoptan un grado de responsabilidad importante, y en ocasiones, tienen que reprimir sus sentimientos o contener sus emociones a fin de poder promover el bienestar de las personas que atienden. Son inevitables las presiones a las que están sujetas, especialmente cuando tienen a su cargo el cuidado de personas²⁸.

Sin embargo, su rol sigue y seguirá siendo fundamental, ya que de todas maneras ellas tienen que “sacar el trabajo”, porque ellas trabajan con vidas humanas²⁹.

25. East et al 2020, *Ibidem*

26. East et al 2020, *Ídem*

27. Sabater 2014, *Ibidem*

28. Huerta 1997, *Ibidem*

29. Sánchez y Montoya, 2003

Por otro lado, resulta importante destacar que, debido el acoso que sufren las mujeres en sus trabajos no es fácil de enfrentar, por tanto, el miedo de víctimas y testigos a perder el empleo y la revictimización que sufren las afectadas durante los procesos judiciales, desalientan la denuncia. En este sentido, la comunicación de riesgo de la violencia laboral de género: aborda el diseño e implementación de acciones en torno a la comunicación de riesgo frente a las causas y efectos de la violencia laboral de género en los equipos de trabajo y en la organización; enfatizando la deconstrucción de los estereotipos de género predominantes en el sector salud³⁰.

En este punto, es donde emerge el concepto de violencia o maltrato laboral, dado que, la enorme mayoría de los estudios académicos, así como los informes de organismos internacionales como OMS y OIT coinciden en afirmar que el sector laboral más expuesto a la violencia laboral es el sector salud. La información existente da cuenta de modo claro que la agresión verbal y las amenazas de violencia son mucho más comunes que la violencia física³¹.

Por ejemplo, en la Unión Europea el sector de la salud ocupó el lugar más alto en materia de exposición a la violencia y el acoso (OIT, 2019). En Argentina, el riesgo dentro del sector es significativamente mayor en las mujeres que en los varones. En comparación con sus colegas varones, las trabajadoras de la salud realizan en promedio más horas extras, son más vulnerables a episodios de violencia laboral³².

Ahora bien, atendiendo a la centralidad del trabajo ya mencionada, la VL ha sido considerada la epidemia del siglo XXI, siendo identificada como uno de los mayores estresores en el trabajo, debido a su magnitud y a los nocivos efectos en las personas y las organizaciones³³. De este modo, tal es el impacto de la VL en el sector salud que se evidencian repercusiones negativas en la atención a pacientes³⁴ puesto que la calidad de atención se encuentra mediada por los funcionarios del área³⁵.

Siguiendo este orden de ideas, otra forma de identificar a la VL desde el concepto de intimidación en el lugar de trabajo, esto es, “la exposición directa a un comportamiento negativo, sistemático y prolongado en el trabajo” proveniente de superiores, compañeros de trabajo, subalternos y/o usuarios³⁶.

Otros autores, ponen atención en los estilos de liderazgo, y señalan que presentan un fuerte vínculo con la VL y la salud mental. Tal es el vínculo entre el liderazgo y VL, que el mismo autor, definió un tipo de VL interna (mobbing) como la tiranía

30. Espina Sandoval *et al*, 2021

31. Wlosko y Ros, 2008

32. East et al 2020, *Ibidem*

33. Di Martino, 2002; 2003

34. Cavanaugh, 2014; Yada, 2014

35. Who, 2000

36. Palma et al, 2022

de un líder que muestra su poder por medio de la arbitrariedad, el auto engrandecimiento y el menosprecio de los subordinados³⁷.

Particularmente, la exposición a liderazgo tiránico –en que el líder manipula y humilla a los subordinados para que hagan el trabajo con el fin de resguardar los intereses de la organización, sin importar el bienestar de los/as trabajadores/as³⁸– se ha relacionado positivamente con la VL³⁹. Con todo, se infiere la relevancia de considerar la importancia de la asimetría de poder al estudiar la violencia al interior de las organizaciones⁴⁰

En el mismo sentido, la violencia erosiona las bases de la convivencia en una organización, afectando la calidad del ambiente y clima organizacional. A nivel de las personas, los efectos de la violencia no sólo se restringen a las relaciones entre trabajadoras/es, sino que se alojan en los cuerpos silenciosamente. La violencia no sólo tiene serias repercusiones en la vida de la persona que la sufre, afectando su autoestima, su calidad de vida y su desempeño laboral, sino que también afecta su entorno familiar y su equipo de trabajo⁴¹.

En otro orden de ideas, la falta de reciprocidad entre los esfuerzos invertidos y las recompensas recibidas –perspectivas de promoción, seguridad en el empleo, estima relacionada con el desempeño– provoca fuertes emociones negativas y ello puede conducir a conflictos interpersonales que, si no se resuelven adecuadamente, resulten en violencia tanto entre trabajadores como de parte de los usuarios, esto último por el deterioro de la calidad de la atención que puede producirse⁴². Por otro lado, el desbalance esfuerzo-recompensa, independientemente de la intensidad de la VL, puede afectar la salud mental, particularmente en mujeres⁴³.

Asimismo, otra consecuencia de la sobrecarga de trabajo es la reducción y empobrecimiento de los mecanismos de comunicación y cooperación entre trabajadores y trabajadoras. La rivalidad y competencia desata conflictos interpersonales que invisibilizan las responsabilidades de la organización y los empleadores respecto de las dificultades que plantea el trabajo (“trabajamos de más porque fulanito no vino”, y no porque la organización no contrata personal suficiente, por ejemplo). De este modo, los trabajadores terminan acusándose mutuamente de insuficiencia e incompetencia; psicologizando los conflictos (tal es “loco”, tal es “perverso”, “tal enfermera es chismosa”, etc.)⁴⁴.

37. Ashforth, 1994

38. Einarsen, 2007, 2010

39. Hoel, 2010

40. Díaz Berr, 2017; Escartín, 2012; Krieger, 2001; Wlosko y Ros, 2008; Salin, 2003

41. Espina Sandoval *et al* 2021, *Íbidem*

42. Siegrist, 2009

43. López y Cabarcos, 2017

44. Wlosko y Ros, *Ibidem*

Más aún, en la articulación trabajo/calidad de vida es donde surge la definición conceptual de “maltrato laboral” a la experiencia laboral de sufrir de modo sistemático un acoso, agravio, daño, lesión, ataque, en distintos aspectos del mundo personal y laboral, que se manifiesta de modo preferencial, en el ámbito laboral, aunque las acciones pueden invadir asimismo la esfera privada del individuo. Implica a nivel de interacción humana un abuso de poder sobre la víctima, y a nivel organizacional –de perpetuarse estas acciones– el predominio de disvalores en cuanto a comportamientos de infracción y/o transgresión al valor del respeto a las personas⁴⁵.

Así, las formas de identificarlo se visibilizan en situaciones de hostigamiento, tales como: descalificaciones y desvalorizaciones verbales, indiferencia y aislamiento al maltratado, acoso sexual, maltrato físico y agresiones corporales, injurias, mentiras y amenazas, el no conseguir un trabajo acorde a las capacidades propias y estudios realizados y dejar a la persona sin lugar o elementos adecuados para desempeñar su trabajo. Las consecuencias de todo son: renuncia al trabajo, enfermedades, estrés, se cometen errores, ausencias, autodescalificación, angustia, depresión, solicitud ayuda profesional, legal, etc⁴⁶.

Por otro lado, en cuanto al acoso en el lugar de trabajo, se entiende cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica de un individuo, o que puedan poner en peligro su empleo, o degradar el clima de trabajo. Para esta autora, se puede tratar simplemente de un abuso de poder: un superior –generalmente directivo del sector medio– hace un uso excesivo de su posición jerárquica y acosa a sus subordinados por miedo a perder el control⁴⁷.

Con todo, se infiere la imperiosa necesidad de concienciación y compromiso con el Buen Trato Laboral, erradicando la Violencia de Género que busca desarrollar conciencia sobre la importancia de generar relaciones saludables en el contexto laboral, comprometiendo a toda la comunidad funcionaria con el buen trato laboral, la conciencia sobre la violencia de género en el trabajo, como una vulneración a la dignidad de la persona⁴⁸.

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presenta el análisis de los resultados obtenidos a través de las encuestas aplicadas a 60 mujeres profesionales del sector salud público y privado de la

45. Pérez Jáuregui, 2011

46. Pérez Jáuregui, Ídem

47. Irigoyen, 2001

48. Espina Sandoval *et al* 2021, *Ibidem*.

ciudad de Santa Fe entre los meses de noviembre de 2021 y febrero de 2022. En la Tabla 1 se observa: el número de casos con sus porcentajes, según profesión. En la Tabla 2 se muestra la cantidad de mujeres profesionales por sector.

Tabla 1.

Profesiones

Profesión	Nº de casos	Porcentaje
Enfermera	10	16,7
Médica	30	50,0
Otras profesiones	20	33,3
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2.

Sector de la Salud

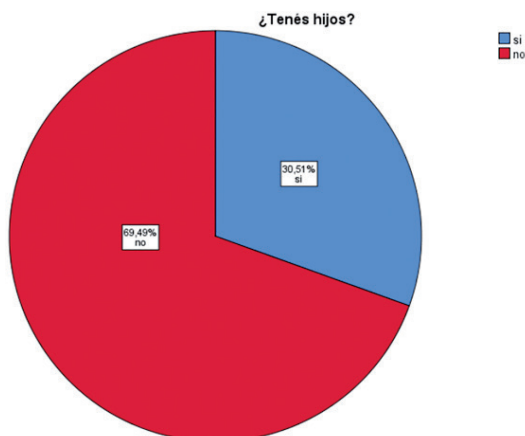
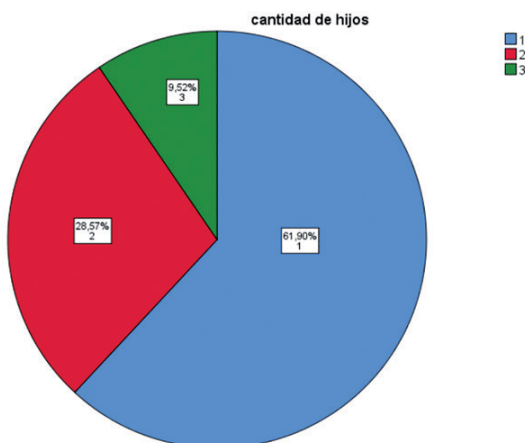
Sector	Nº de casos	Porcentaje
Público	28	46,7
Privado	32	53,3
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

6.1. Conciliación trabajo-familia

6.1.1. *Mujeres profesionales sector salud - hijos - edad*

En el Gráfico 1, se observa que, del total de las profesionales que participaron de la encuesta, resultó que la mayoría de ellas (69,49%) no tiene hijos/as y, sólo el 30,51% respondió que tiene hijos/as. Mientras que, en el Gráfico 2, se muestra que, del total de las profesionales que tienen hijo/as, el 61,90% de ellas, respondió que tiene un solo hijo/a; el 28,57% respondió que tiene dos hijos/as y solo el 9,52% tiene tres hijos/as. Por tanto, la mayoría optó por tener un solo hijo.

Gráfico 1.*Mujeres profesionales Sector Salud-Tienen hijos**Fuente:* Elaboración Propia**Gráfico 2.***Mujeres profesionales Sector Salud-Cantidad de hijos**Fuente:* Elaboración Propia

Ahora bien, para confirmar los datos de los gráficos anteriores en la Tabla 3, se observa que, cuando se compara la cantidad de hijos con la edad de las profesionales encuestadas, del total de la muestra de 60 casos, solo 21 mujeres respondieron que tienen hijos. De esos 21 casos, 13 de ellas respondieron que tienen 1 solo hijo;

6 tienen 2 hijos y solo 2 de ellas tienen 3 hijos. Más aún, las edades de quienes tienen hijos oscilan entre los 29 y 58 años. Las mujeres más jóvenes, no han optado aún por tenerlos, o bien, han retrasado esta decisión. Estos datos resultan significativos a la hora de analizar los actuales escenarios del mundo del trabajo, de nuevas formas de relación trabajo productivo-sociedad, en donde el indicador más evidente del desajuste producido entre los dos espacios: laboral y familiar, ha sido el descenso de la natalidad. Este factor es básico para el retraso de la llegada de los hijos/as (en 2012, alcanzó el máximo histórico de 31,5 años) o, incluso, de las mujeres que renuncian, limitan o posponen la formación de nuevos hogares⁴⁹.

Tabla 3.

Cantidad de hijos/as-Edad

Cantidad de Hijo/as	Edad	Cantidad de Hijo/as	Edad	Cantidad de Hijo/as	Edad
	29		35		36
	29		37	3	40
1	31	2	49		
	31		50		
	32		53		
	35		58		
	38				
	40				
	41				
	44				
	45				
	50				
	55				
Subtotal	13		6		2
Total tienen hijo/as	21				

Fuente: Elaboración Propia

49. Sabater 2014, *Ibidem*

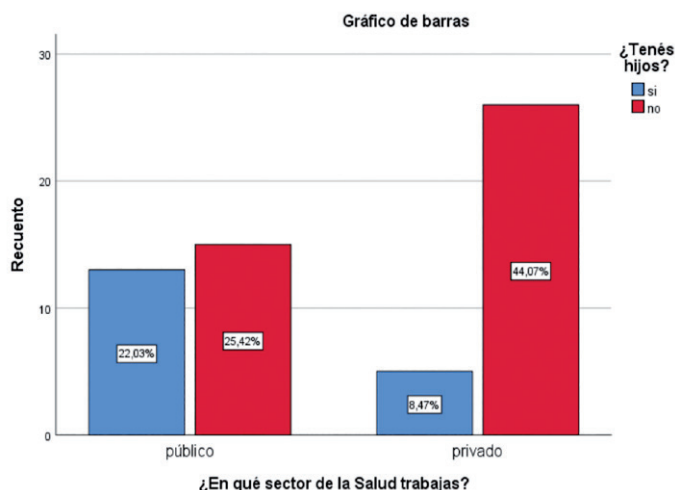
6.1.2. Relación hijos-sector-profesión

Ahora bien, si se tiene en cuenta la relación entre tener hijos y el sector de la salud para el que trabajan las mujeres encuestadas, en el Gráfico 3 se observa que, del 69,49% que manifestó no tener hijos, un 25,42% pertenece al sector público, frente a un 44,07% del sector privado, razón por la cual, es en este último sector, donde la opción de no tener hijos es la más común. Por otro lado, la opción de tener hijos en ambos sectores, fue la menos elegida, dado que, solo un 22,03% de quienes trabajan en el ámbito público, y un 8,47% en instituciones privadas, tienen hijos.

A continuación, si se analiza la relación entre, tener hijos y la profesión, en el Gráfico 4, se observa que, del total de la muestra, la respuesta negativa a tener hijos se acentúa conforme la profesión de las encuestadas. De esta manera, un 35,59% de las médicas manifestaron no tener hijos, contra un 13,56% que respondieron que sí tienen. En contraste, las enfermeras presentan una inclinación positiva hacia tener hijo/as, evidenciándose en un 11,86%, frente a un 5,08% que no tienen hijo/as. A la par, aquellas encuestadas de otras profesiones, evidencian no tener hijo/as en un 28,81%, frente a un solo 5,08% que manifestaron tenerlos.

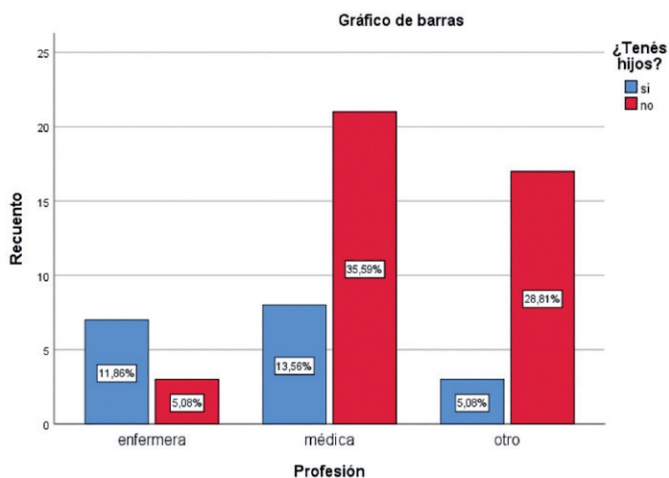
Gráfico 3.

Relación "tienen hijos y sector de la salud"



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4.
Relación “*tienen hijos y profesión*”



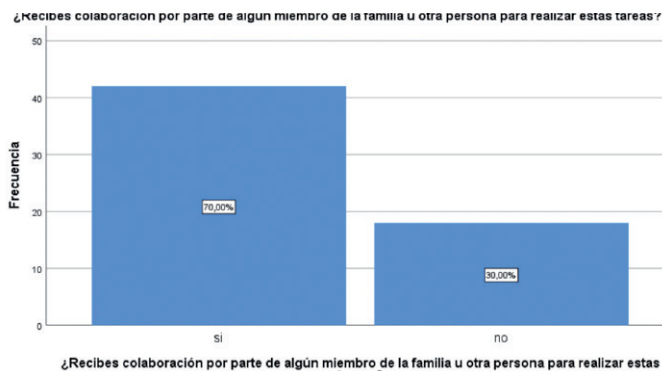
Fuente: Elaboración Propia

6.1.3. Colaboración de la familia para realizar tareas del hogar

En el Gráfico 5 se observa que el 70% del total de las mujeres encuestadas recibe colaboración de algún miembro de la familia para realizar las tareas del hogar, mientras que el 30% respondió que no recibe ayuda de su familia para hacer tareas referidas a limpieza, compras y acompañamiento de hijos/as a actividades.

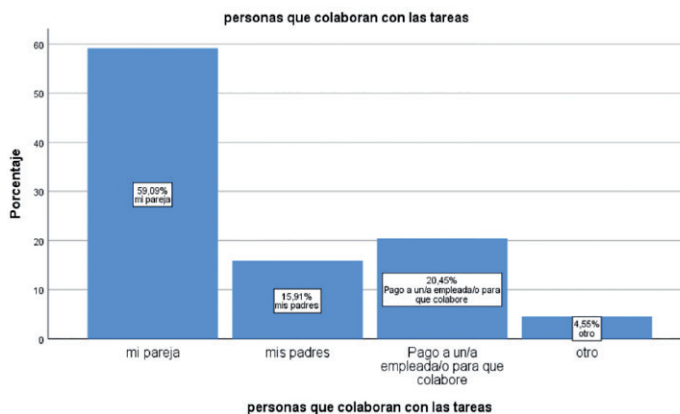
En tanto que, en el Gráfico 6, se puede observar que, del 70% que respondieron a la pregunta anterior, el 59,09% de ellas, expresó que recibe ayuda de su pareja, en tanto que, el 20,45% respondió que paga a una empleada para que colabore, el 15,91% recibe ayuda de los padres y, por último, el 4,55% recibe ayuda de otro. Para este último caso, se estima que la colaboración proviene de ayuda externa, tales como guarderías u otras entidades que podrían intervenir en la colaboración.

Gráfico 5.
Colaboración-familia en tareas del hogar



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6.
Colaboración: quién colabora



Fuente: Elaboración Propia

Los resultados obtenidos en torno a la pregunta si reciben colaboración para realizar las tareas del hogar, dan cuenta de que, en la mayoría de los casos, son las parejas de las mujeres encuestadas quienes asumen ese rol de colaboración. Al respecto, los factores protectores que ayudan a las mujeres a disminuir la presencia del conflicto

trabajo-familia, entre éstos se encontró el apoyo social, donde se destaca el del esposo, servicio doméstico y ayuda de familiares. De acuerdo con las investigaciones revisadas, éste se convierte en una variable moduladora entre situaciones estresantes relacionadas con el desempeño de roles simultáneos⁵⁰. En este sentido, una manera de afrontar la doble jornada por parte de las mujeres es poder gestionar acciones orientadas al apoyo social, el cual incluye los acuerdos de pareja en reparto de tareas a nivel doméstico; el apoyo contratado, como es el servicio doméstico y el apoyo de familiares.

6.1.4. *Maternidad*

Frente a la pregunta de cómo incide el factor maternidad al momento de ser contratadas (Gráfico 7), la mayor parte de las encuestadas se inclinaron por responder que este factor es una limitación para crecer profesionalmente, dado que, más de la mitad de ellas (55%), respondieron que “siempre” y “casi siempre” lo es. Mientras que, un 38,33% respondió que “a veces” es un factor limitante. Al tiempo que, solo un 5% respondió que “nunca” y el resto (1,67%) respondió: No sabe/No contesta. En suma, los resultados observados demuestran que, la mayoría de las encuestadas expresan que la maternidad es un factor que las instituciones tienen en cuenta a la hora de contratarlas.

Estos resultados, dan cuenta de que la maternidad efectivamente opera como un factor limitante. Lo cierto es que, sumado a este factor, la mujer presenta un proceso de adaptación de una nueva estructura familiar sometida por el peso del alargamiento de la esperanza de vida, las presiones domésticas en las que el hombre presenta una tarea auxiliar que no libera a la mujer de su papel de cuidadora del hogar, en particular de lo/as hijo/as, a lo que se agregan, las tensiones laborales de contratos con salarios inferiores, jornadas parciales y la presión de los tiempos para implementar la doble jornada laboral y doméstica en el contexto de la falta de armonización, en espacios laborales. El principal problema es la sobrecarga de rol, motivado por condiciones laborales en ocasiones más precarias, como la modalidad de contratación, el alargamiento de las jornadas y la difícil compatibilización con las tareas domésticas⁵¹.

Como contrapartida, si bien es cierto que la mujer ha logrado obtener una mayor participación en el trabajo remunerado, también le ha quitado tiempo para el cuidado de su familia, estableciendo una relación poco equilibrada entre lo laboral y familiar, dejando al descubierto la desigualdad de roles entre hombres y mujeres⁵².

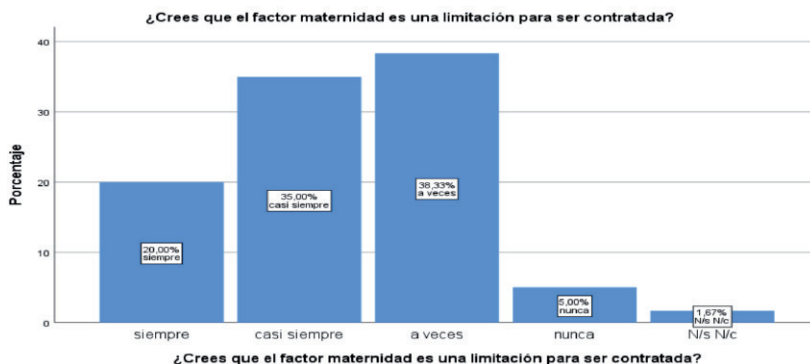
50. Álvarez y Gómez 2011, *Ibidem*

51. Álvarez y Gómez 2011, *Ibidem*

52. Sabater 2014, *Ibidem*.

Gráfico 7.

Maternidad como factor limitante para ser contratada



Fuente: Elaboración Propia

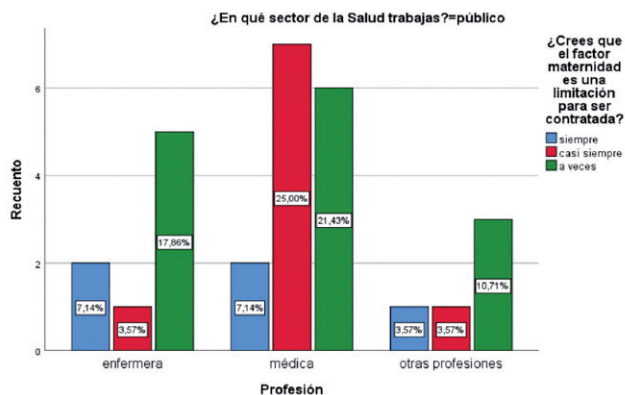
6.1.5. *Relación maternidad-contratación-según profesión y sector*

En el Gráfico 8, se observa que, en el ámbito público la percepción de la maternidad como una limitación para la contratación, varía conforme a la profesión de las encuestadas. Un 17,86% de las enfermeras perciben que a veces es un condicionamiento, mientras que un 7,14% estiman que siempre lo es, y solo un 3,57% respondieron que casi siempre están condicionadas por el factor maternidad. Por su parte, un 25% de las médicas expresan en que la maternidad casi siempre es una limitación para ser contratada, mientras que un 21,43% respondieron que solo a veces lo es, y solo un 7,14% de ellas afirman que siempre lo es. Otras profesiones indican en un 10,71% que la maternidad a veces es un factor decisivo, mientras que un 3,57% indican que siempre y casi siempre lo es.

En tanto que, en el sector privado que se presenta en el Gráfico 9, un 21,88% de las médicas estiman que “casi siempre” es un obstáculo, mientras que las respuestas de “casi siempre y a veces” se posicionan en un 12,5% en cada una de estas opciones. De esto se infiere que la mayor parte de las médicas del sector privado (34,38%) opinan que la maternidad es una limitación para ser contratadas. En otras profesiones, un 15,63% respondió que “casi siempre” la maternidad se configura como una barrera para incorporarse a la institución mientras que siempre, a veces, y nunca se ubican en un 9,38%, en cada caso. En cuanto a las enfermeras, solo un 6,25% de ellas definen que la maternidad solo a veces es una limitación para ser contratadas.

Gráfico 8.

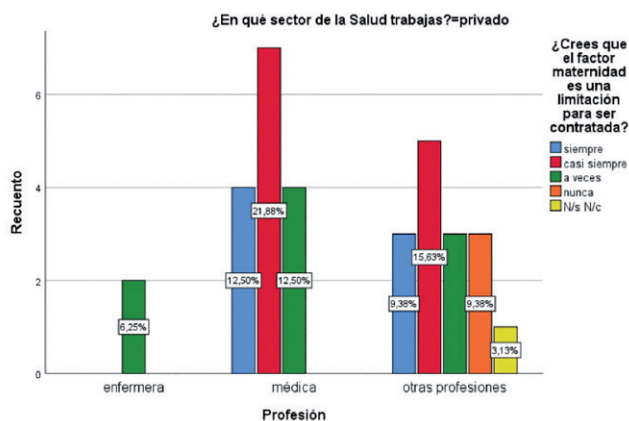
Maternidad-limitación-contratación/sector público



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9.

Maternidad-limitación-contratación/sector privado



Fuente: Elaboración Propia

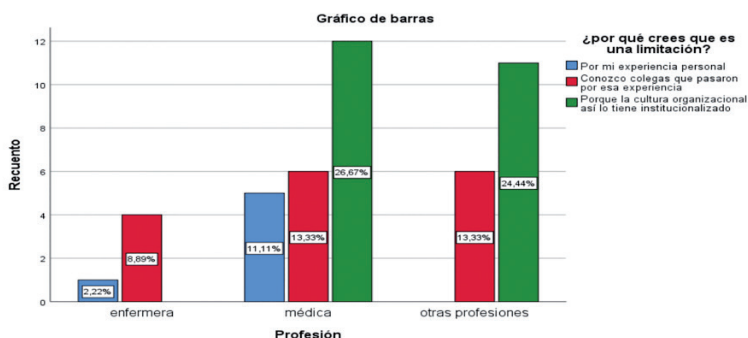
6.1.6. Relación maternidad-desarrollo profesional-según profesión

En cuanto a las razones por las cuales se concibe la maternidad como una limitación para el desarrollo profesional, varían conforme a la profesión de las encuestadas. El Gráfico 10, demuestra que un 8,89% de las enfermeras indican que conocen experiencias de colegas que confirman esta situación, y un solo 2,22% de ellas, han atravesado personalmente por situaciones afines. Por su parte, un 26,67% de las

médicas encuestadas, afirma que la cultura organizacional institucionaliza la maternidad como una barrera, un 13,33% conocen a colegas que han experimentado esta situación, mientras que, un 11,11% han vivenciado personalmente eventos en donde la maternidad se ha presentado como un factor decisivo en instancias de crecimiento profesional. Por su parte, un 24,44% de las encuestadas de otras profesiones, respondieron que, es la cultura institucional la que influye en que la maternidad sea un obstáculo para el desarrollo profesional, mientras que un 13,33% afirma conocer a colegas que han atravesado por esta experiencia. Si se agrupa a todas las profesiones, más de la mitad de las encuestadas (51,11%), respondió que la razón fundamental de la limitación por maternidad, está en la cultura organizacional que así lo tiene institucionalizado.

Gráfico 10.

Relación Maternidad-Desarrollo Profesional-Profesión



Fuente: Elaboración Propia

En atención a estos resultados que destacan que la cultura organizacional ha institucionalizado al factor maternidad como un limitante para el desarrollo de las distintas profesiones dentro del sector salud, resulta interesante mencionar aquí, que, en el campo de la salud, por tradición, la imagen del médico se asocia automáticamente con atributos masculinos, tales como competencia, ambición, independencia, dominación; en cambio, a la mujer corresponden rasgos que vinculan la femineidad a la sumisión, la compasión, la pasividad y la emotividad, todos atributos vinculados al cuidado de los niño/as o a la maternidad⁵³. De esto se infiere que efectivamente, esta cultura organizacional a pesar del transcurrir de los años, aún sigue vigente.

53. Huerta 1997, *Ibidem*

6.2. Condiciones laborales

6.2.1. Relación actividad extra-laboral según sector y profesión

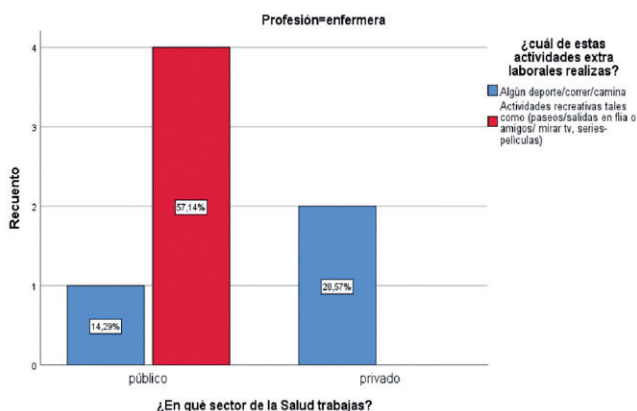
Las actividades extra-laborales realizadas varían conforme a la profesión y sector de las encuestadas. De la totalidad de las enfermeras (Gráfico 11), las que trabajan en el sector público, un 57,14% realizan actividades recreativas (salir con amigos y familia, mirar televisión, películas o series), un 14,29% participa en deportes. Mientras que, un 28,57% de aquellas que pertenecen al sector privado respondieron que realizan actividades deportivas.

Cuando se observa la totalidad médicas (Gráfico 12), que prestan servicios en el sector público, el 19,05% respondió que realizan actividades deportivas y el mismo porcentaje para actividades recreativas, mientras que las que trabajan en el sector privado, un 42,66% mostró preferencia por los deportes, y 19,05% por actividades recreativas.

Un singular resultado se observa en las respuestas de las encuestadas de otras profesiones. (Gráfico 13). En particular, de las que trabajan en el sector público un 8,33% hace deportes, así como el mismo porcentaje para actividades recreativas. Quienes trabajan en el sector privado un 33,33% realizan cursos y seminarios, mientras que el 25% de ellas, realiza tanto deportes como actividades recreativas. Como se observa, estas “otras profesiones” fuera de lo que son las enfermeras y médicas, resultaron ser las únicas que respondieron que logran realizar algún tipo de formación o capacitación fuera de su actividad laboral.

Gráfico 11.

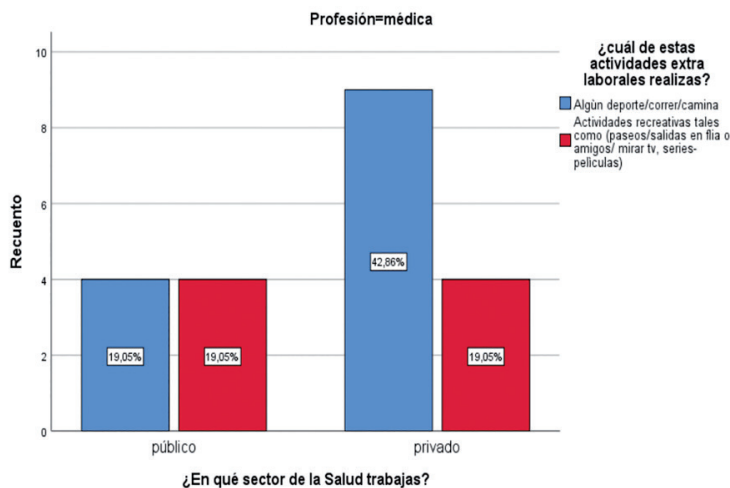
Actividades extra-laborales/enfermeras/sector



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 12.

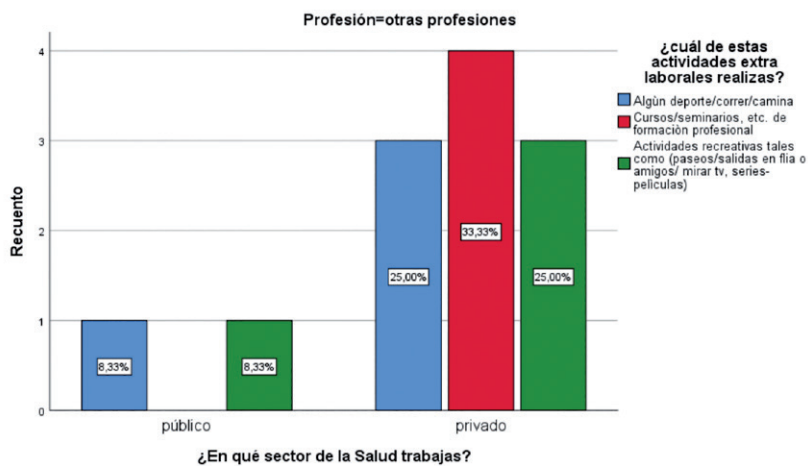
Actividades extra-laborales/médicas/sector



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 13.

Actividades extra-laborales/otras profesiones/sector



Fuente: Elaboración Propia

6.2.2. *Estudia actualmente otra carrera o profesión*

En el Gráfico 14, se observa que el 70% de las encuestadas no estudia actualmente otra carrera o profesión y el 30% si está estudiando. Mientras que, de ese 70% (Gráfico 15), no estudian por las siguientes razones: el 39,53% por la cantidad de horas y exigencias del trabajo, 18,60% debido a las exigencias y responsabilidades que implica realizar otra carrera, 16,29% debido a las condiciones económicas que exige la realización de otra carrera, 16,28% no está en sus expectativas, y 4,65% comparten las que respondieron que el tiempo dedicado a su vida personal no lo permite y “otros motivos”. Por tanto, la razón más elegida por la cual no realizan otra carrera o profesión es por la cantidad de horas y exigencias del trabajo.

De lo dicho en este apartado con relación a las condiciones laborales de las mujeres del sector salud, resultan evidentes las exigencias y sobrecarga que significa trabajar en este ámbito. Más aún, el trabajo diario de enfermeras y médicas, las enfrenta a situaciones de “curar, cuidar y salvar vidas”⁵⁴, por lo cual asumen una labor intensa, tensionante y estresante, que en parte condiciona sus vidas cotidianas. Son estas profesiones, las que en su gran mayoría demostraron preferencias por realizar actividades deportivas y recreativas, por tanto, dedican su tiempo extra a su vida personal, sin embargo, los porcentajes sobre su participación en algún tipo de formación o capacitación fuera de su actividad laboral, fue nula, a diferencia de las otras profesiones que sí manifestaron realizarlas. De este modo, como dice Huerta, es probable que, por la actitud del propio personal femenino en salud, que consiste en consagrar toda su energía a sus enfermos, hace que ellas se abstengan de prestar atención a sus propias necesidades (en particular, mayor formación o capacitación). En este sentido, la misma autora advierte que, la atención sobre las condiciones de trabajo en ámbitos de la salud, refleja la dificultad creciente de soportar una carga a menudo muy pesada, unos horarios particularmente constrictivos, un enfoque de los cuidados donde la relación humana cede ante la técnica.

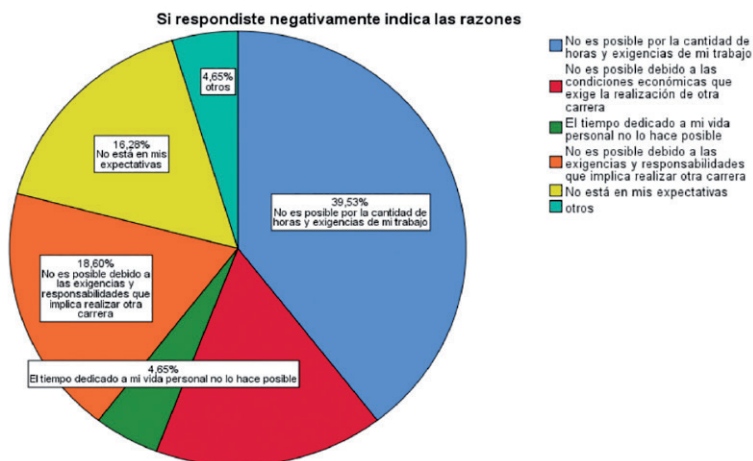
54. Huerta 1997, *Ibidem*

Gráfico 14.
Estudia otra carrera/profesión



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 15.
Razones por las que no Estudia



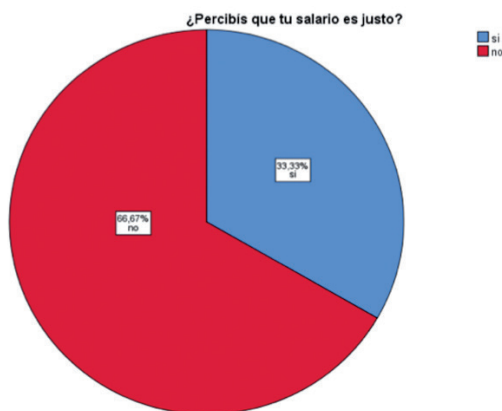
Fuente: Elaboración Propia

6.2.3. Percepción salario justo

El 66,67% (Gráfico 16) de las mujeres encuestadas perciben que su salario no es equitativo en relación a su fuerza laboral, mientras que un 33,33% de ellas lo considera justo. Ahora bien, si nos posicionamos en cada sector (Gráfico 17) se puede advertir que, el sector privado (38,33%) no percibe que su salario sea justo, por tanto, es el menos satisfecho, contra un 28,33% del sector público.

Gráfico 16.

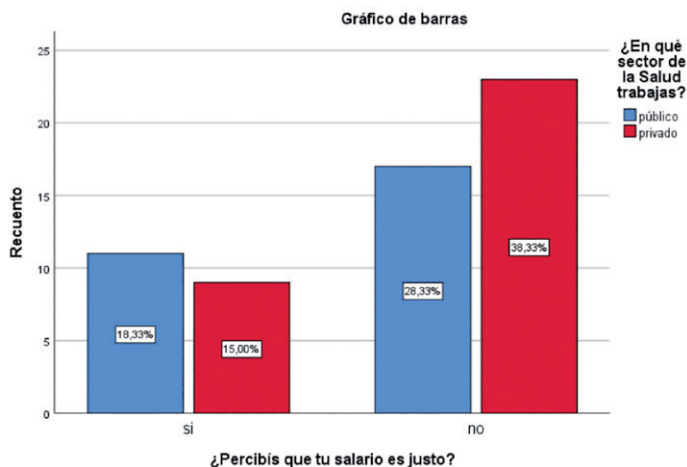
Percepción “salario justo”



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 17.

Percepción “salario justo”-según Sector



Fuente: Elaboración Propia

6.2.4. Relación salario justo-según profesión y sector

De la totalidad de la muestra, según se observa en el Gráfico 18, el 30% de las enfermeras del sector público, perciben que su salario es justo, frente a un 50% que identifica lo contrario. En tanto que, en el sector privado, un 20% de las enfermeras manifestó el descontento con su remuneración.

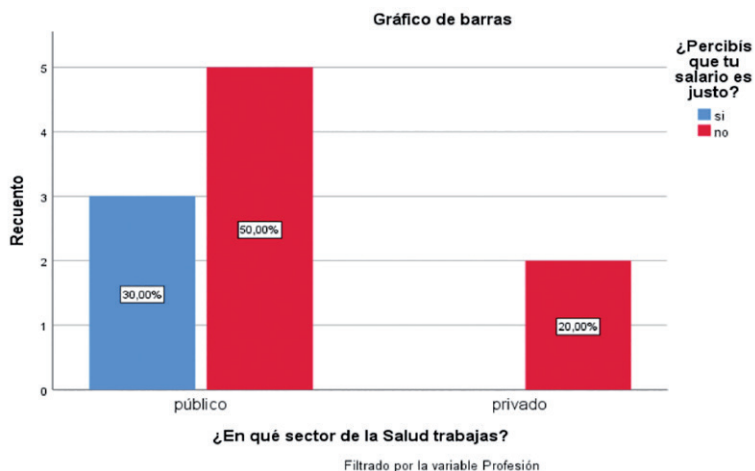
En lo referido a las médicas (Gráfico 19), en el sector público el 33,33% afirma que su sueldo no es justo, frente a un 16,67% que sí lo percibe justo. Mientras que, en el sector privado, el 36,67% afirma no estar de acuerdo con la remuneración recibida, frente a un 13,33% que indica lo contrario.

Por su parte, las otras profesiones (Gráfico 20) que prestan servicios en el sector público, un 15% respondió estar conforme con su remuneración frente a un 10% que no lo está. En tanto que, en el sector privado el 50% percibe que su sueldo no es justo, y un 25% considera que sí lo es.

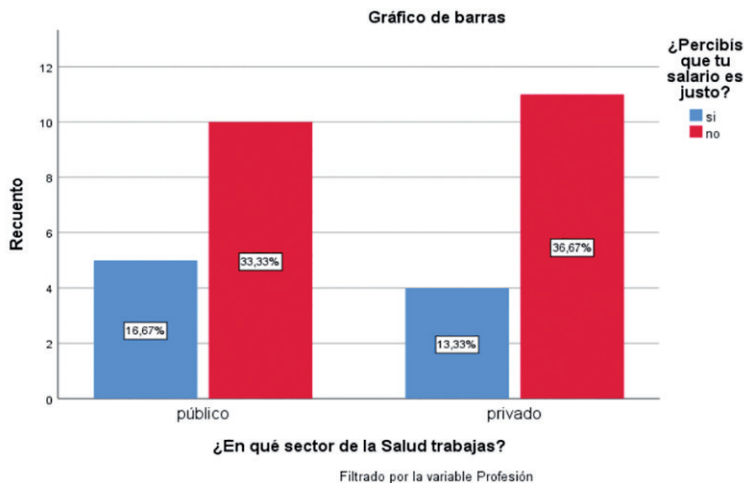
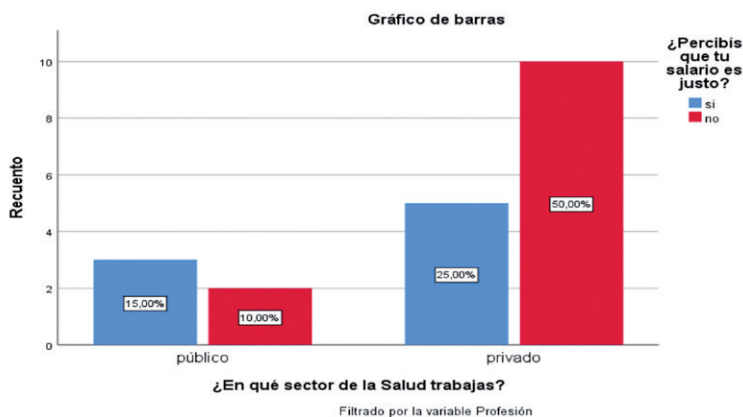
Teniendo en cuenta estos datos, los mayores porcentajes de quienes perciben que su salario no es justo, se posicionan entre las enfermeras del sector público y las otras profesiones del sector privado. Mientras que, las médicas, en ambos sectores, comparten porcentajes muy parecidos en cuanto a la percepción de un salario injusto.

Gráfico 18.

Percepción salario justo/enfermeras



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 19.*Percepción salario justo/médicas**Fuente:* Elaboración Propia**Gráfico 20.***Percepción salario justo/otras profesiones**Fuente:* Elaboración Propia

6.2.5. Opiniones sobre la percepción de los salarios

Para quienes respondieron que No percibían su salario justo, se les brindó la posibilidad de que respondan brevemente sobre las razones por las cuales opinaron así.

A continuación, se seleccionaron 14 de los testimonios más destacados respecto a la pregunta: En el caso que NO lo percibas justo, podrías describir brevemente: ¿por qué crees que tu salario no es justo?

- Los médicos cobramos según el cargo sea de 12-24-36-42 horas. En mi caso noté que cuando me nombraron priorizaron los cargos de mayor carga horaria (mayor sueldo) a mis compañeros varones interpretando que son sostén de familia. En mi caso cuando tuve pareja tampoco fue sostén económico de la familia. Eso es lo único que considero sexista como profesional. (sector privado)
- Muchas horas no hay feriado, fin de semana, fiestas ni cumpleaños. Estamos expuestas a muchas enfermedades y también psicológicamente afecta. (sector público)
- Poco reconocimiento laboral (sector público)
- Mucha exigencia y mal pago (sector privado)
- ¡Demasiado desgaste físico y mental para q solo alcance para vivir y no poder proyectarse para poder tener casa propia, entre otros! (sector público)
- Por la responsabilidad penal del médico frente al paciente. Eso no está bien remunerado. (sector público)
- Por la cantidad de horas trabajadas y las responsabilidades que me son otorgadas (sector público)
- Porque el sistema privado, no paga lo que corresponde, desgastando a los profesionales y obligándolos a tener más de un trabajo. (sector privado)
- Por mayor carga horaria de trabajo y sobrecarga de trabajo debido a que no pagan a médicos (sector público)
- En el sector privado se limitan a pagar menos de lo que corresponde. (sector privado)
- Hace 9 años estoy en formación, trabajo muchas horas diarias con al menos 8 guardias mensuales de 24 horas y percibo un salario inferior al de una persona que trabaja en otro rubro. Hablamos de aprox \$300 la hora. (sector privado)
- Por la situación económica del país Gastos Impuestos Costos Etc (sector público)
- Nunca se valora la remuneración de la labor médica (sector privado)
- Cobro 200 pesos la hora (sector privado)

Estos testimonios han sido muy valiosos dado que, las encuestadas tomaron atención al hecho de responder más allá de una simple encuesta, al tiempo que, se observa como el sector privado, es el más insatisfecho en cuanto al salario que reciben. Esto viene a constatar y a reafirmar los resultados expuestos más arriba en cuanto a la combinación salario/sector. Más aún, los testimonios muestran que esta insatisfacción, va más allá del mero hecho de sentir que su salario no es justo, también se combinan

otros factores como, problemas psicofísicos, exigencia y sobrecarga laboral, la responsabilidad social (penalizaciones), entre otros.

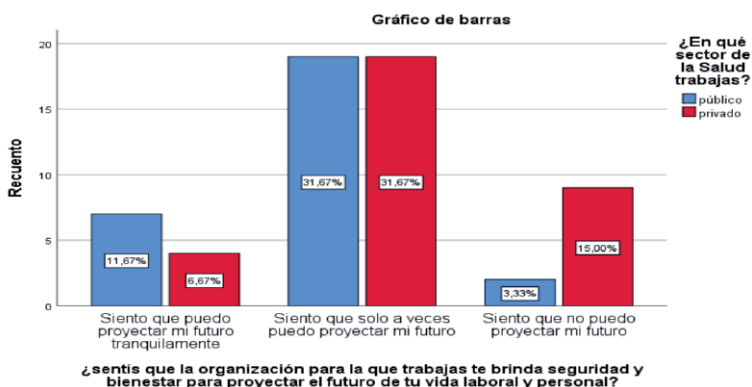
Al respecto, la existencia de un desbalance entre esfuerzo-recompensa, aumenta la susceptibilidad de presentar estrés laboral y enfermedades⁵⁵. Al tiempo que, se reafirma esta problemática señalando que, existen implicaciones psicosociales, manifestadas en la salud psicológica y física. Problemas a nivel psicológico, específicamente lo relacionado con cambios en el estado de ánimo. Le siguen los problemas a nivel de salud física, especialmente lo relacionado con cansancio físico, dolores de cabeza y problemas gastrointestinales⁵⁶.

6.2.6. Percepción proyección de futuro – según sector

Ahora bien, teniendo en cuenta el sector en el que trabajan, cuando se les preguntó si sienten que la organización les brinda seguridad y bienestar para proyectar el futuro de su vida laboral y personal, en el Gráfico 21 vemos que, reuniendo a ambos sectores, la mayoría de las mujeres profesionales (63,34%), respondió que “solo a veces pueden proyectar su futuro”. Mientras que, es en el sector privado el menos satisfecho en cuanto a la percepción de seguridad y bienestar para la proyección de su futuro, dado que, un 46,6% siente que solo a veces o nunca, puede proyectarlo, frente a un 35% que respondió lo mismo en el sector público. Con todo, se advierte que, solo un 6,67% del sector privado y 11,67% del sector público, siente que puede proyectar su futuro tranquilamente.

Gráfico 21.

Percepción proyección de futuro – según sector



Fuente: Elaboración Propia

55. Siegrist, 2009 en Palma *et al* 2022, *Ibidem*

56. Álvarez y Gómez 2011, *Ibidem*

Estos resultados que dan cierre a este apartado, permiten inferir que, factores como la falta de reciprocidad entre los esfuerzos invertidos y las recompensas recibidas - perspectivas de un proyecto, seguridad en el empleo, entre otros, provoca fuertes emociones negativas⁵⁷ y ello puede conducir a conflictos interpersonales que, si no se resuelven adecuadamente, resulten en violencia tanto entre trabajadores como de parte de los usuarios, esto último por el deterioro de la calidad de la atención que puede producirse⁵⁸.

6.3. Violencia laboral

6.3.1. Experiencias de hostigamiento

En el Gráfico 22 se puede observar que, de la totalidad de la población encuestada, el 66,67% respondió que transitó o ha transitado alguna situación de hostigamiento en el ámbito laboral y experimentado sentimientos como el desánimo, desprecio, miedo o intranquilidad constante. Mientras que el 33,33% restante, comparte que no experimentó ninguna situación de esta naturaleza.

Ahora bien, cuando se les consultó sobre quién ejerció hostigamiento (Gráfico 23), el 58,54% de las encuestadas respondió que lo hizo alguien de un nivel laboral superior, un 14,63% un alguien de su mismo nivel laboral, el 12,20 % alguien de género opuesto, un 9,76% lo hizo alguien del mismo género y un 4,88% alguien de un nivel laboral inferior.

Teniendo en cuenta estos resultados tan contundentes y notables, en donde la mayor parte de las encuestadas no dudaron en responder que recibieron hostigamiento por parte del personal de nivel superior, resulta importante destacar que, la calidad del liderazgo desempeña un papel central en el establecimiento de condiciones de trabajo que pueden conducir o prevenir experiencias de violencia laboral. Particularmente, la exposición a liderazgo tiránico, en que el líder manipula y humilla a los subordinados para que hagan el trabajo con el fin de resguardar los intereses de la organización, sin importar el bienestar de los/as trabajadores/as⁵⁹.

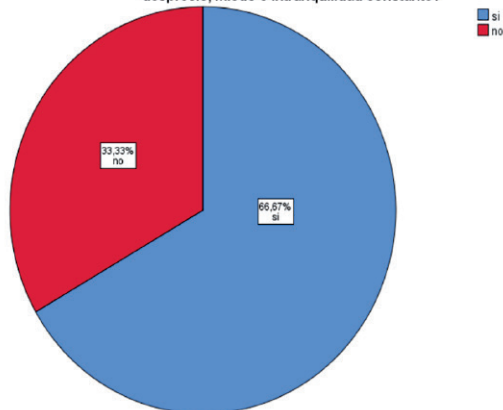
57. Siegrist, 2009 en Palma *et al* 2022, *Ibidem*

58. Palma *et al* 2022, *Ibidem*

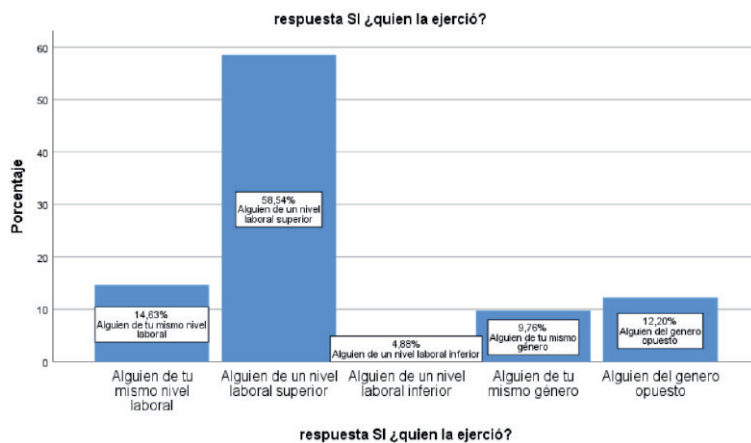
59. Francioli, 2018, en Palma *et al* 2022, *Ídem*

Gráfico 22.*Experiencias de situaciones de hostigamiento*

¿Transitás o has transitado por alguna situación de hostigamiento conducente a producirte desánimo, desprecio, miedo o intranquilidad constante?



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 23.*Quien ejerció el hostigamiento*

Fuente: Elaboración Propia

6.3.2. Comunicación a la organización sobre la situación vivida

En el Gráfico 24, se observa que el 51,16%, es decir, más de la mitad de las mujeres encuestadas, no pudieron comunicar a la organización sobre la situación vivida, y el

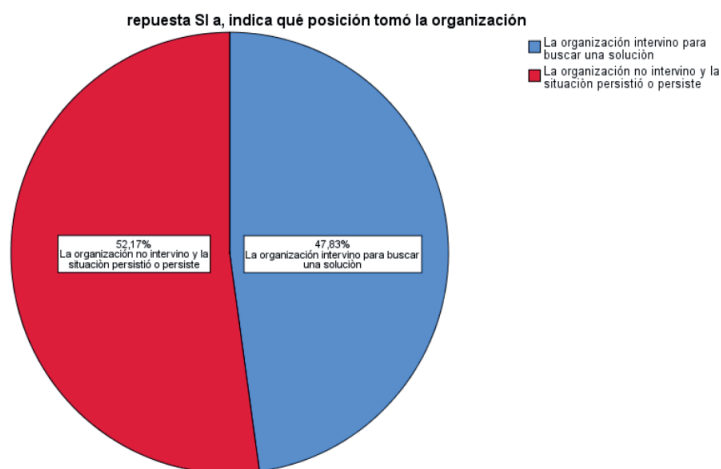
48.84 % sí lo pudo hacer. Mientras que, cuando se les preguntó qué posición tomó la organización al momento de ser informada sobre hostigamiento laboral (Gráfico 25), el 52,17 % respondió que no intervino y la situación persistió o aún persiste; reforzando así este escenario. En tanto que, el 47,83% restante, manifestó que la organización intervino en busca de una solución.

Gráfico 24.
Pudo comunicar a la organización



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 25.
Posición de la organización



Fuente: Elaboración Propia

Estos resultados advierten sobre la importancia y el rol central que tienen las instituciones en cuanto al diseño e implementación de acciones sobre comunicación de riesgo frente a las causas y efectos de la violencia laboral de género en la organización. Estas acciones tendientes a reducir o a terminar con el miedo de víctimas y testigos que desalientan la denuncia, al mismo tiempo, evitan transformar al ámbito del trabajo en un espacio de reproducción del sistema de relaciones sociales en un sentido amplio, y en particular, del sistema de relaciones de género, que desvaloriza y discrimina a las mujeres⁶⁰.

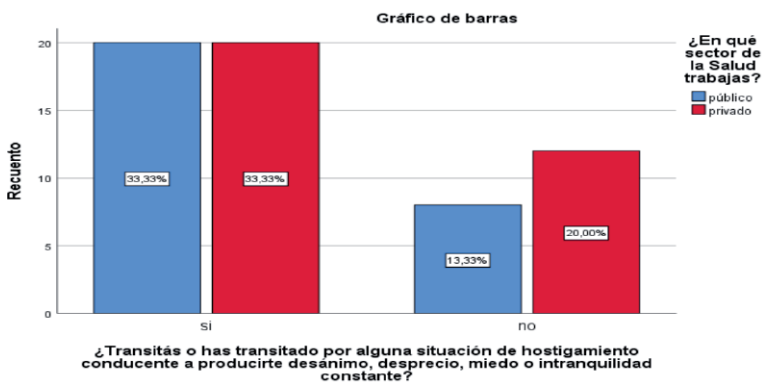
6.3.3. Relación situación de hostigamiento-según sector y profesión

Mientras que, anteriormente en el Gráfico 22 se demostró que un gran porcentaje (66,67%) de las mujeres profesionales del sector salud (público y privado), han vivido situaciones de hostigamiento, en este apartado, el foco de atención está puesto en el sector y la profesión a la que pertenecen, según la misma variable “hostigamiento”.

Ahora bien, si se tiene en cuenta solo el sector al que pertenecen, en el siguiente Gráfico 26, se observa que, si bien los porcentajes de ambos sectores son similares (33,33% en cada uno) que respondieron que sí experimentaron hostigamiento, es el sector público en donde más se producen estas situaciones, 33,33% frente a un 13,33% que respondió que no las transitó. En tanto que, en el sector privado, el 33,33% manifestó haber vivido este tipo de situaciones y un 20% respondió que no las experimentó.

Gráfico 26.

Situación de hostigamiento según sector



Fuente: Elaboración Propia

60. Espina Sandoval *et al* 2021, *Ibidem*.

Siguiendo esta línea de análisis, de la totalidad de las enfermeras (Gráfico 27) un 60% perteneciente al sector público, manifestó haber transitado por una situación de hostigamiento, frente a un 20% que respondió que no la vivenció. En el sector privado, las respuestas están repartidas en un 10% para quienes han vivenciado hostigamiento, al igual que quienes no la han vivenciado.

En tanto que, en el Gráfico 27, se observa que, el 33,33% de la totalidad de las médicas del sector público, afirman haber experimentado situaciones de hostigamiento, frente a un 16,67% que no las han vivenciado. Ahora bien, en el sector privado un 36,67% de las encuestadas indica haber sufrido situaciones de hostigamiento, mientras que un 13,33% respondió que no las han experimentado.

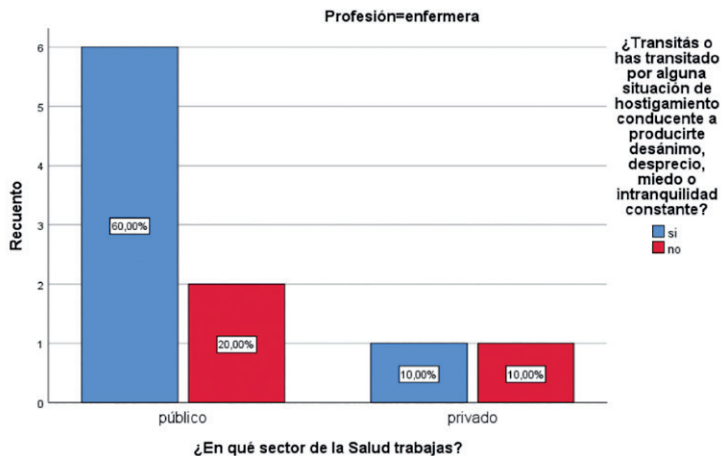
En cuanto a otras profesiones (Gráfico 28), un 20% de las encuestadas que trabajan en el sector público, han vivenciado situaciones de hostigamiento, mientras que 5% no lo han experimentado. Por el contrario, el 40% de las profesionales que prestan servicios al sector privado han sufrido estas experiencias, frente a un 35% que no las vivenció.

Estos Resultados demuestran que, son las enfermeras que trabajan en el sector público y las mujeres de otras profesiones del sector privado, son las que mayormente han transitado o transitan por situaciones de hostigamiento laboral, mientras que, las médicas experimentaron esta situación en porcentajes muy similares en ambos sectores.

En particular, en lo que respecta a las enfermeras, es posible hipotetizar que una porción significativa de la violencia laboral que se suscita en el trabajo del personal de enfermería - específicamente del sector público - se debe a que la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real se acrecienta a un punto tal, que el sujeto se ve llevado - a fin de poder realizar su trabajo - a transgredir las normas y procedimientos prescriptos por la organización o por las jefaturas; o bien, al tratar de hacer cumplir el trabajo en función de las normativas y procedimientos, se ve llevado a situaciones de VL que no son contenidas ni consideradas por los responsables de la gestión institucional⁶¹.

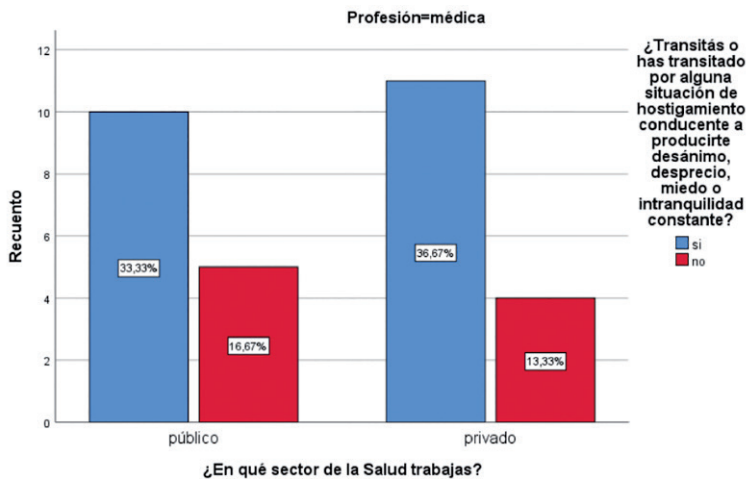
61. Wlosko y Ros 2008, *Ibidem*

Gráfico 27.
Situación de hostigamiento/enfermeras/sector



Fuente: Elaboración Propia

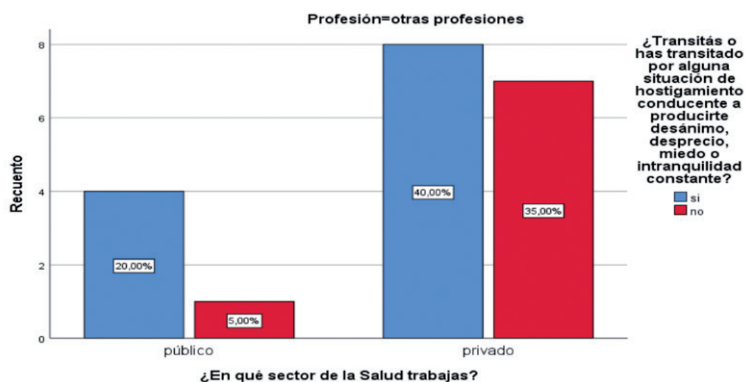
Gráfico 28.
Situación de hostigamiento/médicas/sector



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 29.

Situación de hostigamiento/otras profesiones/sector



Fuente: Elaboración Propia

7. CONCLUSIONES

El presente artículo tuvo por objetivo central, evaluar determinados factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud (público y privado) en la ciudad de Santa Fe (2021-2022).

En atención a este objetivo, los datos relevados en esta investigación, nos permiten confirmar que, a pesar de los avances en materia de inclusión de la mujer en el mercado laboral mundial, al día de hoy, es una asignatura pendiente.

En particular, resulta evidente que el objeto de trabajo de las instituciones de salud es “el cuerpo humano enfermo y la relación que se guarda con él”, con todas las implicaciones que trae consigo una relación humana en condiciones de enfermedad, sufrimiento y, en ocasiones, en peligro de muerte. Por estas razones, el trabajo de los y las profesionales de la salud, es sumamente estresante, complicado y complicante, donde la mujer, cobra un rol central, por tanto, su labor tiene implicancias en su vida personal, familiar y por supuesto, profesional. Es más, durante la Pandemia del COVID-19, que tuvo su mayor efecto durante los años 2020 y 2021, quedó demostrado que, sin lugar a dudas el trabajo de la mujer en el sector salud, ha sido y es central.

Frente a ello, los resultados de este estudio que llevamos adelante en Santa Fe, fueron reveladores en las tres dimensiones abordadas. Con respecto a la conciliación de la vida familiar y laboral, podemos afirmar que la opción de no tener hijos por parte de las mujeres profesionales encuestadas, fue la más elegida, al tiempo que, la mayoría de ellas, solo tiene un hijo. Estos datos hacen evidente el desajuste producido entre los dos espacios: laboral y familiar, lo que confirma, entre otras consecuencias,

la tendencia al descenso de la natalidad⁶². Más aún, las edades de quienes tienen hijos oscilan entre los 29 y 58 años, mientras que, las mujeres más jóvenes, no han optado aún por tenerlos, o bien, retrasan esta decisión.

Al mismo tiempo, las encuestadas respondieron que, para llevar adelante las tareas de la vida cotidiana, la mayor colaboración proviene de sus parejas, seguida de personas a quienes pagan para que hagan las labores, y en menor medida reciben ayuda de algún familiar. Estos “factores protectores”⁶³ ayudan a las mujeres a disminuir la presencia del conflicto trabajo-familia, por tanto, resultan sumamente necesarios para las mujeres de este sector.

Por otro lado, un factor que tiene fuertes implicancias, es el de la maternidad. La mayor parte de las mujeres encuestadas respondieron que es una limitación para ser contratadas y para crecer profesionalmente. En sus respuestas fueron contundentes: es la cultura institucional la que influye en que la maternidad sea un obstáculo para el desarrollo profesional.

En cuanto a las condiciones laborales y su vinculación con la posibilidad de realizar actividades extra-laborales, quedó demostrado que, la labor intensa, tensionante y estresante, que cumplen estas mujeres, condiciona sus vidas cotidianas. Un resultado llamativo fue que las médicas y enfermeras, dedican su tiempo libre específicamente a su vida personal, ya que demostraron preferencias por realizar actividades deportivas y recreativas, en tanto que, su participación en algún tipo de formación o capacitación fuera de su actividad laboral, fue nula, a diferencia de las otras profesiones que sí manifestaron realizarlas. Esta situación nos advierte que, las instituciones de salud han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional⁶⁴.

En lo que respecta al factor salario, la mayoría de las mujeres encuestadas perciben que el mismo, no es justo con relación a su trabajo. Ahora bien, el sector privado es el más insatisfecho comparado con el sector público. Mientras que, de las profesiones, la opinión de un salario injusto crece entre las enfermeras del sector público y en las otras profesiones del sector privado. Como dato llamativo, los testimonios dan cuenta que esta insatisfacción, va más allá del mero hecho de sentir que su salario no es justo, también se combinan otros factores tales como, problemas psíquicos, exigencia y sobrecarga laboral, la responsabilidad social (penalidades), entre otros. En suma, factores como la falta de reciprocidad entre los esfuerzos invertidos y las recompensas recibidas - perspectivas de un proyecto, seguridad en el empleo, entre otros-, provoca fuertes emociones negativas en las mujeres encuestadas.

Por último, los resultados sobre violencia laboral, fueron contundentes, notables y preocupantes, ya que la mayor parte de las encuestadas no dudaron en responder que recibieron hostigamiento o que conocen a alguien que lo recibió, en particular,

62. Sabater 2014, *Ibidem*

63. Álvarez y Gómez 2011, *Ibidem*

64. Rico y Marco 2006, *Ibidem*

esta situación fue o es ejercida por parte del personal de nivel superior, y se manifiesta más en el sector público que en el ámbito privado. Ahora bien, si se toman en cuenta las profesiones, una porción significativa de la violencia laboral se suscita en el trabajo del personal de enfermería - específicamente del sector público, en donde la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real se acrecienta al punto tal, de transgredir normas y procedimientos prescritos por la organización o por las jefaturas⁶⁵.

Un dato que se agrega a los resultados sobre violencia laboral, son los altos niveles de escasa comunicación de riesgo sobre esta problemática. Esta situación interpela a las instituciones santafesinas de la salud, a implementar acciones tendientes a reducir o a terminar con el miedo de víctimas y testigos que desalientan la denuncia. En este sentido, las organizaciones de mujeres que se encuentran prestando servicios de salud son las más indicadas para difundir que, en estas condiciones de vulnerabilidad en el empleo, no es posible empoderar a las mujeres⁶⁶.

De lo dicho hasta aquí podemos concluir en que, debido a la importancia de la labor que desarrollan las mujeres profesionales del sector salud santafesino, resulta imperiosa la acción del Estado (provincial/municipal) como Institución integradora, sumada a la acción conjunta de las Instituciones de Salud, tanto públicas como privadas, y de otros actores clave como los Sindicatos. Por tanto, teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación, y en atención a las tres dimensiones estudiadas, se proponen las siguientes acciones:

1. La conciliación de la vida familiar y laboral de las mujeres, requiere de esfuerzos organizacionales que dinamicen la institucionalización de “factores protectores” (incremento en los servicios de guarderías propias de cada organización, alargamiento de turnos en servicios escolares, colaboración de cuidadore/as al interior de las organizaciones, etc), entre otras acciones, como formas de afrontar la doble jornada (doméstica y laboral), orientadas a mejorar la calidad de su vida personal y profesional.
2. Las condiciones laborales con relación al salario de las profesionales, es una problemática clave y postergada en el sector salud santafesino. Estas mujeres perciben, aún al día de hoy, y a pesar de los avances en materia de equidad salarial, la existencia de profundas desigualdades en comparación con sus colegas varones. Sin dudas, esta problemática está presente en mayor medida en el sector privado, que, a juicio de las trabajadoras, es el más castigado. Nuevamente aquí, se requiere del esfuerzo en conjunto del Estado, Instituciones de la Salud y los Sindicatos, a fin de gestionar acciones permanentes, que, específicamente, signifiquen una puesta en valor del reconocimiento y el prestigio profesional de estas mujeres.

65. Wlosko y Ros 2008, *Ibidem*

66. Rico y Marco 2006, *Ibidem*

3. Los preocupantes niveles de violencia laboral son un llamado de atención urgente a todas las Instituciones de la Salud santafesinas en su conjunto. El desafío reside en enfrentar de forma activa, continua y consistente esta problemática como flagelo institucional. Mucho se dice, pero poco se hace: los resultados hablaron. Principalmente, el sector público de la salud resultó ser el más afectado en cuanto a violencia laboral, esto interpela al Estado y requiere en lo inmediato, de la implementación de un proceso integral de comunicación y capacitación que reduzca o termine con los altos niveles de maltrato, prejuicios y estereotipos contra las mujeres del sector, así como la proyección de estas acciones hacia el sector privado, en donde también se presenta esta problemática. Si bien la aplicación de acciones en el marco de la Ley (nacional) Micaela, está vigente, se necesita una proyección de orden provincial que abarque a ambos sectores (público y privado), que sea eficaz y, sobre todo, efectiva y continua, ya que la violencia en todas sus formas es un flagelo continuo que pareciera no tener fin.

En otras palabras, el acompañamiento institucional, incluso de los medios de comunicación a través de acciones de información y el lanzamiento de campañas masivas, pueden contribuir a deconstruir estereotipos de género con respecto a las profesiones de las mujeres del sector. Su salud, seguridad y estabilidad económica tienen que ser protegidas como parte de los esfuerzos imprescindibles, para asegurar el rol de la mujer en el Sector de la Salud, como mediadora, en definitiva, del bienestar de toda la población.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A. y Gómez, I.C. (2011). “Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo”. *Pensamiento Psicológico*, Volumen 9, 16, 89-106. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80118612006>
- Arendt, H. (2002), *A condigno humana*, Rio de Janeiro: Forense Universitaria.
- Ashforth, B. (1994), “Petty tyranny in organizations”, *Human Relations*, 47(7), 755-778. <https://doi.org/10.1177/001872679404700701>
- Campos-Serna, J.; Ronda-Pérez, E. y otros (2012). “Desigualdades de género en salud laboral en España”. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000400009
- Cavanaugh, C., Campbell, J. & Messing, J. T. (2014), “A longitudinal study of the impact of cumulative violence victimization on comorbid posttraumatic stress and depression among female nurses and nursing personnel”, *Workplace Health & Safety*, 62(6), 224-232. <https://doi.org/10.1177/216507991406200602>

- Díaz Berr, X., Mauro Cardarelli, A., Ansoleaga Moreno, E. & Toro Cifuentes, J. P. (2017), “Violencia de género en el trabajo en Chile. Un campo de estudio ignorado”, *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 42-48. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000100042>
- Di Martino, V. (2002), “Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study”, *Synthesis report. International Labor Organization*, https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf
- East, S.; Laurence, T. & López Mourelo, E. (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. OIT. UNFPA. ONU MUJERES.
- Einarsen, S., Aasland, M. S. & Skogstad, A. (2007), “Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model”, *The Leadership Quarterly*, 18(3), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.002>
- Einarsen, S., Skogstad, A. & Aasland, M. S. (2010), “The nature, prevalence, and outcomes of destructive leadership: A behavioral and conglomerate approach”, B. Schyns & T. Hansbrough (Eds.), *When leadership goes wrong: Destructive leadership, mistakes, and ethical failures* (pp. 145-174). Information Age.
- Escartín, J., Sora, B., Rodríguez-Muñoz, A. & Rodríguez-Carballeira, A. (2012). “Adaptación y validación de la versión española de la Escala de Conductas Negativas en el Trabajo Realizadas por Acosadores: NAQ-Perpetrators”, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 28(3), 157-170. <https://doi.org/10.5093/tr2012a13>
- García-Roa, E. y Tapias-Torrado, L. (2012), “Discriminación y exclusión de las mujeres trabajadoras del sector salud en Colombia —Empleo, un tema pendiente para avanzar en la equidad de género en salud”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá (Colombia).
- Geurts, S., Taris, T., Kompier, M. A & otros (2005), “Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING”, *Work & Stress*, 19(4), 319-339. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500410208#preview>
- Hoel, H., Glaso, L., Hetland, J., Cooper, C. L. & Einarsen, S. (2010), “Leadership styles as predictors of self-reported and observed workplace bullying”, *British Journal of Management*, 21(2), 453-468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2009.00664.x>
- Huerta, V. (1997), “Género y trabajo: la enfermería Universidad de Guadalajara”, *Revista de Estudios de Género*. Vol.1 Núm. 6. Disponible en: <https://doi.org/10.32870/lv.v1i6.312>

- Irigoyen, M. (2001), *El acoso moral en el trabajo*, Bs As: Paidó
- Lessa, S. (2002), *Mundo dos homens. Trabalho e ser social*, Sao Paulo: Boitempo.
- López-Cabarcos, M. Á., Vázquez-Rodríguez, P. & Gieure, C. (2017), “Gender and age differences in the psychosocial risk factors of workplace bullying”, *Psychology & Marketing*, 34(11), 1023-1030. <https://doi.org/10.1002/mar.21041>
- Luque, P., Gómez, T. y Cruces, S. (2000), “El trabajo: fenómeno psicosocial”, en C. Guillen Gestoso (Ed.), *Psicología del Trabajo para relaciones laborales*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Krieger, N. (2001), “Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Marx, K. (1980), “Cap. I: A Mercaderia Rio de Janeiro”, en *O capital. Crítica da economia política*. Sao Paulo: Civilizacao Brasileira. [Original escrito en 1867]
- ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful. (2020). Justice for women amidst COVID-19. Buenos Aires: ONU Mujeres.
- Palma, A.; Gerber, M. y Ansoleaga, E. (2022), Riesgos Psicosociales Laborales, Características Organizacionales y Salud Mental: El Rol Mediador de la Violencia Laboral”, *Psykhē* vol.31 no.1. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v31n1/0718-2228-psykhe-31-01-00104.pdf>
- Pérez Jáuregui, I. (2011), “Maltrato laboral: su evaluación”, *Revista académica Calidad de Vida UFLO*. Disponible en: https://cienciared.com.ar/ra/usr/41/1195/calidaddevidauflo_n6pp181_195.pdf
- Rico, M. N.; Marco, F. (2006). Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1949-mujer-empleo-la-reforma-la-salud-la-salud-la-reforma-argentina>
- Sabater, M. C. (2014). La interacción trabajo y familia. la mujer y la dificultad de la conciliación laboral. Universidad de La Rioja. España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5029809>
- Salin, D. (2003), “Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment”, *Human Relations*, 56(10), 1213-1232. <https://doi.org/10.1177/00187267035610003>
- Sánchez, S. & Montoya, G. (2003), “Reflexiones en torno a las condiciones laborales de médicas y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *El Cotidiano*, vol. 19, núm. 122. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32512212>
- Sennett, R. (2000), *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona. España. Anagrama.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. & Waherendorf, M. (2009), “A short generic measure of work stress in the era of globalization: Effort reward imbalance”,

International Archives of Occupational and Environmental Health, 82(8), Article 1005. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0384-3>

Yada, H., Abe, H., Omori, H., Matsuo, H., Masaki, O., Ishida, Y. & Katoh, T. (2014), "Differences in job stress experienced by female and male Japanese psychiatric nurses". *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 468-476. <https://doi.org/10.1111/inm.12080>

World Health Organization (2000), The world health report 2000. Health systems: Improving performance. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Wlosko, M. & Ros, C. (2008). Violencia laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Bs As. <https://www.aacademica.org/000-032/256>