INFORME DE RESULTADOS ENCUESTA SECTOR SALUD

VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO CON PERSPECTIVA DE GÉNEROS:

Casos de Brasil, Chile, Colombia, El Salvador y Perú

INVESTIGADORAS: VIVIANA GARCÍA Y LUCIANA REIF

INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS

Kommunal.

Esta investigación es el resultado del esfuerzo de las organizaciones sindicales del sector salud afiliadas a la Internacional de Servicios Públicos (ISP) de los países de Brasil, Chile, Colombia, El Salvador y Perú, que gracias al patrocinio y solidaridad del sindicato sueco Kommunal, pudieron arribar a los resultados que presentaremos a continuación.

La pandemia abrió un enorme desafío para los sindicatos involucrados en el proyecto, de no sólo catastrar la experiencia experimentada por lxs trabajadorxs de la primera línea durante en esta crisis sanitaria, sino que relevar estos datos para exigir medidas concretas que avancen a la ratificación del Convenio 190 de la Oorganización Internacional del Trabajo (OIT) por una parte, y normativas internas para hacer frente a la violencia de género en el sector salud en países participantes de la investigación.

Responsanble del proyecto:

NAYARETH QUEVEDO, SECRETARIA SUBREGIONAL ISP CONO SUR

Fecha del informe:

DICIEMBRE DE 2020

ÍNDICE

» **INTRODUCCIÓN** 6

» **1. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO** 9

a. Definiciones y normativas

b. Violencia y salud laboral

c. Una perspectiva de géneros

» **2. SECTOR SALUD** 15

a. El sistema de salud por país, una mirada histórica

b. La organización del trabajo en salud, una organización compleja

c. El impacto en la salud de lxs trabajadorxs

d. El trabajo en salud es un trabajo feminizado

» **3. VIOLENCIA Y ACOSO EN EL SECTOR SALUD** 21

a. Acoso psicológico

Nacionalidad
Ideológica y política
De Clase y contrato

b. Acoso sexual

Compañerxs
Superiores
Pacientes

c. Violencia física

Pacientes

d. Violencia doméstica

e. Apoyo, denuncias y el accionar sindical

» **4. EL SECTOR SALUD EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA** **35**

a. Aumento de la violencia

b. Modificación de las condiciones de trabajo

c. Enfermar por COVID-19

» **5. EMERGENCIA SANITARIA, VIOLENCIA Y ACOSO, UN CÍRCULO VICIOSO** **47**

» **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN SINDICAL** **53**

» **7. BIBLIOGRAFÍA** **58**

» ▪ **ANEXO: CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA Y GRÁFICOS ADICIONALES.** **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; y constituye un riesgo tanto para la salud, seguridad y bienestar de las víctimas, así como a las organizaciones laborales favoreciendo el ausentismo laboral o una mayor rotación de personal (OIT, 2020). La violencia y el acoso en el mundo del trabajo son definidos, de acuerdo al Convenio 190 de 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"(art.1, Convenio 190).

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 manifiesto 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).

Indagar las implicancias de la violencia y acoso en el sector salud, supone dos desafíos. En primer lugar dicho sector se encuentra altamente feminizado, por lo cual 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 a sufrir mayores situaciones de violencia y acoso. En segundo lugar, realizar esta indagación en contexto de pandemia, supone comprender, el mayor riesgo asumido para las trabajadoras de la salud, que se encuentran en la primera línea de atención sanitaria y social. Tal como sostiene un informe elaborado por 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.

El presente estudio tiene el objetivo de determinar la prevalencia de la violencia y el acoso con perspectiva de género(s), intentando realizar y extraer valores más probables de infidencias y cruces de violencia y acoso con variables sociodemográficas y laborales, incluyendo la percepción de las condiciones de trabajo en contexto de pandemia y su relación con el aumento de la violencia en los lugares de trabajo. Pretende a su vez evaluar la percepción de lxs trabajadores sobre la gestión de la violencia y el acoso y determinar las medidas de prevención y protección sindical ante la violencia y acoso de género(s) en el sector salud. El estudio se realizó en los siguientes países de la región: Brasil, Chile, Perú, El Salvador y Colombia.

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 respondido entre el 13 de noviembre y 3 de diciembre del 2020 y se recolectaron 1.828 respuestas. Un 81,8% de lxs trabajadores son mujeres, un 17,9% hombres, y un 0,3% corresponden a otra identidad de género. Respecto a la distribución de respuestas por países, Chile con 1.044 respuestas, representa el 57,1% de la muestra, seguido por Brasil con 394 respuestas (21,6% de la muestra), Colombia con 149 respuestas (8,2% de la muestra), Perú con 145 respuestas (7,9% de la muestra) y por último El Salvador con 96 respuestas (5,3% de la muestra). A pesar de que la muestra no es probabilística, sus resultados pueden considerarse expresivos de la realidad de quienes contestaron la encuesta en estos países. 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 el presente informe se expondrá en primer lugar una aproximación conceptual a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, desde una perspectiva de géneros, y un abordaje sobre el modo de conceptualizar y comprender al sector salud y a las organizaciones sanitarias, 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, compañerxs y actores sindicales. Luego daremos cuenta de las condiciones laborales de lxs trabajadores de la salud en contexto de pandemia, así como la percepción sobre el aumento de la violencia durante la misma. Reflexionaremos sobre el círculo vicioso que supone el sufrimiento de diferentes tipos de violencias por parte de lxs trabajadores y su exacerbación en el presente contexto, y cómo se relacionan mutuamente. 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.

1

VIOLENCIA Y ACOSO EN EL MUNDO DEL TRABAJO

A. DEFINICIONES Y NORMATIVAS

La violencia y el acoso en el mundo del trabajo son definidos, de acuerdo al Convenio190 de 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" (art.1, convenio 190).

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, 1998:48).

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 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 cuando son un lugar de trabajo.

Los principales tipos de violencia que se identifican en el mundo del trabajo son: la violencia física, entendiendo por tal toda conducta que, directa o indirectamente, esté dirigida a ocasionar un daño físico sobre lxs trabajadores; la violencia psicológica (también llamada acoso psicológico, moral o mobbing), entendiendo por tal, 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 sobre unx trabajadorx buscando desestabilizarlo, aislarlo, destruir su reputación, deteriorar su autoestima y disminuir su capacidad laboral para poder degradarlo y eliminarlo progresivamente del lugar que ocupa; y la violencia o acoso sexual, que puede definirse como "todo acto sexual, la tentativa de consumar 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, pág. 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 las otrxs. 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).

Se considera que los actores principales de la violencia y acoso en el mundo del trabajo, pueden ser lxs presuntos autores, las víctimas y testigxs o espectadores (OIT, 2004). La violencia y el acoso pueden manifestarse de forma horizontal, vertical y descendente 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.

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, en dicho sentido, son fundamentales no solo en el proceso posterior a la situación de violencia y acoso, sino también a través con anterioridad a las mismas, impulsando medidas preventivas.

B. VIOLENCIA Y SALUD LABORAL

La Organización Internacional del Trabajo 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 lxs trabajadores. Entendiendo por salud, de acuerdo al Convenio sobre seguridad y salud de lxs trabajadores, 1981 (núm. 155), no 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, e). Esta definición coincide con la elaborada por la Organización Mundial de la Salud, que refiere que "la salud es 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 ido dando un marco legal en pos de mejorar la calidad de vida de las personas, particularmente los derechos laborales que pretenden mejorar las condiciones laborales y de trato en el mundo del trabajo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 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.", y en su artículo 23 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 lxs trabajadores, es comprender al trabajo como uno de los principales determinantes sociales de las condiciones de salud de la población (Laurell, 2000). 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 sólo no es productor de enfermedad sino que posibilita la vida humana 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-OMS (1986): "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" (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 de los sujetos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar, en este último caso se conceptualizan como factores de riesgo psicosociales en el trabajo (Gil Monte, 2009). Los riesgos psicosociales no son un problema individual, de personalidad o que responda 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 Organización Internacional del Trabajo la violencia, y el acoso pueden tener consecuencias 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 del trabajo, pudiendo traer aparejado el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal; factores vinculados a los aumentos en los costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad (OIT, 2020).

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 siempre 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 sociales 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 para el cumplimiento efectivo de las mismas. 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" (Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, art. 1). 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, siendo "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.º), reconociendo de este modo la diversidad de expresiones de violencia, perpetradores y ámbitos en los que puede ejercerse la violencia contra las mujeres, en la familia, la comunidad y el espacio público, incluyendo aquella por acción, omisión e inacción del Estado (cap. I, art. 2.º) (PNUD,ONU Mujeres, 2013). Ambos instrumentos,- La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) (1979) y la Convención de Belém do Pará (1994), 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, en 1993, proclama la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, definiéndola como "todo acto de violencia sexual 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 [...]. 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 un 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 (OIT) 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 n.º 111 sobre discriminación (empleo y ocupación), 1958).

En relación a la identidad de género y la orientación sexual, los Principios de Yogyakarta 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 (2006).

Es dable aclarar que la violencia doméstica es pertinente para el mundo del trabajo ya que tienen un impacto en el mismo y por ende los actores del mundo del trabajo están llamados a reconocer dichos efectos y mitigar su impacto y por ello 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 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.

En el año 2019 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sancionó el Convenio 190, sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo. De acuerdo a dicho convenio, 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". 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 manifiesto 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). El contexto laboral, entendido desde su dimensión social, política y económica, impacta en el proceso de salud -enfermedad-atención de lxs trabajadores. El ingreso de la mujer al mercado del trabajo se produce mayoritariamente a través de formas laborales precarizadas, o directamente en la economía informal. Por lo tanto, su inserción caracterizada por la inestabilidad, incertidumbre, vulnerabilidad y la indefensión como trabajadoras, ya es 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 empresarial patriarcal que tiene graves consecuencias para la salud, seguridad y dignidad de muchas mujeres (Amable et al., 2018).

Erradicar los imaginarios, conductas y comportamientos discriminatorios es tarea de todxs. Las organizaciones laborales son actores fundamentales en este objetivo, porque lxs trabajadores 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 competitividad de los países, y por ende, afectan positiva o negativamente en las políticas económicas y sociales de los países.

2

SECTOR SALUD

A. EL SISTEMA DE SALUD POR PAÍS, UNA MIRADA HISTÓRICA

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 la necesidad del ajuste fiscal estructural y la contracción de los servicios públicos dando por terminada la etapa del estado proveedor. 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 como consecuencia directa e indirecta del Consenso de Washington. Es en este clima y contexto de época, a partir de la publicación del documento "Invertir en Salud" (1993), que el Banco Mundial se transforma en actor social dentro del campo de la salud colectiva especialmente construyendo agenda y modelo de reformas.

En Chile, la reforma es instalada en dictadura, donde se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aseguradoras privadas que captan las cotizaciones obligatorias en salud de la población trabajadora ofreciéndole un servicio de medicina privada. También se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarixs. Durante este período sin embargo la mercantilización de la salud es total y se produce la sistemática destrucción del sistema público. Durante el posterior período democrático se fortalece el FONASA y a los proveedores públicos, pero el sistema de libre elección de prestadores abre el continuo flujo de dinero del Estado a los privados. Lo que trae aparejado el un dominio del "mercado "de la salud por parte del lobby de las aseguradoras que continua hasta la actualidad (Bascolo et al., 2018).

En Colombia, la Ley 100 sancionada en 1993 inaugura el proceso de reforma en dicho país. Establece la competencia regulada entre aseguradoras públicas y privadas, y entre proveedores públicos y privados. En el año 2000 se profundizan las privatizaciones, la precarización laboral y la pérdida de derechos para ciudadanos y trabajadores. Las ganancias son extraordinarias para el sector privado, lo que termina produciendo la quiebra de muchos hospitales públicos (Bascolo et al., 2018).

En Perú la reforma sanitaria se inscribe dentro de las reformas sanitarias 'sugeridas' o impuestas por el Banco Mundial para toda América Latina. Implica un proceso de ajuste estructural y la introducción de leyes del libre mercado en la atención médica. A partir de la promulgación en 1997, de la Ley General de Salud, se introducen seguros focalizados. Estos seguros lejos de asegurar universalmente a la población terminaron generando un sistema altamente descentralizado y fragmentado, con una diversidad de organismos públicos y privados compitiendo entre sí de forma desregulada para ofrecer distintos esquemas de aseguramiento (Eibenschutz, C. et al, 2014)

Con procesos de universalización al derecho y al acceso a la salud y una fuente política de consolidación de la atención primaria, El Salvador es un país que permite reconocer algunos logros explícitos para la conformación de redes de servicios de salud para el total de la población. Con la llegada del gobierno de Bukele en el año 2019 se han intentado introducir cambios de corte neoliberal a las políticas establecidas con anterioridad (Bascolo et al., 2018).

La reforma histórica realizada por el Brasil en 1988 ha permitido que millones de personas obtuvieran cobertura sanitaria. Hasta 1988, la mitad de la población del Brasil carecía de cobertura sanitaria. El Sistema Único de Salud llegó a más del 75% de la Población de Brasil. Desde 2015, la política pública de Brasil entro en un estado de crisis que afectó directamente al Sistema Único de Salud y sus acciones. El sector de salud pública siguió sufriendo la discontinuidad en el financiamiento y en los programas dedicados a problemas específicos. La apertura propuesta por el SUS en la toma de decisiones de la política pública y el principio del "derecho a la salud" fueron fundamentales para que numerosos grupos reunieran sus inquietudes e intereses y los llevaran a la esfera pública. El mercado del "seguro" entró desde hace años en las capas medias altas y altas, entrando en competencia con el SUS provocando aceleradamente su desfinanciación. Actualmente en Brasil el sistema de salud está fragmentado, priorizando la "enfermedad y medicalización" aumentando las brechas de las desigualdades sociales (OMS/OPS, 2014).

De acuerdo a Ugalde y Homedes (2005) las reformas neoliberales de salud implementadas en América Latina han fracasado porque el modelo se fundamenta en principios económicos de rentabilidad y beneficio. Ambos autores sostienen que la tarea del Estado no es ser eficiente en términos económicos sino la de regular la provisión de bienes y servicios. El Banco Mundial, en un estudio sobre las reformas de administración civil en 15 países, reconoció que los préstamos otorgados no consiguieron el objetivo previsto de aumentar la eficiencia y la productividad en ninguno de los países. Las reformas de carácter neoliberal también incidieron en el derecho a la salud de lxs trabajadores. Se instaló un sistema que profundizó la lógica de la monetarización del riesgo y alejó la participación de lxs trabajadores en la promoción de su salud y en la prevención de los daños, excluyendo a lxs trabajadores no registrados. Las reformas neoliberales también han promovido la flexibilización de la fuerza laboral para reducir los costos de mano de obra. La mayoría de lxs trabajadores de la salud consideran que estas reformas fueron en contra de sus intereses (Ugalde y Homedes, 2005).

B. LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD

Las organizaciones sanitarias revisten de una gran complejidad (Mintzberg, 2001). La existencia de funciones y actividades diversas amplía la complejidad del proceso de trabajo. Esta división de la fuerza de trabajo asistencial es producto de procesos de determinación macro estructurales 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: médicxs según sus diversas variantes formativas y de carrera profesional (residentes, servicios varios, jefaturas, etc.), enfermería (licenciadxs, auxiliares, etc.) administrativxs, servicios varios (mucamas, comidas, lavaderos, limpieza, mantenimiento, etc.), ambulancias, técnicxs (laboratorios, radiología, etc). (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 lxs trabajadores de los distintos grupos ocupacionales. Las relaciones que lxs trabajadores mantienen en sus trabajos crean las condiciones para que lxs mismos se integren y sientan parte de un equipo, su trabajo sea reconocido, se sientan valorados y perciban que realizan 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 burocrático-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 lxs trabajadores de cada sector 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 sobre las distintas tecnologías. De esta manera son lxs médicxs los que tienen el poder de conducir el proceso de trabajo, con los mayores márgenes de autonomía dentro de los equipos de salud (Testa, 2009). 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 los que no son miembros de la misma, no pueden llevar a cabo, o no pueden evaluar. Lo que termina redundando en relaciones asimétricas de poder al interior de los equipos de salud. Otras categorías ocupacionales, como ser lxs enfermerxs, auxiliares, o técnicxs, 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, lxs profesionales se caracteriza por tener más identificación con su profesión que con la organización donde la practican (Mintzberg, 2001).

El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud tienen características propias que las distingue de otras organizaciones y que sustenta su singularidad y complejidad, sea por funcionar las 24 horas de los 365 días del año, como por trabajar con la salud, la enfermedad y el cuidado. Lxs trabajadores de la salud son depositarios 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 éstas no existen, la coordinación de estos procesos acaba siendo una tarea de lxs propios miembros del equipo de salud que a través de sus relaciones interpersonales logran la cooperación entre grupos profesionales y ocupacionales para administrar y gestionar las distintas instancias del proceso del cuidado.

C. EL IMPACTO EN LA SALUD DE LXS TRABAJADORES

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 & Homedes, 2005) Además, la crisis social producida en aquella época, ha impactado de manera directa sobre el equipo de trabajadores de la salud a través del cambio cuantitativo, incremento de la población atendida, y cualitativo de la demanda, la aparición de problemáticas sociales que no pueden ser resueltas desde la intervención clínica (Brito Quintana 2000; Belmartino, 2002). 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 entre lxs trabajadores 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, el exceso de horas de trabajo, particularmente en algunas categorías laborales, con guardias prolongadas, trabajo nocturno, etc. Estas situaciones han aumentado el pluriempleo en el sector, en un momento donde las demandas sociales aumentaron y existe falta de personal, por lo que la sobre carga de trabajo se extiende, particularmente en enfermería y sobre todo en las auxiliares (Galín, 2002). Los problemas derivados de la carga física del trabajo, que tradicionalmente afectaba a este colectivo, hoy día podrían verse agravados por estas situaciones.

El trabajo constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de lxs individuxs y colectivos, aunque también es fuente de accidentes, enfermedades y sufrimiento, que pueden comprometer la salud, la seguridad y el bienestar de lxs trabajadores. Así, el conocimiento producido en el campo de la salud en los últimos años viene señalando la necesidad de articular otros constructos teóricos a la categoría proceso de trabajo como, por ejemplo, la necesidad de incorporar las cuestiones de géneros, el impacto de las violencias, la precarización de las relaciones en el trabajo entre los propios trabajadores y usuarios, así como diferentes tipos de retrocesos de los derechos de protección a lxs trabajadores, tales como modalidades de contratación regresivas y la ausencia de inversión en equipos de protección individual, entre otros. 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 promoción en vista de mejores condiciones de trabajo y bienestar (Amable et al., 2013)

El trabajo en salud en las últimas décadas ha estado marcado por la erosión entre la ética del servicio público y su mercantilización. Esto ha generado una restructuración en el modelo de la gestión del cuidado en salud que prioriza la medicina tecnológica, mercantil y un perfil de profesional liberal (Merhy, 2006) por sobre la lógica del cuidado donde las relaciones intersubjetivas son instrumentos básicos de trabajar en salud. La dimensión relacional e intersubjetiva en el trabajo en salud requiere alta exigencia psíquica de lxs trabajadores, a la vez que constituye una fuente de desgaste para ellos. 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 en el aumento de situaciones de violencia entre trabajadores y usuarios, entre pares, superiores; situaciones que influyen en la salud mental de lxs trabajadores.

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 & Spickett, 2009). La complejidad de los problemas de salud, la variedad de riesgos presentes, los procesos de vulnerabilidad que conforman los distintos subgrupos de trabajadores/as de la salud ha hecho que su protección y seguridad se haya considerado desde los orígenes de la actividad. Esta diversidad de problemas de salud va desde las lesiones físicas hasta el sufrimiento mental. Esto cobra relevancia en el marco de la centralidad que ocupan las relaciones en el proceso de trabajo en salud. Así, 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). Y a su vez se realiza un trabajo cuyo resultado final no puede ser anticipado, ni revisado (De La Garza, 2012), generando gran incertidumbre.

Desde la concepción de la salud de lxs trabajadores el concepto de carga de trabajo nos indica la suma de exposiciones laborales que hacen que una persona en su lugar de trabajo acumule y combine factores de riesgo y exigencias de trabajo. Se pueden establecer tres tipos de cargas laborales: carga física, carga mental, y la carga psíquica, que incluye los componentes afectivos que el trabajador o trabajadora pone en juego al momento de realizar su trabajo. La carga es un concepto que describe la "presión" sobre la salud de lxs trabajadores que genera el conjunto de factores de riesgo dispuestos por una determinada organización del trabajo. Sin embargo, las dificultades para obtener una medida, o una combinación de medidas, de la carga laboral son muchas, y no existe una metodología que pueda abarcar la amplitud del concepto.

Muchos autores sostienen que uno de los elementos más relevantes que explican 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 & Cooper, 1988; Karasek & 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 lxs trabajadores asistenciales, particularmente en los 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, en este caso de lxs trabajadores de la salud. 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)

D. EL TRABAJO EN SALUD ES UN TRABAJO FEMINIZADO

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. La incorporación de las mismas se dio en el sector servicios (educación, salud, servicio doméstico y administrativo), en 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 femeninos. 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 de 1980, que influyó fuertemente en la feminización del sector salud. Por un lado, las mujeres ingresan a carreras tradicionalmente masculinas -medicina, odontología, bioquímica, 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).

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 feminidad 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 cuánto más importante sea el trabajo que se haga; en los trabajos feminizados el trabajo tiene más reconocimiento cuánto menor- o en nuestras propias palabras cuánto más oculto queda- el valor económico del mismo y cuánto 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: 4-5).

De acuerdo a un estudio realizado por ONU Mujeres (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 ninguna institución sanitaria, y no sólo en los hospitales, sino también de cargos públicos en ministerios o secretarías de salud, asociaciones profesionales, científicas y gremiales. Esto marca profundamente las "diferencias" salariales que varían entre un 15-27% respecto a los hombres (ONU Mujeres, 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. En 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, lo cual tiene un sesgo de género, ya que son los hombres los que tienen mayor capacidad de sumar otros trabajos, debido a que la tareas domésticas dentro del hogar siguen estando a cargo de las mujeres, quienes, al no poder delegarlas, no tienen la posibilidad de asumir más horas de trabajo en el mercado laboral. Del mismo modo, la falta de licencias parentales compartidas, licencias para el cuidado de adultxs o niñxs también tienen un sesgo genérico, y contribuyen a la inequidad de género.

Las desigualdades de género en salud se ven marcadamente 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; 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

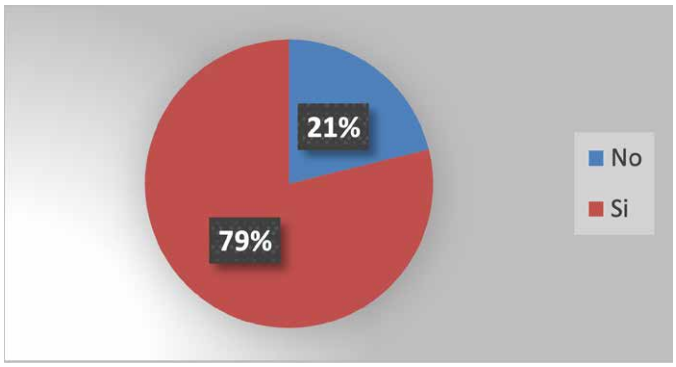
VIOLENCIA Y ACOSO EN EL SECTOR SALUD

1. ACOSO PSICOLÓGICO

El acoso psicológico puede presentarse en formas tan variadas cómo sutiles, el aislamiento físico del trabajador, la marginación por medio de la hostilidad, la falta de comunicación, la utilización de conceptos peyorativos, asignación de tareas humillantes o descalificadoras, el desprecio de la imagen del trabajador frente a sus colegas, superiores, los continuos cambios entre otros (Farias, 2010).

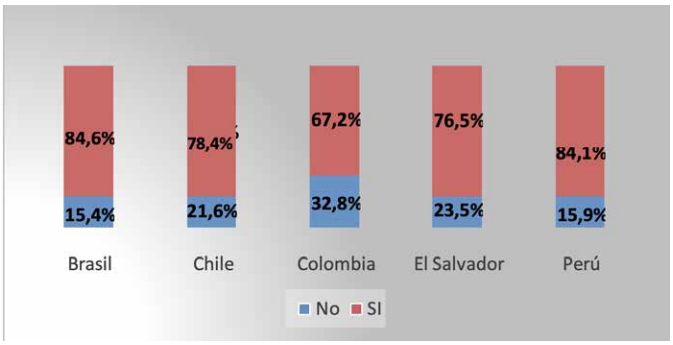
Un 78,8% de lxs trabajadores que participaron en el estudio refiere haber vivenciado alguna situación de acoso psicológico en el trabajo (Gráfico 1). Si bien en algunas normativas se exige que el acoso psicológico para ser definido como tal tiene que repetirse en el tiempo, en muchos países un solo acto es suficiente (Lerouge, 2017). Debido a la dificultad de registro que presentan estas problemáticas, por miedos, temores e incluso naturalizaciones, en el presente estudio se consideró como acoso psicológico a todx trabajador que haya sufrido alguna situación de este tipo, independientemente de la frecuencia de la misma.

» GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO PERCIBIDO POR LXS TRABAJADORES



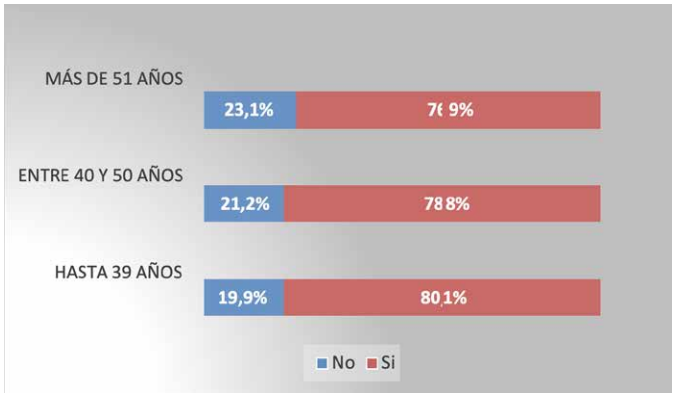
Son Brasil (84,6%) y Perú (84%) los países con mayores prevalencias de acoso psicológico (Gráfico 2). No se presentan diferencias al analizar por grupo ocupacional, tanto lxs profesionales del núcleo cuidador (79,6%), como lxs enfermerxs (78,9%), el apoyo técnico (78,1%), el apoyo servicios (79,8%) y el apoyo administrativo (76,5%) presentan prevalencias muy elevadas (Gráfico 3). Al analizarlo por grupo etario, son lxs trabajadores más jóvenes, de hasta 39 años, quienes en el presente estudio tienden a sufrirlo en mayor proporción a lxs trabajadores mayores a 51 años (80% y 76%, respectivamente) (Gráfico 4). Si bien la diferencia porcentual es de cuatro puntos, delinea una pauta presente en la región latinoamericana de las últimas décadas que es la mayor vulnerabilidad de lxs jóvenes a la hora de ingresar al mercado laboral, lo que puede traer aparejado la mayor prevalencia de situaciones de violencia y acoso psicológico.

» GRÁFICO 2. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN PAÍSES



» GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

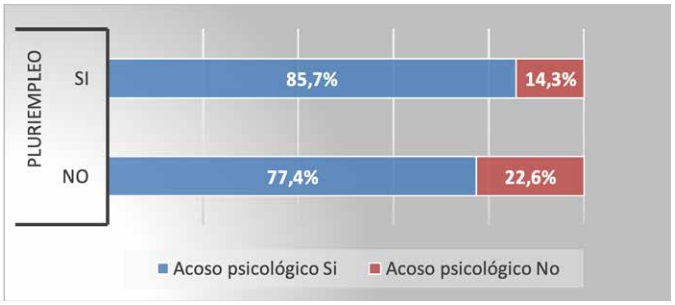
» GRÁFICO 4. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN EDAD



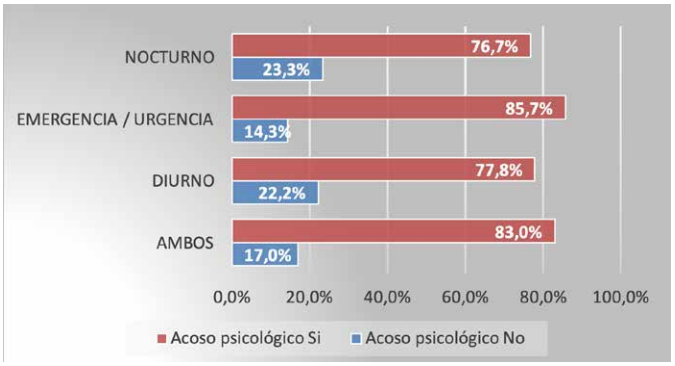
En un sentido similar, son lxs trabajadores pluriempleados (86%) los que sufren más acoso psicológico respecto a los que no tienen pluriempleo (77%) (Gráfico 5), con una diferencia de casi diez puntos porcentuales. En lo referente al horario de trabajo, son lxs trabajadores

que realizan guardias los que tienen mayor prevalencia (63%) y aquellos que realizan doble turno (60%) (Gráfico 6). La carga horaria laboral ya sea por realizar doble jornada laboral, por trabajar en la emergencia, o por tener pluriempleo es un factor que predispone al mayor acoso psicológico. Las largas jornadas laborales en el sector salud son una característica de la precariedad laboral del sector, sobre todo en aquellxs trabajadores jóvenes que ingresan al sistema de salud en condiciones laborales de mayor indefensión y vulnerabilidad. Dichas condiciones laborales causan estrés y son factores que contribuyen al aumento de la violencia y el acoso psicológico en el lugar de trabajo.

» GRÁFICO 5. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN PLURIEMPLEO



» GRÁFICO 6. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO SEGÚN HORARIO DE TRABAJO

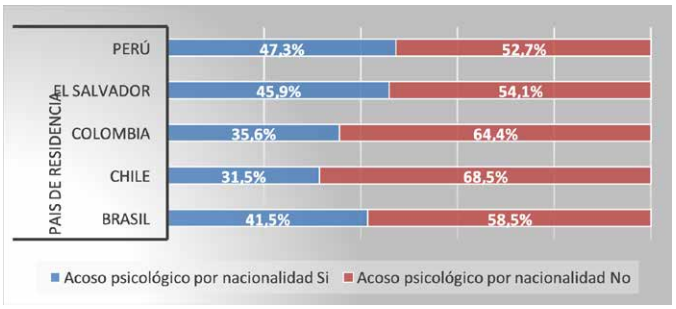


Dentro de las razones que lxs trabajadores dieron por haber sufrido alguna situación de acoso psicológico, las de mayor prevalencia son por razones ideológicas y/o políticas (54%), de clase o contrato (51%) y por razones de nacionalidad (32%).

NACIONALIDAD

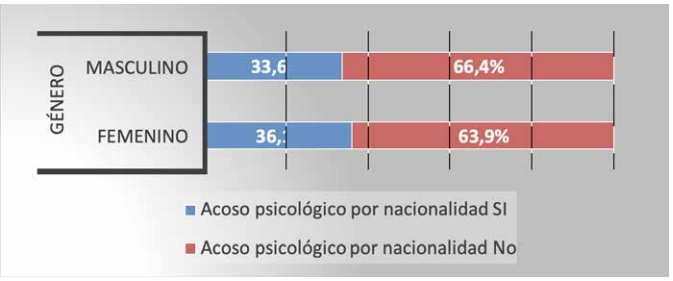
La mayor prevalencia en acoso psicológico por nacionalidad es en Perú (47,3%), El Salvador (45,9%) y Brasil (41,5%) (Gráfico 7).

» GRÁFICO 7. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE NACIONALIDAD SEGÚN PAÍS

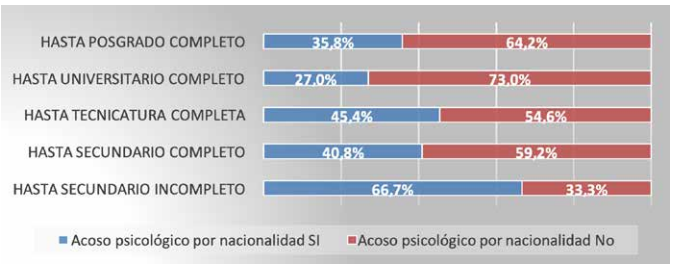


Son las mujeres más que los hombres las que lo sufren, con una diferencia porcentual de 3 puntos (Gráfico 8). Si bien la diferencia porcentual no es acentuada, es dable aclarar que el trabajo en salud es un trabajo feminizado, y más del 80% de trabajadores del estudio son mujeres, razón por la cual el acoso psicológico por nacionalidad recae fuertemente sobre dichas trabajadoras. El acoso psicológico por nacionalidad tiene mayor prevalencia entre lxs trabajadores con menor nivel educativo y decrece a medida que sube el mismo. Mientras que un 50% de lxs trabajadores con secundario completo sufrieron alguna situación de acoso psicológico, un 27% de lxs trabajadores con universitario completo la vivenciaron (Gráfico 9). Esta panorama se condice con la distribución porcentual por ocupación, lxs enfermerxs y el apoyo servicios (lxs trabajadores de limpieza, cocina, mucamas) son los que tienen mayor prevalencia de este acoso, un 40% y un 49% respectivamente, siendo estas ocupaciones, especialmente el apoyo servicios, las que realizan tareas que requieren menor nivel educativo (Gráfico 10). La enfermería, cómo hemos visto en el apartado correspondiente, es una ocupación históricamente marginada y con niveles bajos de formación, en donde la mayoría de lxs enfermerxs son auxiliares. Respecto a la modalidad de trabajo son lxs trabajadores que realizan doble jornada (46%), aquellxs que trabajan más de 9horas diarias (66%), y lxs que trabajan en emergencia (47%) quienes tienen más prevalencia de acoso psicológico debido a la nacionalidad (Gráfico 11). En este sentido se mantiene la pauta observada en el apartado anterior, en relación a la extensión de la jornada laboral, el desgaste y la precariedad que implican en relación al estrés y al aumento de la violencia en el trabajo.

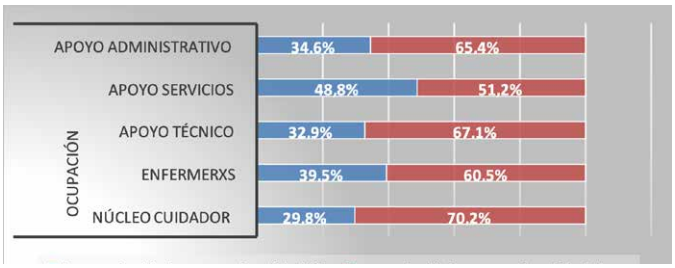
» GRÁFICO 8. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE NACIONALIDAD SEGÚN GÉNERO



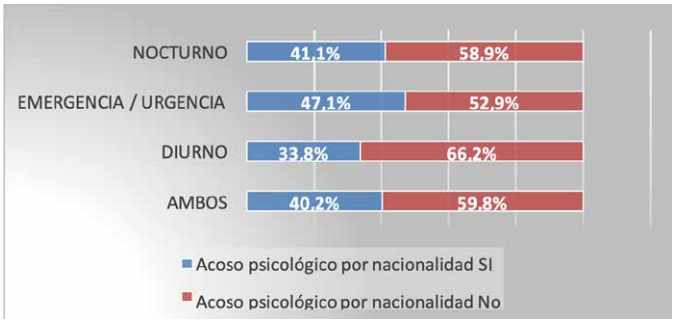
» GRÁFICO 9. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE NACIONALIDAD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



» GRÁFICO 10. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE NACIONALIDAD SEGÚN OCUPACIÓN



» GRÁFICO 11. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE NACIONALIDAD SEGÚN HORARIO DE TRABAJO

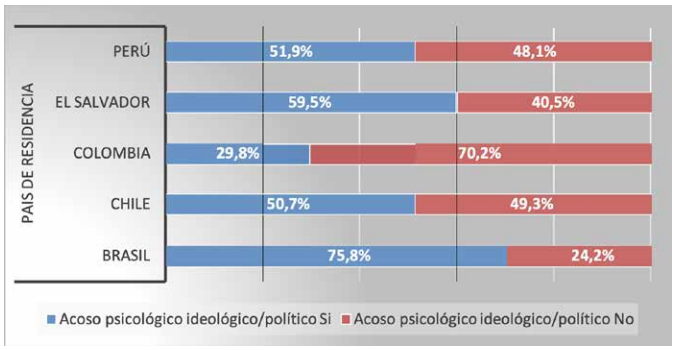


Es interesante traer a colación el concepto de "cadenas globales de cuidados" (Sassen, 2003; Pérez Orozco, 2007) que describe un fenómeno caracterizado por la migración de mujeres provenientes de países más pobres para trabajar como empleadas del servicio doméstico o en otras ocupaciones relacionadas con el cuidado de las personas (González Francese, 2019). En el sistema de salud es el grupo ocupacional de apoyo servicios el que cuenta con menores calificaciones, siendo mayoría de mujeres (en el estudio realizado un 74% de lxs trabajadores del apoyo servicios lo son). No podríamos ser concluyentes al respecto, y sería necesario hacer un análisis con mayor profundidad, pero una hipótesis plausible del acoso psicológico sufrido por razones de nacionalidad es que sean mujeres migrantes, incluyendo la migración interna que ocurre al interior de los países, las que realizan dichas tareas de menor calificación.

IDEOLÓGICA Y POLÍTICA

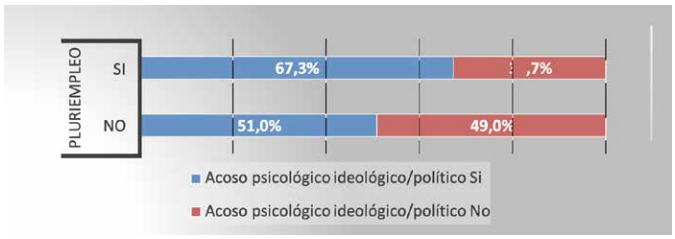
Como mencionamos anteriormente un 54% de lxs trabajadores que participaron del estudio refirieron haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones ideológicas y/o políticas. Es Brasil con un 75,8% el país cuyos trabajadores tienen mayor prevalencia de este tipo de acoso, seguido por El Salvador (59,5%), Perú (51,9%) y Chile (50,7%). Por su parte Colombia se ubica bastante por debajo con un 30%, aunque la prevalencia sigue siendo alta (Gráfico 12).

» GRÁFICO 12. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO IDEOLÓGICO/POLÍTICO SEGÚN PAÍS

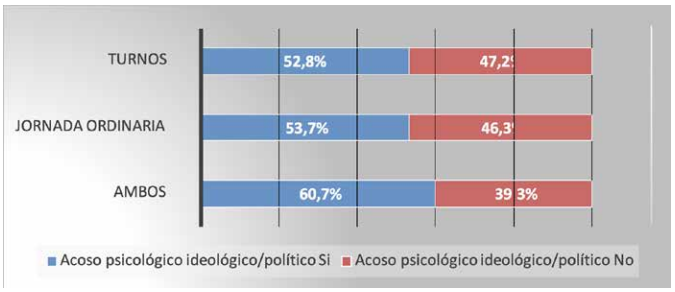


Son lxs trabajadores pluriempleados (67,3%) (Gráfico 13), aquellxs que trabajan en la emergencia (63%) y quienes realizan doble turno (61%) quienes más se encuentran expuestos a situaciones de acoso psicológico por razones ideológicas o políticas (Gráfico 14). Al desagregarlo por ocupación son lxs trabajadores del apoyo técnico (60,6%), seguido por lxs profesionales del núcleo cuidador (56%) lxs que presentan mayores prevalencias (Gráfico 15). Podría suponerse que las diversas conmociones políticas vivenciadas por los países estudiados de la región en el pasado reciente y las actuales, podrían estar relacionadas con los resultados. Pero nos parece prudente ahondar más en esta situación abordando el tema con mayor profundidad en los distintos países. Es necesario un análisis más profundo para comprender a qué se refieren lxs trabajadores al referirse a razones ideológicas y políticas.

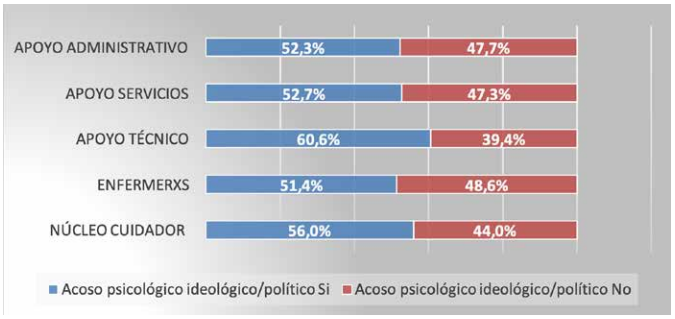
» GRÁFICO 13. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO IDEOLÓGICO/POLÍTICO SEGÚN PLURIEMPLEO



» GRÁFICO 14.PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO IDEOLÓGICO/POLÍTICO SEGÚN MODALIDAD DE TRABAJO



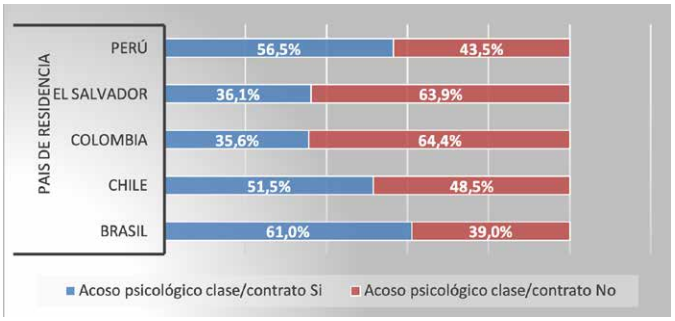
» GRÁFICO 15. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO IDEOLÓGICO/POLÍTICO SEGÚN OCUPACIÓN



DE CLASE Y CONTRATO

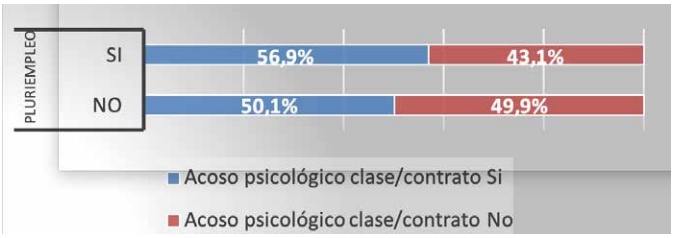
Un 51% de lxs trabajadores que participaron en el estudio refiere haber vivido alguna situación de acoso psicológico por razones de clase o contrato. Brasil (61%), seguido por Perú (56,5%), son los países con mayores prevalencia de este tipo de acoso. Los siguen Chile (51,5%), Colombia (35,6%) y El Salvador (36,1%)(Gráfico 16).

» GRÁFICO 16. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE CLASE/CONTRATO SEGÚN PAÍS

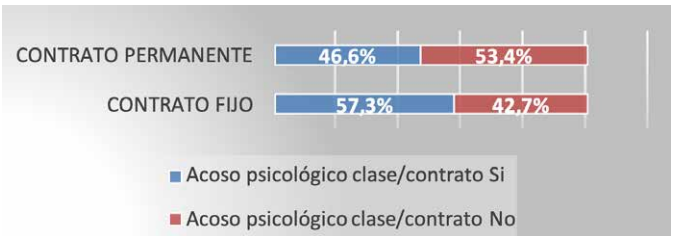


Como ya esbozamos en el apartado sobre el sector salud, una de las consecuencias de las reformas neoliberales implementadas en los sistemas de salud latinoamericanos ha sido el aumento de formas precarizadas y flexibles de contratación. La extensión de las jornadas laborales, los contratos con tiempo de finalización, 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 de este acoso psicológico, lxs trabajadores pluriempleados (57%) (Gráfico 17), lxs trabajadores con contratos fijos (57%) (Gráfico 18), los que trabajan doble turno (60%), los que trabajan en emergencia (58%) (Gráfico 20), y también lxs trabajadores más jóvenes, de hasta 39 años, (56%) (Gráfico 19) y de menor nivel educativo (58%).

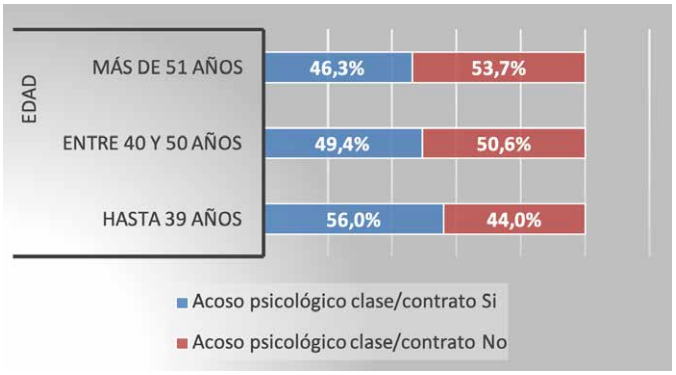
» GRÁFICO 17. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE CLASE/CONTRATO SEGÚN PLURIEMPLEO



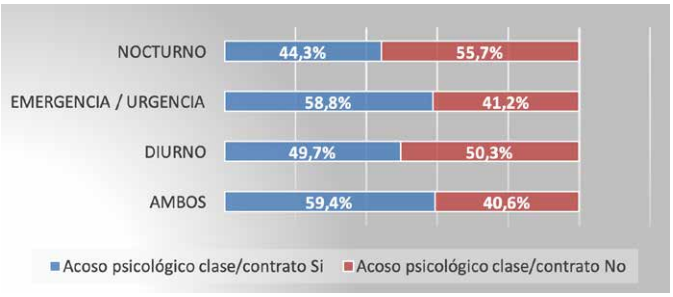
» GRÁFICO 18. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE CLASE/CONTRATO SEGÚN TIPO DE CONTRATO



» GRÁFICO 19. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE CLASE/CONTRATO SEGÚN EDAD



» GRÁFICO 20. PORCENTAJE DE ACOSO PSICOLÓGICO POR MOTIVOS DE CLASE/CONTRATO SEGÚN MODALIDAD DE TRABAJO



No hay diferencias significativas al desagregarlo por ocupación. El acoso por razones de clase o contrato, reproduce la posición subordinada de aquellos sectores que ingresan en condiciones desiguales al mercado de trabajo. Al mismo tiempo son las mujeres más que los hombres, las que sufren este tipo de acoso psicológico, con una diferencia de cuatro puntos porcentuales. En un trabajo feminizado cómo es el caso del sector salud, donde la abrumadora mayoría son mujeres, este tipo de acoso psicológico tiene un gran impacto ya que son precisamente estas trabajadoras las que se insertan al mercado en condiciones precarias. Mientras que un 27% de los trabajadores hombres tienen un contrato fijo, con tiempo de finalización, este número asciende al 37% en el caso de las mujeres; un 45% de los trabajadores hombres se aglutinan en los puestos profesionales del núcleo cuidador, mientras que un 35% de las mujeres se aglutinan en este grupo ocupacionales. Las mujeres tienen mayor presencia en enfermería, un 36% frente al 21% de los hombres. Cómo 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. No es de extrañar que sean las mujeres las que sufran en mayor medida este tipo de acoso psicológico.

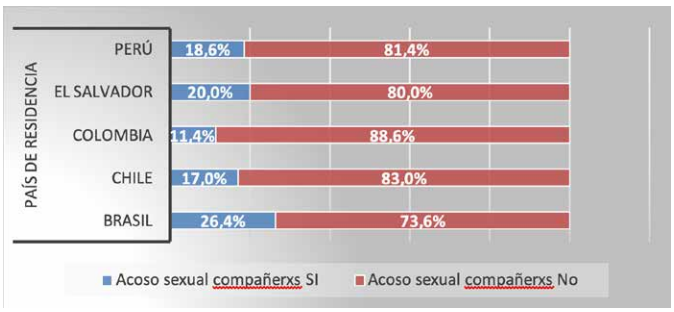
2. ACOSO SEXUAL

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 lxs otrxs, produce una baja en la productividad de las organizaciones, 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 realizado, las mayores prevalencias de acoso sexual, fueron las sufridas por parte de lxs pacientes (30%), superiores (18,4%) y compañerxs (18,4%).

COMPAÑERXS

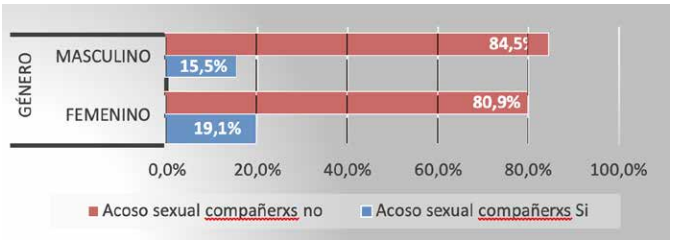
Un 18,4% del total de trabajadores que participaron en la encuesta refiere haber vivido alguna situación de acoso sexual por parte de sus compañerxs de trabajo. Es Brasil el país con mayor porcentaje de trabajadores que han sufrido este tipo de acoso (26,4%) (Gráfico 21).

» GRÁFICO 21. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS SEGÚN PAÍS



En el presente estudio son las mujeres en comparación a los hombres las que sufren mayor acoso sexual por parte de sus compañerxs, con una diferencia porcentual de cuatro puntos (Gráfico 22). Sería útil indagar a través de un abordaje cualitativo, acerca de las experiencias vivenciadas por las y lxs trabajadores, 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, cómo pueden ser determinados comentarios con connotación sexual, sean naturalizados o pasados por alto. Tal como sostiene la OIT (2020), la salud es un sector que tiende a normalizar las situaciones de violencia y acoso.

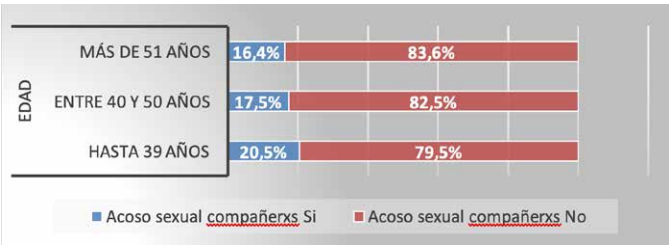
» GRÁFICO 22. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS SEGÚN GÉNERO



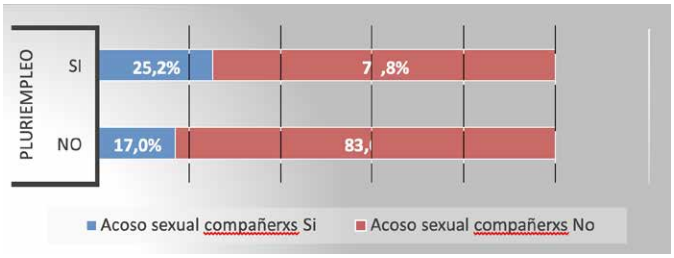
En relación a las otras variables sociodemográficas, podemos dar cuenta que son lxs trabajadores de hasta 39 años los que sufren más este tipo de acoso sexual, en relación a lxs trabajadores mayores de 51 años, (21% y 16%, respectivamente). Nuevamente, y siguiendo con el curso de análisis de los apartados anteriores lxs trabajadores más jóvenes ingresan al mercado laboral en condiciones más desfavorables y son mayormente víctimas de las distintos tipos de violencia (Gráfico 23). En lo que respecta a las condiciones laborales son lxs trabajadores pluriempleados (25%) los que sufren más este tipo de acoso sexual, en comparación a los que

no tienen pluriempleo (17%) (Gráfico 24); lxs trabajadores que realizan doble jornada (26,5%), y aquellos que tienen horario nocturno (21,9%) sufren mayor acoso sexual por parte de sus compañerxs de trabajo (Gráfico 25). Es interesante remarcar que no hubo en esta dimensión diferencia alguna respecto a la ocupación, por lo que se puede entender que el acoso sexual es un fenómeno transversal que permea y afecta a los diferentes grupos ocupacionales de las organizaciones de salud. Al mismo tiempo como señalamos anteriormente las organizaciones de salud son organizaciones 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 compañerxs daña en primer lugar a la víctima, así como también al proceso de producción del cuidado, a la calidad del trabajo en equipo, a la cooperación y la confianza, dimensiones centrales del trabajo en salud entendido en su dimensión relacional.

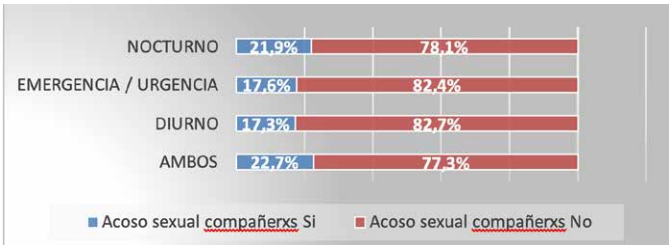
» GRÁFICO 23. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS SEGÚN EDAD



» GRÁFICO 24. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS SEGÚN PLURIEMPLEO



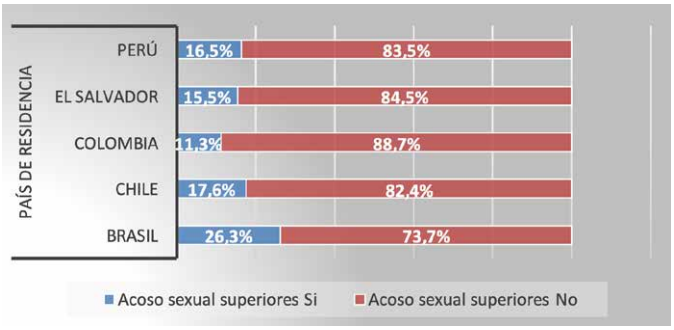
» GRÁFICO 25. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS SEGÚN HORARIO DE TRABAJO



SUPERIORES

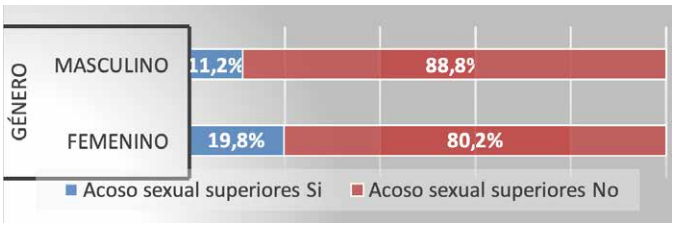
Mientras que un 18,4% del total de trabajadores han sufrido alguna situación de acoso sexual por parte de sus superiores, este número asciende al 26% si analizamos a Brasil por separado (Gráfico 26).

» GRÁFICO 26. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES SEGÚN PAÍS



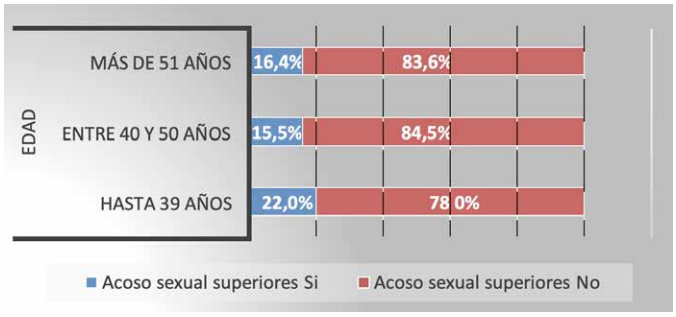
El acoso sexual por parte de superiores es sufrido más por las mujeres que por los hombres con una diferencia de 9 puntos porcentuales (20% y 11% respectivamente) (Gráfico 27). Es interesante como la brecha de género que analizábamos para anteriores dimensiones es aún más pronunciada en el acoso sexual por parte de superiores, y remite a la idea de que 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 presente 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 algo que le corresponde por su trabajo. Este acoso entraña un abuso de autoridad (Farias, 2010), que es sufrido especialmente por las mujeres debido a la inequidad de género existente en el sector salud.

» GRÁFICO 27. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES SEGÚN GÉNERO

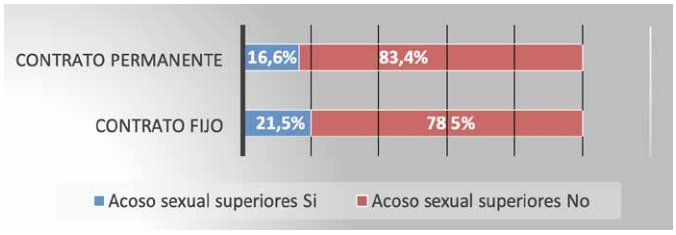


El acoso sexual por parte de superiores, además de ser sufrido mayormente por las mujeres, también lo es por lxs trabajadores más jóvenes, 22% lxs trabajadores de hasta 39 años, en comparación con el 16% de lxs trabajadores mayores a 51 años (Gráfico 28), y por aquellxs que tienen contratos fijos, 22% en comparación al 16% de quienes tienen contratos permanentes (Gráfico 29). Esto condice con un estudio realizado en Australia, en el que pudo informarse que aquellxs trabajadores con puestos precarios tenían más posibilidades de experimentar avances sexuales no deseados en el lugar de trabajo (OIT, 2020). Al desagregarlo por ocupación no hubo mayores diferencias, el acoso sexual por parte de superiores es vivido tanto por los profesionales del núcleo cuidador, lxs enfermeros, el apoyo técnico, el apoyo servicios y el apoyo administrativo.

» GRÁFICO 28. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES SEGÚN EDAD



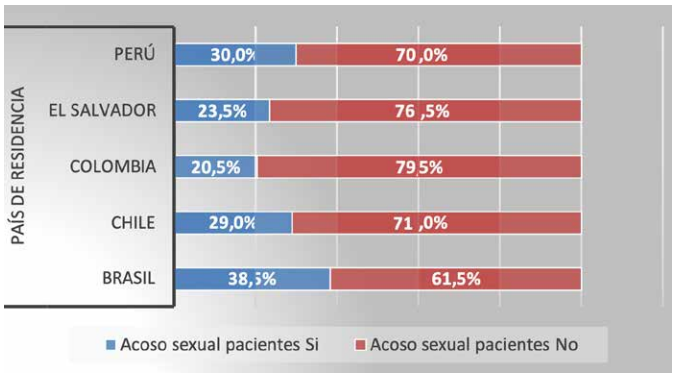
» GRÁFICO 29. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES SEGÚN TIPO DE CONTRATO



PACIENTES

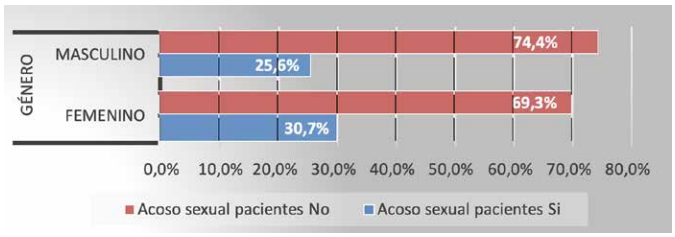
El acoso sexual por parte de pacientes es el que tiene mayor prevalencia, y da cuenta de niveles de violencia que se viven en las organizaciones de salud. Casi un tercio de lxs trabajadores refieren haber vivenciado alguna situación de acoso sexual por parte de lxs pacientes. En el caso de Brasil, este número asciende al 39% (Gráfico 30).

» GRÁFICO 30. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN PAÍS



Son las mujeres las que sufren mayormente este acoso, un 31%, en relación al 25% de los hombres (Gráfico 31). Esto coincide con un estudio realizado en Estados Unidos donde el 64,4% de las médicas y el 44,1% de los médicos experimentaron acoso sexual por parte de pacientes y/o alguno sus familiares (Vargas, 2020). Dicho 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.

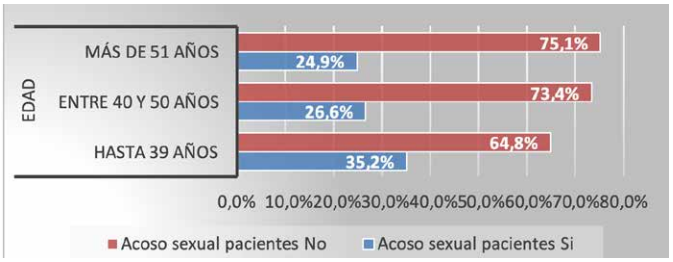
» GRÁFICO 31. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN GÉNERO



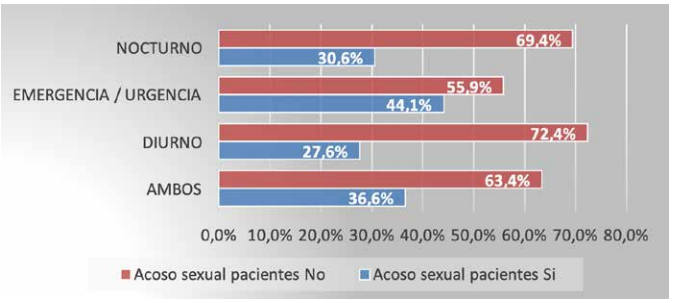
En lo referente a la edad, un 35% de lxs trabajadores menores de 39 años dice haber sufrido alguna situación de acoso sexual por parte de pacientes, mientras que este número desciende a un 25% entre lxs trabajadores mayores de 51 años (Gráfico 32). Respecto a las dimensiones laborales, son lxs trabajadores pluriempleados (35%), aquellxs que trabajan en la emergencia (44%) (Gráfico 33), lxs que realizan doble jornada (37%) lxs que sufrieron más acoso psicológico por parte de los pacientes. 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 lxs enfermerxs (40%) y el apoyo servicios (33%) los que más sufren este acoso sexual (Gráfico 34). Si bien en un porcentaje menor, uno de cada cinco trabajadores del núcleo cuidador sufren este tipo de acoso sexual. Son particularmente estos grupos ocupacionales quienes tienen un contacto más asiduo y cotidiano con lxs pacientes, y cómo dijimos anteriormente son los grupos

ocupacionales más feminizados. Y cómo sostiene Pérez Orozco (2014) se asocia la feminidad 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.

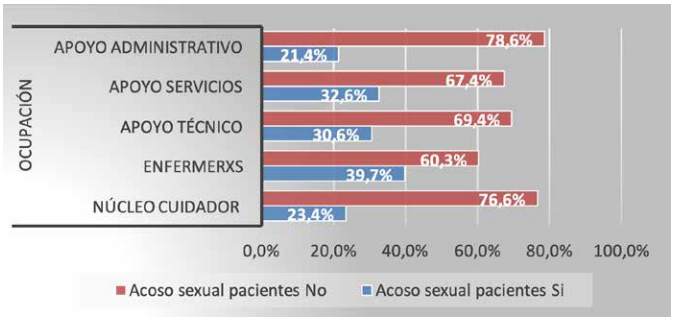
» GRÁFICO 32. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN EDAD



» GRÁFICO 33. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN HORARIO DE TRABAJO

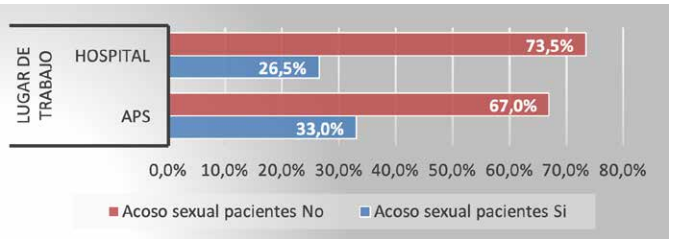


» GRÁFICO 34. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



Por último el acoso sexual por parte de pacientes es mayor en la atención primaria a la salud (33%), respecto a las organizaciones hospitalarias (26%). Una posible hipótesis es el mayor acercamiento a la comunidad y la mayor accesibilidad que se presenta en la primera de estas organizaciones, que favorece este tipo de acoso.

» GRÁFICO 35. PORCENTAJE DE ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN LUGAR DE TRABAJO



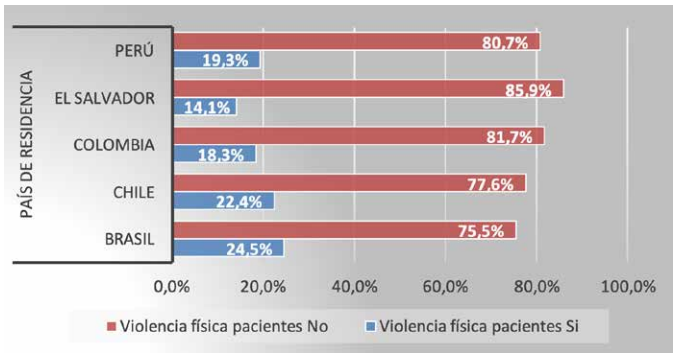
3. VIOLENCIA FÍSICA

La violencia física, de acuerdo al PNUD (2014) es un acto ejercido por una persona que está en una relación de poder con respecto de otra, inflige o intenta infligir 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 realizado la prevalencia de violencia física es baja entre compañerxs (6,8%), superiores (6,5%), subordinadxs (4,2%) y familiares (9,5%). Pero en el caso de la violencia física por parte de los pacientes, este número asciende al 21,7%.

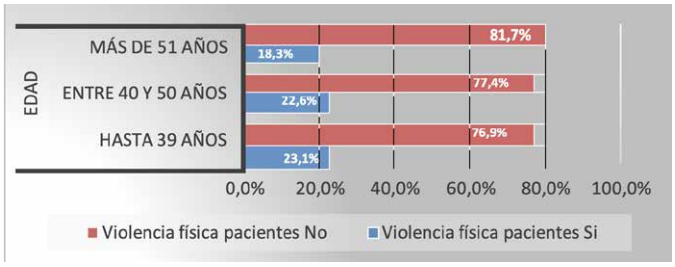
PACIENTES

La violencia física por parte de pacientes es más elevada en países como Brasil (24,5%) y Chile (22,4%) (Gráfico 35). Sucede en mayor medida entre trabajadores jóvenes – 23% en trabajadorxs de hasta 39 años, y 18% en trabajadores mayores a 51 años (Gráfico 36), y disminuye con el nivel educativo- un 27% en trabajadores con secundario completo y un 15% en trabajadores de nivel universitario. En relación a las dimensiones laborales, la violencia física por parte de pacientes la sufren más lxs trabajadores pluriempleados- un 26% en relación al 21% en trabajadores con un solo empleo-(Gráfico 37), quienes trabajan en la emergencia (37%) (Gráfico 38) y quienes realizan doble turno (30%). Al diferenciar por ocupación son lxs enfermerxs (28,4%), el apoyo servicios (25,8%), y el apoyo técnico (28,8%) quienes más sufren este tipo de violencia, en el caso de los profesionales del núcleo cuidador este número es del 15% (Gráfico 39). 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 18% de la muestra total.

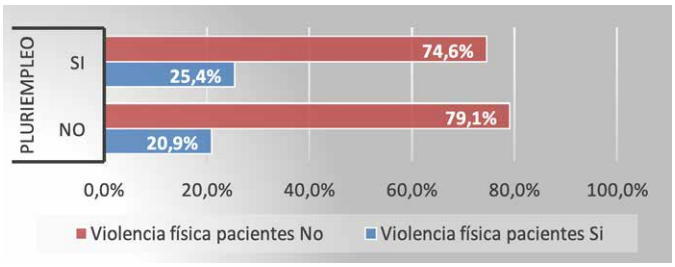
» GRÁFICO 35. PORCENTAJE DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN PAÍS



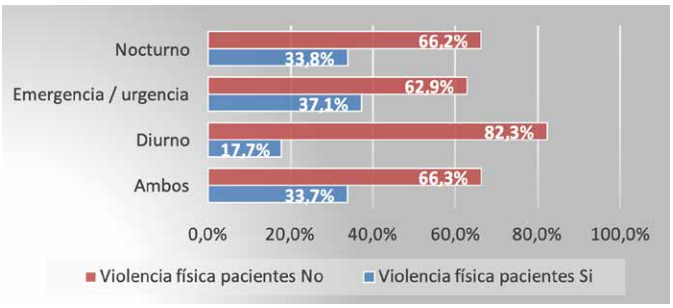
» GRÁFICO 36. PORCENTAJE DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN EDAD



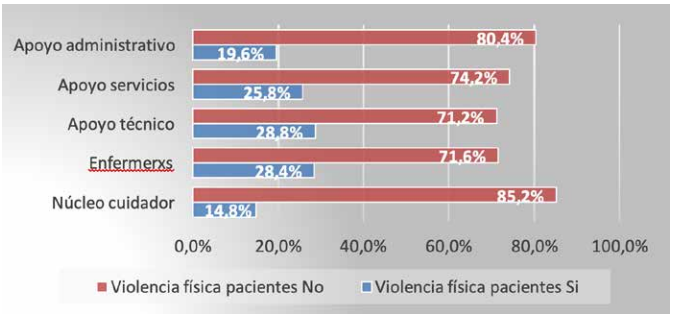
» GRÁFICO 37. PORCENTAJE DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN PLURIEMPLEO



» GRÁFICO 38. PORCENTAJE DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN HORARIO DE TRABAJO



» GRÁFICO 39. PORCENTAJE DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



4. VIOLENCIA DOMÉSTICA

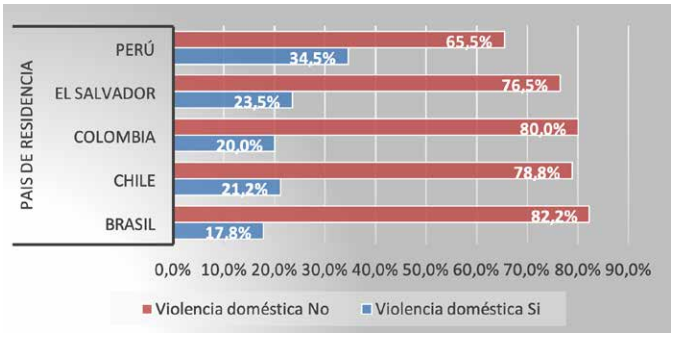
Cómo mencionamos anteriormente, la violencia doméstica tiene impacto en el mundo del trabajo, y es en este sentido que es necesario trabajar sobre ella, en pos de su prevención y erradicación. Si comprendemos, gracias a los aportes de la economía feminista, que lo que ocurre en el ámbito doméstico no 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)*

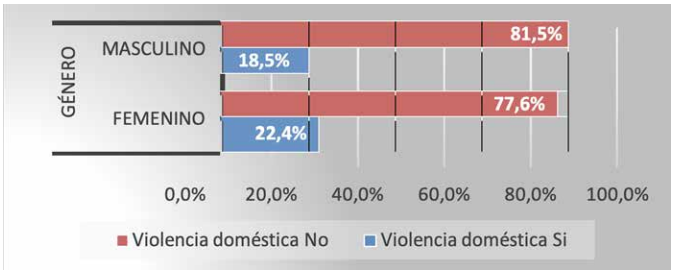
De acuerdo al estudio un 21,6% del total de trabajadores refiere haber vivido alguna situación de violencia doméstica. Este número asciende

al 34,5% en Perú, siendo el país con mayor prevalencia (Gráfico 40). La violencia doméstica es un fenómeno vivido especialmente por las mujeres, de acuerdo a nuestro estudio un 23% de las mujeres la han vivido, siendo un 18% para los hombres (Gráfico 41). En un trabajo feminizado, donde el 81,1% de las encuestadas son mujeres, el 23% nos está diciendo que 421 mujeres reconoce haber sufrido violencia doméstica. Si reconocemos la naturalización y las dificultades de comunicarlo, estamos ante una situación que merece profundizarse; y por otro lado cuál es el tipo de violencia doméstica que refieren haber vivido lxs trabajadores varones. Respecto a las restantes variables sociodemográficas, son lxs trabajadores pluriempleados – 26% respecto al 20, 7% de los que tienen un solo empleo (Gráfico 42), lxs que trabajan en emergencia (26%) (Gráfico 43), y el apoyo técnico (26%) y el apoyo servicios (24,8%) lxs que más sufrieron alguna situación de violencia doméstica (Gráfico 44). 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. Entre las distintas formas en que la violencia doméstica puede afectar el mundo del trabajo, el 20% de lxs trabajadores que sufrieron estas situaciones dice que se han empeorado sus relaciones laborales, el 16% refiere que empeoro su rendimiento y solo 9% tuvo que ausentarse del trabajo (Gráfico 45).

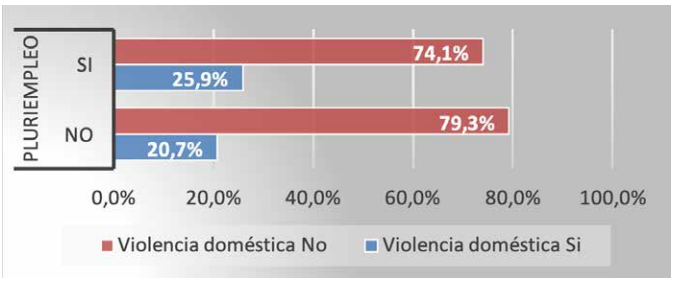
» GRÁFICO 40. PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN PAÍS



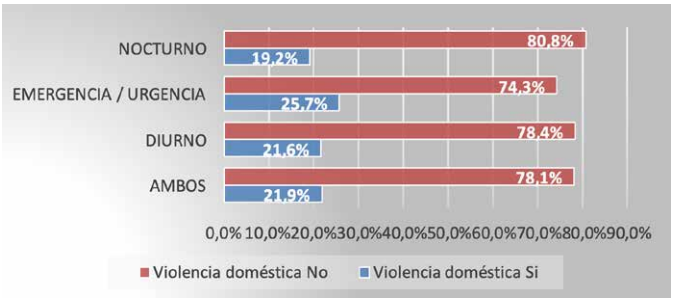
» GRÁFICO 41. PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN GÉNERO



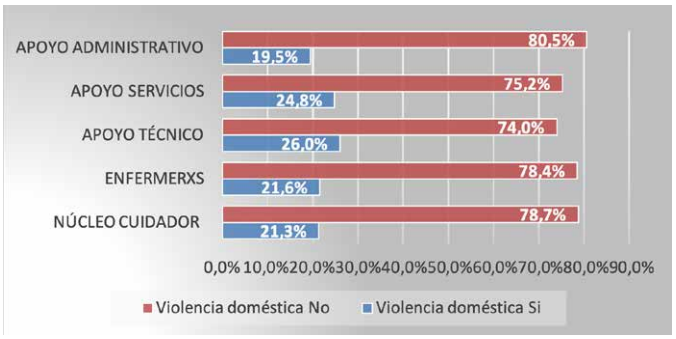
» GRÁFICO 42. PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN PLURIEMPLEO



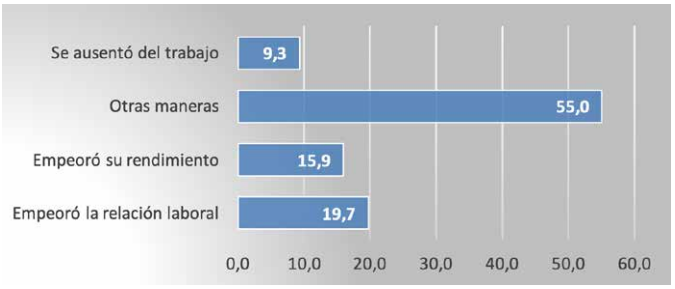
» GRÁFICO 43. PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN HORARIO DE TRABAJO



» GRÁFICO 44. PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN OCUPACIÓN



» GRÁFICO 45. PORCENTAJE DE AFECTACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL LUGAR DE TRABAJO



5. APOYO, DENUNCIAS Y EL ACCIONAR SINDICAL

El estudio también indaga sobre el modo en que lxs trabajadores buscan y/o reciben apoyo en el mundo del trabajo frente a cualquiera de las situaciones de violencia y acoso anteriormente descriptivas. El 63,3% de lxs trabajadores que sufrieron alguna situación de violencia refieren haberla comentado con alguien en el trabajo. En Brasil y en Chile un 67% refieren haberlo comentado, en El Salvador un 55% y en Perú un 50%; estos porcentajes sin embargo bajan para el caso de Colombia donde solo un 36,4% dice haberlo comentado con alguien en su trabajo (Gráfico 46). Al hacer la distinción por género son las mujeres más que los hombres las que comentan este tipo de violencias, un 65% en el caso de ellas y un 56% en el caso de los hombres, una diferencia de casi diez puntos porcentuales (Gráfico 47). Esto podría estar reflejando la mayor naturalización de este tipo de situaciones por parte de lxs trabadores hombres, la dificultad en buscar ayuda tal vez debida a la reproducción de valores típicamente masculinos como la hombría. Es interesante remarcar que son lxs trabajadores con mayor nivel educativo son lxs que mayormente comentan haber sufrido este tipo de situaciones, mientras que un 52% de quienes tienen secundario completo lo hacen, este número asciende al 67% en el caso de lxs trabajadores con posgrado completo (Gráfico 48). A lo largo del análisis realizado es posible observar como lxs trabajadores con menores credenciales educativas sufren en mayor medida los diversos tipos de violencia, sería interesante indagar en las posibilidades que tienen estos colectivos para expresar y comentar las situaciones vividas en sus trabajos, sin por ello sufrir consecuencias laborales que tiendan a reproducir sus vulnerabilidades. Un 50% de lxs trabajadores que sufrieron alguna situación de violencia lo comentaron con sus compañerxs de trabajo, un 26% con sus jefex y solo un 10,6% 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 lxs trabajadores. 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 compañerxs y superiores es un factor protector para la salud, en la medida que favorece la estima, el reconocimiento, el trato adecuado. Vivenciar situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, cómo ya lo venimos delineando, constituye un riesgo para la salud y seguridad de lxs trabajadores, riesgo que se agrava si el trabajador no puede contar con apoyo para comentar dichas situaciones. Son lxs trabajadores más jóvenes, de hasta 39años, los que mayormente suelen comentar estas situaciones a sus compañerxs (56,5%), frente a lxs trabajadores mayores de 51 años (44%). Por su parte mientras que un 17,2% de estos últimos trabajadores comentan esta situación a su representante sindical, solo un 6% de lxs trabajadores de hasta 39 años lo hacen.

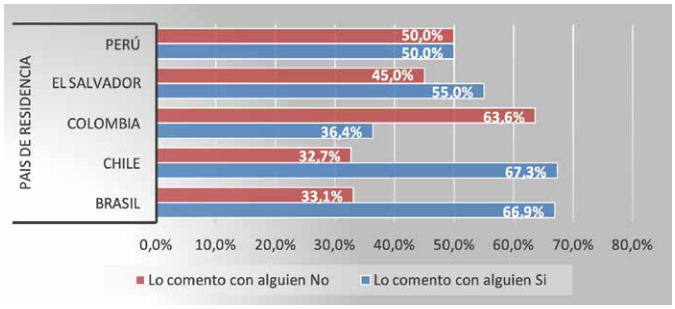
El 58,6% refiere haber recibido apoyo frente a estas situaciones de violencia, pero solo a un 36,5% le recomendaron hacer una denuncia, y finalmente solo un 21,3% la realizo. Si consideramos que casi un 80% de lxs trabajadores vivieron algún tipo de situación de violencia o acoso psicológico, sexual, físico o de violencia doméstica, solo uno de cada cinco trabajadores realiza una denuncia al respecto. Esto trae aparejado el silencio, la invisibilización y la reproducción no sólo de una cultura laboral que admite la violencia y el acoso, sino que la oculta.

Al analizarlo al interior de cada país mientras que en El Salvador a un 50% de lxs trabajadores le recomendaron hacer una denuncia, y en Brasil a un 47%, este número descienda al 42% en Colombia, al 33% en Chile y al 31% en Perú. Respecto a la realización efectiva de la denuncia, en Colombia solo el 16,7% la realizo, y en Perú solo el 13,8%, mientras que los restantes países se mantienen cerca de la media muestral del 21,3%.

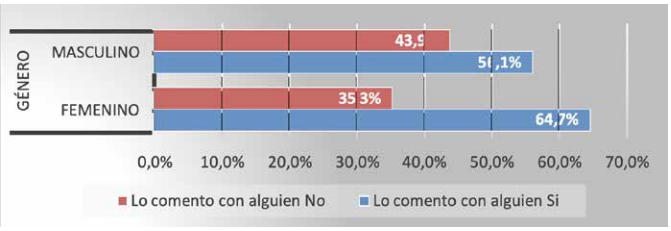
Al indagar sobre el tipo de denuncias realizadas un 49,5% refiere haber realizado una denuncia administrativa, un 21,4% una denuncia con acompañamiento del sindicato y sólo un 16,4% la hizo a través del sindicato. Como hemos ido delineando, y cómo veremos a continuación, el rol del sindicato tiene que ser fundamental en este sentido, y una fuente de referencia y apoyo para lxs trabajadores. De acuerdo a lo arrojado por el estudio, son pocos lxs trabajadores que referencian a sus organizaciones sindicales para enfrentar situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo. Es en Brasil donde se realizaron más denuncias sindicales, un 33% comparado con el 11,4% de Chile. En este último país, en cambio, un 57% de lxs trabajadores refieren haber realizado una denuncia administrativa.

Al preguntarle a lxs trabajadores si creen que en su trabajo se implementan medidas para prevenir las distintas formas de violencia y acoso, solo el 26,7% respondió de modo afirmativo. Este número asciende al 53% en el caso de Colombia, al 37% en el caso de Perú, y al 34% en el caso de El Salvador, mientras que Brasil (20%) y Chile (22,7%) se mantienen cercanos a la media muestral. Al indagar acerca del conocimiento que tienen lxs trabajadores 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 un 36% dice conocerlas, en Brasil este número asciende al 44% y al 41% en el caso de Colombia, mientras que en los demás países se mantiene cercano a la media muestral. 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 lxs trabajadores ante las situaciones de violencia y acoso vívidas.

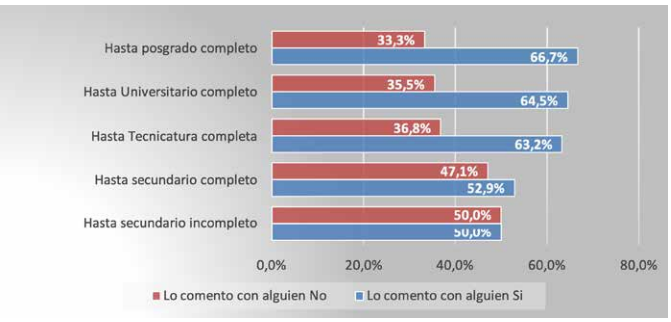
» GRÁFICO 46. PORCENTAJE DE TRABAJADORXS QUE COMENTARON SITUACIÓN DE VIOLENCIA Y ACOSO CON ALGUIEN EN EL LUGAR DE TRABAJO SEGÚN PAÍS.



» GRÁFICO 47. PORCENTAJE DE TRABAJADORXS QUE COMENTARON SITUACIÓN DE VIOLENCIA Y ACOSO CON ALGUIEN EN EL LUGAR DE TRABAJO SEGÚN GÉNERO.



» GRÁFICO 48. PORCENTAJE DE TRABAJADORXS QUE COMENTARON SITUACIÓN DE VIOLENCIA Y ACOSO CON ALGUIEN EN EL LUGAR DE TRABAJO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



4

EL SECTOR SALUD EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

La pandemia mundial que actualmente estamos transitando tiene como uno de sus epicentros al sector salud, considerado esencial y quién lleva adelante las tareas de cuidado. En la región latinoamericana la pandemia tensó las desigualdades en salud ya existentes, y visibilizo las deficiencias de los sistemas de salud afectados por las reformas neoliberales descriptas. En este sentido uno de los colectivos más afectados fueron lxs trabajadores 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 de lxs trabajadores de la salud para que puedan desempeñar correctamente su labor en un contexto de emergencia. La gran cantidad de trabajadores enfermos por COVID19 , lo mismo que trabajadores fallecidos nos hablan claramente de que la "esencialidad" declarativa 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 salarias y la falta de acceso a derechos laboral que forman parte de la cotidianeidad de las 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 incremento la jornada laboral, sino también tiene como consecuencia una mayor carga de trabajo no remunerado en el hogar.

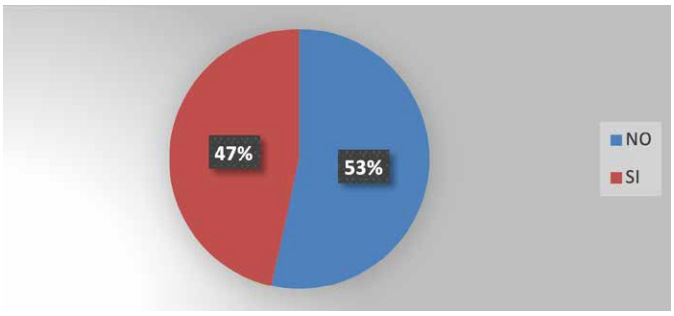
De acuerdo a la OIT (2020) las medidas de distanciamiento y confinamiento, al alentar a las personas a permanecer en sus casas y trabajar desde ahí cuando es posible, aumentan la probabilidad de violencia doméstica, en particular contra las mujeres. La experiencia de epidemias anteriores (por ejemplo, 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).

1. AUMENTO DE LA VIOLENCIA

Cuándo un trabajador 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 lxs trabajadores se han visto expuestos 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).

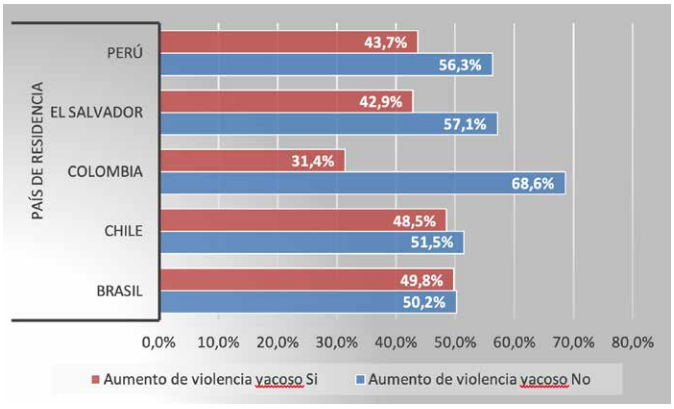
Un 46,6% de lxs trabajadores del estudio refieren un aumento de la violencia en su lugar de trabajo en situación de pandemia (Gráfico 49). Lo dicho anteriormente ayuda a comprender que si bien puede haber grupos particulares que experimenten en mayor medida situaciones de violencia y acoso, es toda la organización del trabajo la que absorbe de diferentes maneras ese clima de mayor estrés y hostilidad.

» GRÁFICO 49. PORCENTAJE DE TRABAJADORXS QUE REFIRIERON AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA



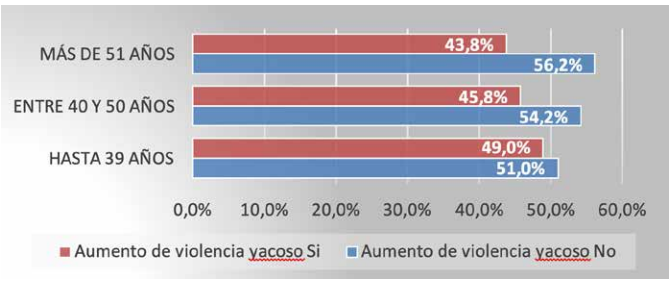
En Brasil ese número asciende al 50%, en Chile un 48,5% de lxs trabajadores refirieron un aumento de violencia, un 43,7% en Perú, un 42,9% en El Salvador y un 31,4% en Colombia (Gráfico 50).

» GRÁFICO 50. PORCENTAJE DE AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO SEGÚN PAÍS

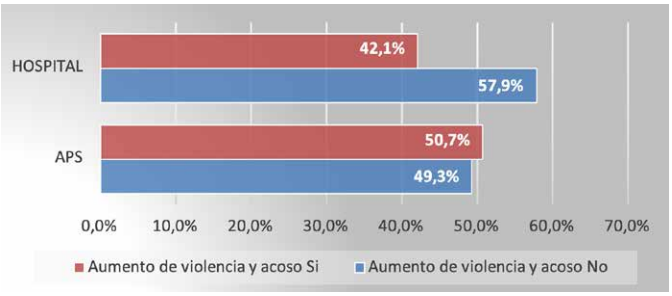


Dicho aumento de violencia fue vivenciado mayormente por lxs trabajadores más jóvenes, de hasta 39 años. Un 49% en relación al 43,8% de lxs trabajadores mayores a 51 años (Gráfico 51). Esto puede deberse a que la población mayor a 60 años, considerada de riesgo, pudo haberse tomado licencia, o realizar otro tipo de tareas que no impliquen su presencia en la organización de trabajo; mientras que fueron mayormente lxs trabajadores jóvenes los que hicieron frente a la situación pandémica, por no ser personal de riesgo. El aumento de violencia fue mayor en la atención primaria de la salud que en los hospitales, con una diferencia de 9 puntos porcentuales (51% y 42% respectivamente) (Gráfico 52).

» GRÁFICO 51. PORCENTAJE DE AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO SEGÚN EDAD

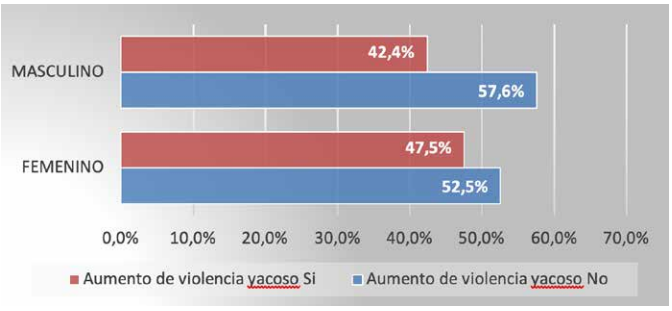


» GRÁFICO 52. PORCENTAJE DE AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO SEGÚN LUGAR DE TRABAJO



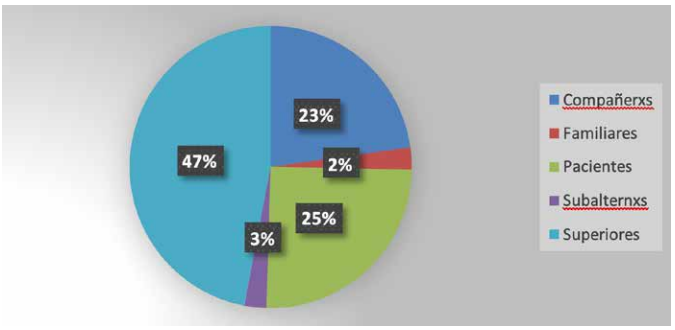
Son las mujeres más que los hombres, las que refieren aumento de violencia en sus lugares de trabajo, con una diferencia de cinco puntos porcentuales. En un trabajo feminizado con un 78% de trabajadoras mujeres, el aumento de violencia en contextos de pandemia repercute fuertemente en este colectivo 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, dónde son mayormente las mujeres las que sufren este tipo de situaciones por parte de sus compañeros o superiores hombres. Como venimos sosteniendo la feminización del sector salud se da a través de formas atípicas o precarias de empleo, caracterizadas como informales, con bajos salarios y menor protección social. Esto conlleva a que las mujeres sean particularmente vulnerables a la violencia y acoso de distinto tipo.

» GRÁFICO 53. PORCENTAJE DE AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO SEGÚN GÉNERO



Un 47% de lxs trabajadores refieren 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 54). Al hacer el análisis al interior de cada país, este número asciende al 57% en Perú, al 51% en Brasil, al 50% en El Salvador, al 47,4% en Colombia, y al 44,5% en Chile (Gráfico 55). Si nos enfocamos en el tipo de organización al aumento de la violencia por parte de superiores es más pronunciado en los hospitales, un 55%, respecto a lo que sucede en atención primaria a la salud (39%) (Gráfico 56). Es posible que la atención primaria a la salud se caracterice por tener menos rangos jerárquicos, que un hospital que presenta mayor complejidad en este sentido por su propia estructura.

» GRÁFICO 54. PORCENTAJE DE AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO SEGÚN DE QUIEN PROVIENE

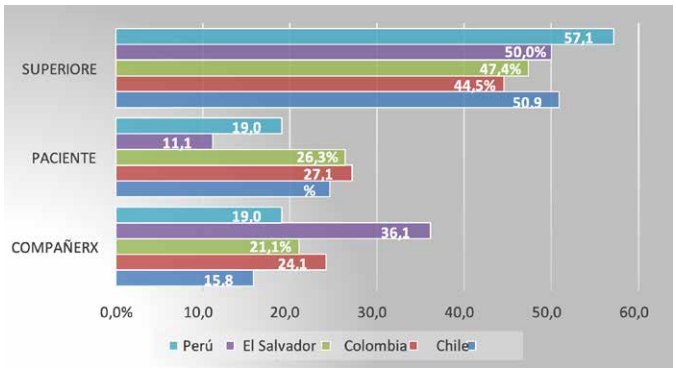


Al hacer la distinción por género la diferencia porcentual se presenta bastante acentuada. Mientras que un 48,4% de las mujeres refirieron que el aumento de violencia provenía por parte de sus superiores, un 39,6% de los hombres refirió esto (Gráfico 57). Es interesante señalar que al igual que sucedió a la hora de analizar el acoso sexual, es en el caso de la relación con los superiores donde la brecha de género se visibiliza aún más. Poniendo de manifiesto la cultura patriarcal de subordinación a la que se ve sometida la mujer.

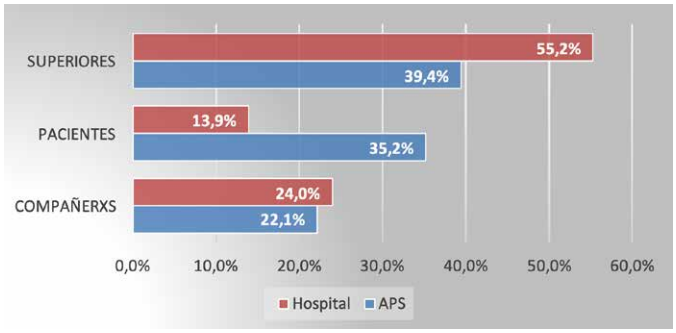
Un 22,8% de lxs trabajadores refirió que este aumento de la violencia fue de parte de sus compañerxs de trabajo. Al desagregarlo por país, es un 36% en El Salvador, un 24% en Chile, un 21% en Colombia, un 19% en Perú y un 15,8% en Brasil (Gráfico 55). Son lxs trabajadores más jóvenes, de hasta 39 años, lxs que refirieron el aumento de violencia por parte de sus compañerxs, comparado con lxs trabajadores mayores de 51 años (28% y 21%, respectivamente) (Gráfico 60); y lxs trabajadores pluriempleados (29%) (Gráfico 58). Como iremos delineando son las desigualdades e inequidades previas a la pandemia, tal como pudimos analizar en el anterior apartado respecto a lxs trabajadores jóvenes y a aquellos que tienen pluriempleo, las que parecieran ser base para el aumento de la violencia durante la pandemia.

Un 25,2% de lxs trabajadores que participaron del estudio refirió que ese aumento de violencia venía por parte de lxs pacientes. Este tipo de violencia es más pronunciada en atención primaria a la salud (35,2%), respecto a la organización hospitalaria (13,9%) (Gráfico 56); y más pronunciada en el personal de enfermería (31,4%) y el apoyo técnico (37,5%), respecto a lo que sucede con los profesionales del núcleo cuidador (19,8%), el apoyo servicios (18%) y el apoyo administrativo (24,7%) que están por debajo de la media muestral (Gráfico 59).

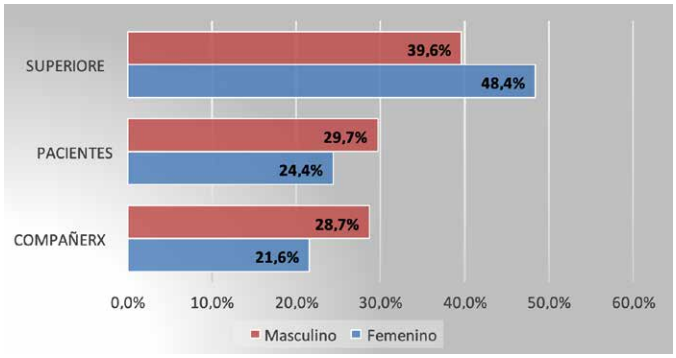
» GRÁFICO 55. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN PAÍS



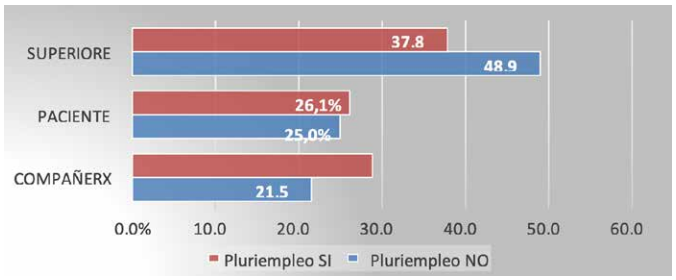
» GRÁFICO 56. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN LUGAR DE TRABAJO



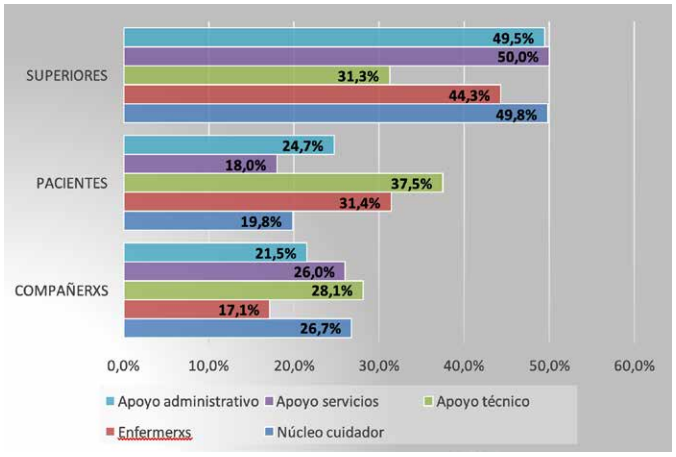
» GRÁFICO 57. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN GÉNERO



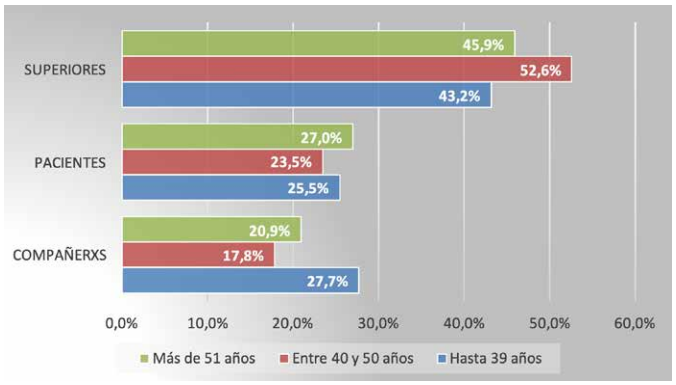
» GRÁFICO 58. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN PLURIEMPLEO



» GRÁFICO 59. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN OCUPACIÓN



» GRÁFICO 60. PORCENTAJE DE PROVENIENCIA DEL AUMENTO DE ACOSO Y VIOLENCIA SEGÚN EDAD



2. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

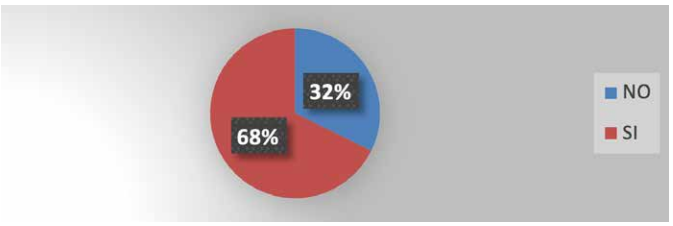
Por la aplicación de protocolos de atención, la utilización de elementos de protección personal, el establecimiento de licencias, y el cambio rotundo que implico a nivel general en el proceso de trabajo, la modificación de las condiciones de trabajo en el sector salud fue una de las características sobresalientes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

Un 68% de lxs trabajadores refirieron cambios en sus condiciones de trabajo a partir de la pandemia (Gráfico 61). Al desagregarlo por país este número asciende al 72% en Chile, al 69,5% en Brasil, 66,7% en Perú, 47,9% en Colombia y 49,4% en El Salvador (Gráfico 62). Lxs que vivenciaron más estas modificaciones fueron lxs trabajadores pluriempleados (77%) (Gráfico 63), lxs trabajadores de atención primaria (71%) (Gráfico 64), y en relación a la categoría ocupacional, lxs profesionales del núcleo cuidador (71%), lxs enfermerxs (68%), el personal administrativo (67%), y luego el apoyo técnico (62,5%) y el apoyo servicios (59%) (Gráfico 65).

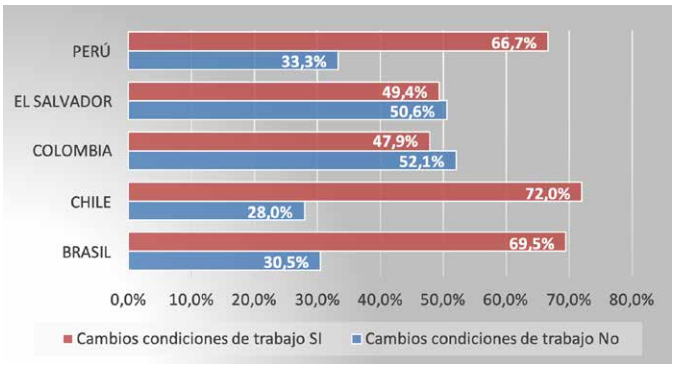
Entre las modificaciones en las condiciones de trabajo, un 29,9% de lxs trabajadores señalaron que sufrieron cambios en su horario habitual, un 22,2% que le aumento la carga horaria laboral y un 17,6% tuvo que trasladarse a otros lugares o dependencias (Gráfico 66).

Es interesante marcar en cierta medida el sesgo asistencial a la hora de analizar las modificaciones en las condiciones de trabajo. Es el núcleo cuidador, aquellos trabajadorxs que están en la primera línea de atención a lxs pacientes, como ser profesionales del grupo cuidador y enfermerxs, al que se suele priorizar frente a los cambios en las condiciones de trabajo que impone la pandemia; sin embargo el covid-19 afecta por igual a todxs lxs trabajadores que desempeñan sus tareas en una organización sanitaria.

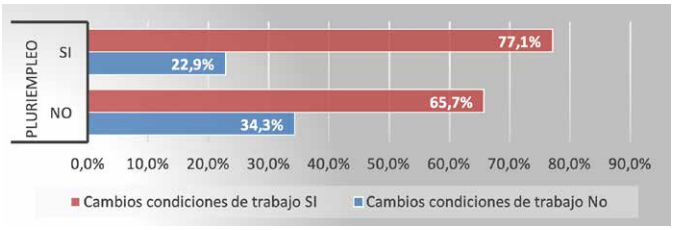
» GRÁFICO 61. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIEREN MODIFICACIÓN DE SUS CONDICIONES DE TRABAJO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA



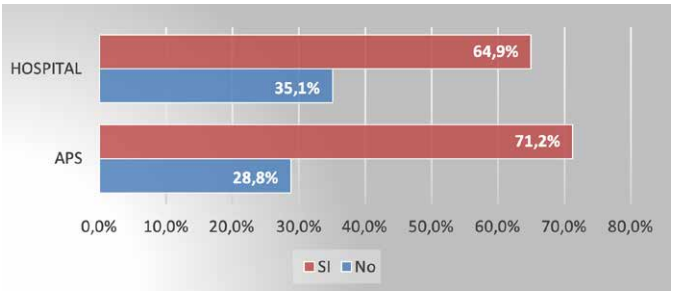
» GRÁFICO 62. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIEREN MODIFICACIÓN DE SUS CONDICIONES DE TRABAJO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA SEGÚN PAÍS



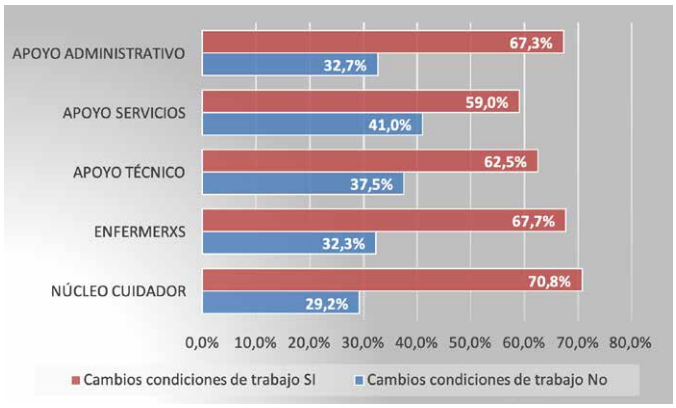
» GRÁFICO 63. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIEREN MODIFICACIÓN DE SUS CONDICIONES DE TRABAJO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA SEGÚN PLURIEMPLEO



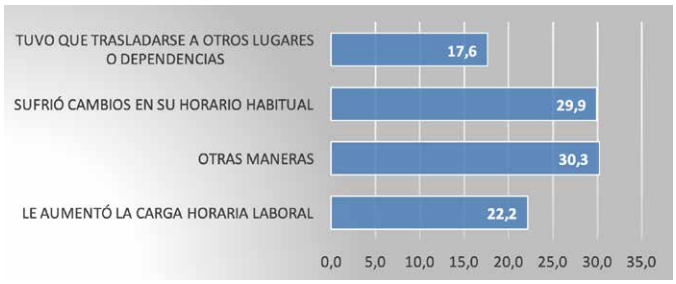
» GRÁFICO 64. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIEREN MODIFICACIÓN DE SUS CONDICIONES DE TRABAJO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA SEGÚN LUGAR DE TRABAJO



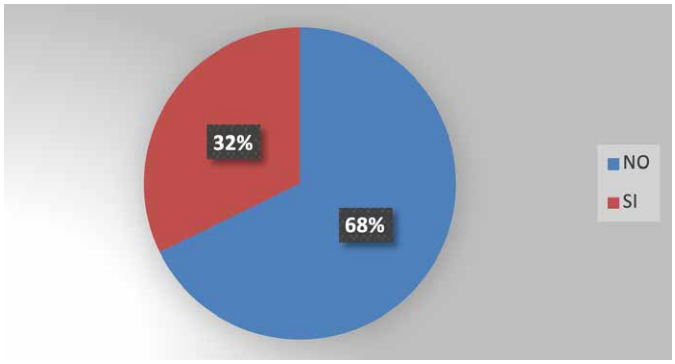
» GRÁFICO 65. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIEREN MODIFICACIÓN DE SUS CONDICIONES DE TRABAJO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA SEGÚN OCUPACIÓN



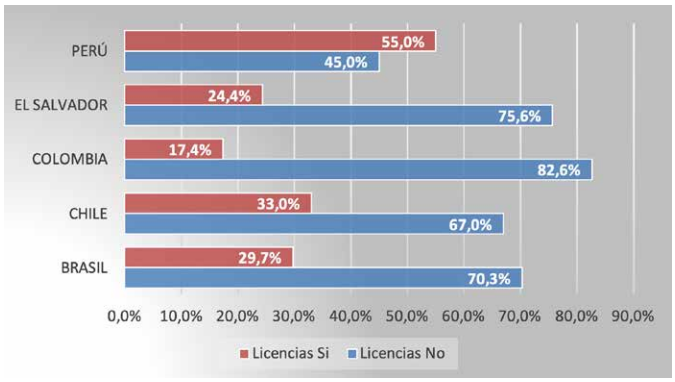
» GRÁFICO 66. PORCENTAJE DEL TIPO DE MODIFICACIONES EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO REGISTRADOS POR LXS TRABAJADORES



» GRÁFICO 67. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REGISTRARON TENER O NO LICENCIAS EN SU LUGAR DE TRABAJO



» GRÁFICO 68. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REGISTRARON TENER O NO LICENCIAS EN SU LUGAR DE TRABAJO SEGÚN PAÍS



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, por contar con más de 60 años. Sin embargo de acuerdo a los datos arrojados por el estudio, solo un 32,3% de lxs trabajadores refirieron que en su lugar de trabajo se establecieron dichas licencias (Gráfico 67). En Perú este número asciende al 55%, en Chile (33%), Brasil (30%) y El Salvador (24,4%) se mantienen cercanos a la media y en Colombia (17,4%) baja 15 puntos respecto a la media muestral (Gráfico 68). El establecimiento de licencias forma parte de los derechos laborales de lxs trabajadores, derechos que son vulnerados en un contexto de emergencia como es la actual pandemia. Que solo uno de cada tres trabajadores refiera que en su organización se han dado dichas 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, y de niñxs y ancianxs; y al no disponer de las mismas se sobrecargan sus tareas.

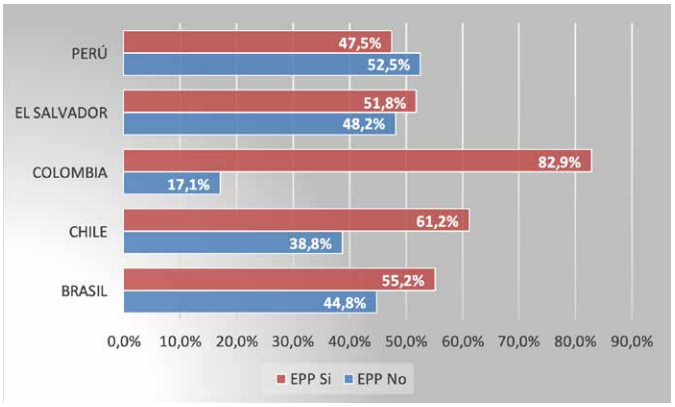
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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 lxs trabajadores. El entorno físico de trabajo 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.

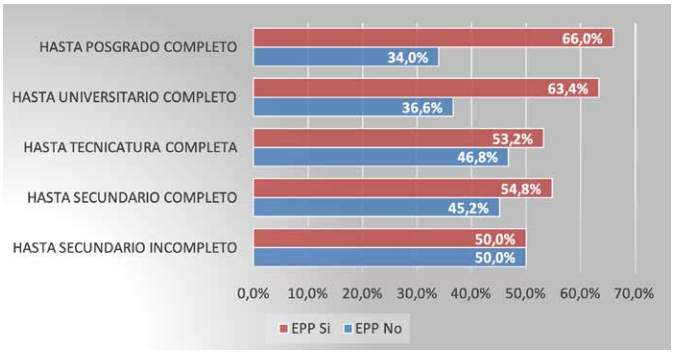
Un 40% de lxs trabajadores refieren no contar con elementos de protección personal, elementos necesarios para afrontar la pandemia. Los países que más sufren la falta de elementos de protección personal son Perú (52,5%), El Salvador (48,2%), Brasil (44,8%), Chile (38,8%) y con una diferencia porcentual más acentuada a la baja Colombia (17,1%)(Gráfico 69).

Mientras que un 45% de lxs trabajadores con secundario completo no cuentan con elementos de protección personal, este número desciende al 34% en el caso de lxs trabajadores con posgrado completo (Gráfico 70). Al desagregarlo por ocupación un 46,2% de lxs trabajadores de apoyo servicio, un 43,8% del apoyo administrativo y un 40, 8% del apoyo técnico no cuentan con elementos de protección personal, mientras que estos números descienden al 38% en el caso de lxs enfermeros y un 37% en el caso de lxs profesionales del grupo cuidador(Gráfico 71). Esto condice, en cierta medida, con las percepciones sobre las modificaciones en las condiciones de trabajo, y pone de manifiesto que determinados grupos ocupacionales con menor peso y reconocimiento dentro de la organización sanitaria como ser el apoyo servicios; no se los provee de los mismos elementos de protección personal que lxs profesionales del núcleo cuidador y lxs enfermeros, generando una priorización y una segregación al interior del sector salud.

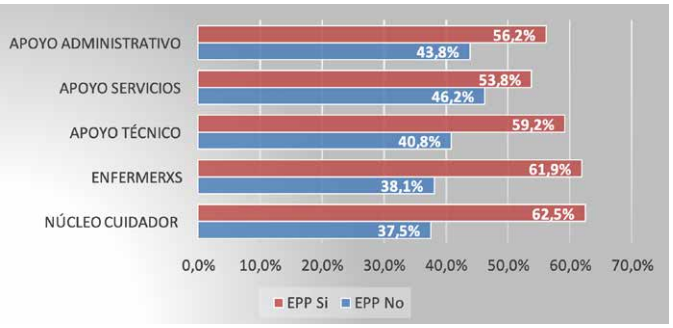
» GRÁFICO 69. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PAÍS



» GRÁFICO 70. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



» GRÁFICO 71. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN OCUPACIÓN

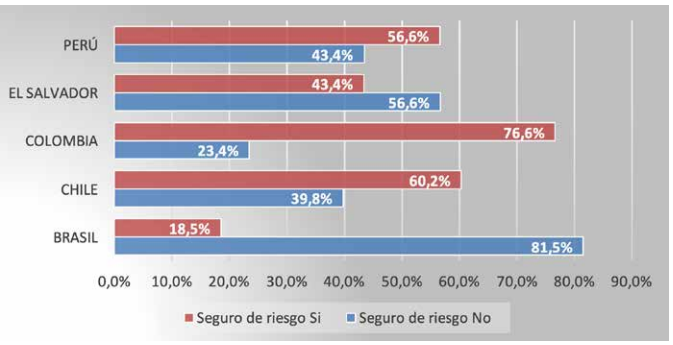


SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

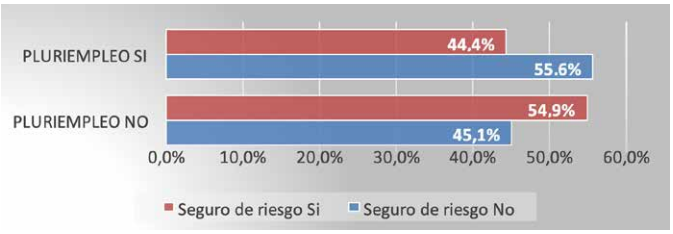
Uno de cada dos trabajadores no cuenta con seguro de riesgos en su trabajo. El 81,5% de lxs trabajadores en Brasil dicen no contar con seguro de riesgo, un 56,6% de trabajadores en El Salvador, un 43,4% en Perú, 39,8% en Chile y un 23,4% en Colombia (Gráfico 72).

Son lxs trabajadores pluriempleados lxs que menos cuentan con seguro de riesgos, con una diferencia porcentual de diez puntos respecto a los que tienen un solo empleo (Gráfico 73), y al desagregarlo por ocupación es el apoyo servicios el que menos cuenta con un seguro de riesgos, con una diferencia porcentual de trece puntos en relación a lxs profesionales del núcleo cuidador, y de ocho puntos en relación al personal de enfermería (Gráfico 74).

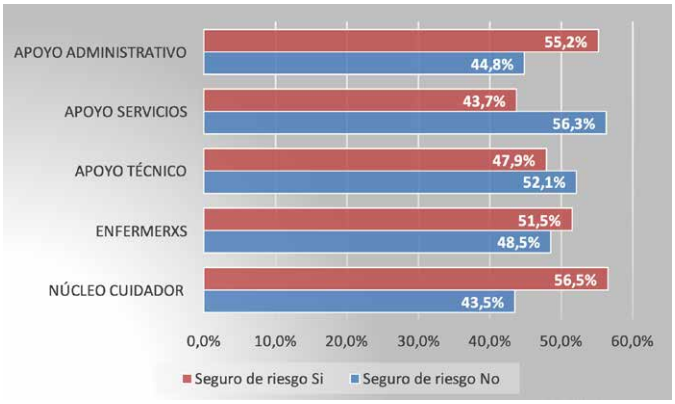
» GRÁFICO 72. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO SEGÚN PAÍS



» GRÁFICO 73. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO SEGÚN PLURIEMPLEO



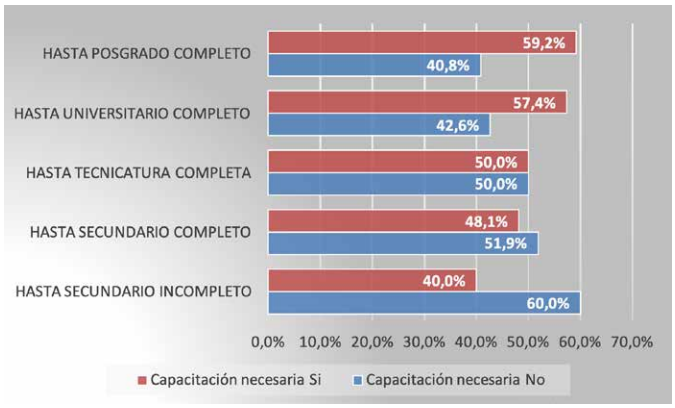
» GRÁFICO 74. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO TENER SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO SEGÚN OCUPACIÓN



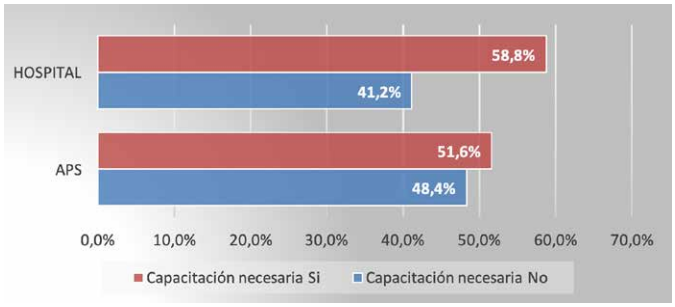
CAPACITACIÓN

Uno de cada dos trabajadores refiere no haber contado con la capacitación necesaria para los requerimientos de la pandemia. Respecto a las variables sociodemográficas son lxs trabajadores de menor nivel educativo lxs que refieren mayormente no haber contado con capacitación en relación a los de mayor nivel educativo, con una diferencia de diez puntos porcentuales entre lxs que tienen secundario completo y aquellos con posgrado completo (Gráfico 75). A su vez mientras que un 48,4% de lxs trabajadores de atención primaria refieren no haber contado con capacitación, en el caso de las organizaciones hospitalarias este porcentaje es del 41% (Gráfico 76).

» GRÁFICO 75. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO HABER RECIBIDO LA CAPACITACIÓN NECESARIA PARA LOS REQUERIMIENTOS DE LA PANDEMIA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



» GRÁFICO 76. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE REFIRIERON O NO HABER RECIBIDO LA CAPACITACIÓN NECESARIA PARA LOS REQUERIMIENTOS DE LA PANDEMIA SEGÚN LUGAR DE TRABAJO

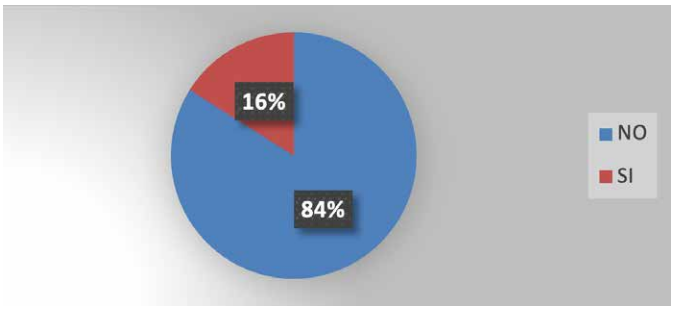


3. ENFERMAR POR LA COVID-19

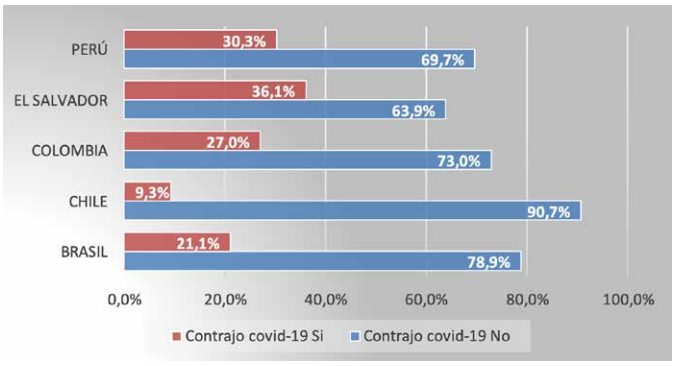
Un 16% de lxs trabajadores que participaron en el estudio refiere haberse enfermado con COVID-19 (Gráfico 77). Al desagregarlo por país, en El Salvador el 36% de lxs trabajadores contrajo COVID-19, en Perú el 30%, en Colombia el 27%, en Brasil el 21,2% y en Chile solamente el 9,3% de lxs trabajadores (Gráfico 78). Respecto a los grupos ocupacionales, un 29,4% del apoyo servicios lo contrajo, un 18,6% del personal de enfermería, un 17,2% del personal administrativo, un 16,9% del apoyo técnico y un 10% de lxs profesionales del núcleo cuidador (Gráfico 79). Siguiendo con el análisis realizado con anterioridad, la diferencia de veinte puntos porcentuales entre lxs profesionales del núcleo cuidador y el apoyo servicios denota las desigualdades en la provisión de elementos de protección personal ya señalados, que puede traducirse en mayores infecciones por covid-19.

Al indagar sobre las formas en que lxs trabajadores se contagiaron, un 47% refiere haberse contagiado por la atención a pacientes y un 27,5% por el contacto entre compañerxs (Gráfico 80). Respecto al primer tipo de contagio, son lxs enfermerxs (57%) y el apoyo técnico (58%), lxs que más refieren este tipo de contagio, seguido por el apoyo servicios (53%) (Gráfico 81). A su vez un 71,4% de lxs trabajadores de emergencia que contrajeron covid refieren haberlo contraído por atención directa a pacientes, marcando la alta exposición de lxs trabajadores que realizan guardia (Gráfico 82). Respecto al contagio por contacto entre compañerxs, es el personal administrativo (39,4%) el que más refiere este tipo de contagio (Gráfico 81). Prácticamente la totalidad de lxs trabajadores que participaron en el estudio (90%) dicen conocer a algún compañerx que contrajo covid-19 (Gráfico 83) y un 29% conocen a algún compañerx que falleció por dicha enfermedad (Gráfico 84).

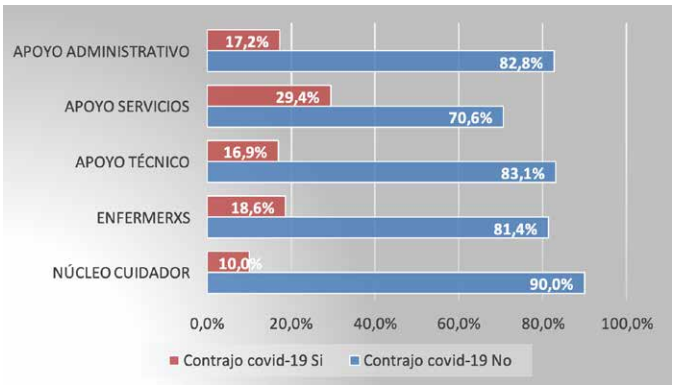
» GRÁFICO 77. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE ENFERMARON CON LA COVID-19



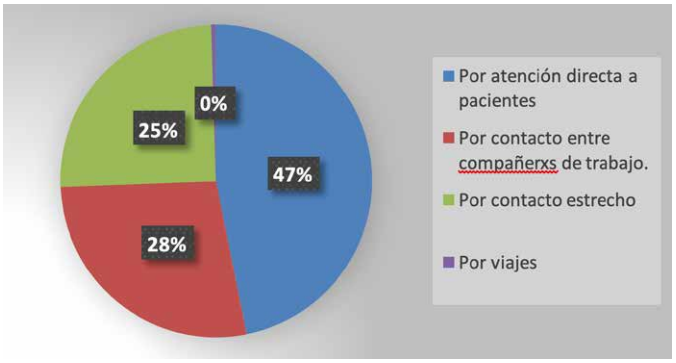
» GRÁFICO 78. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONTRAJERON COVID-19 SEGÚN PAÍS



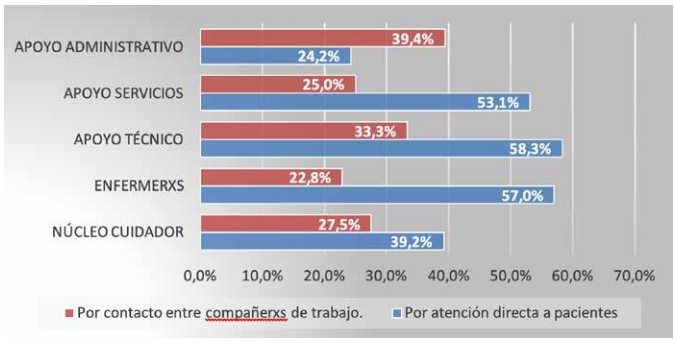
» GRÁFICO 79. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONTRAJERON COVID-19 SEGÚN OCUPACIÓN



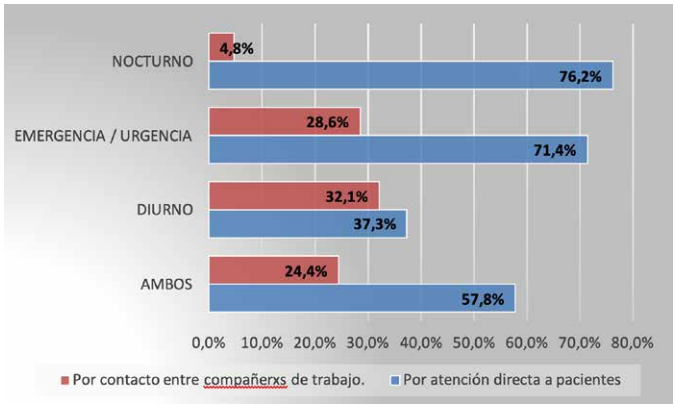
» GRÁFICO 80. PORCENTAJE DE CAUSAS POR LAS CUALES LXS TRABAJADORES ENFERMARON CON COVID-19



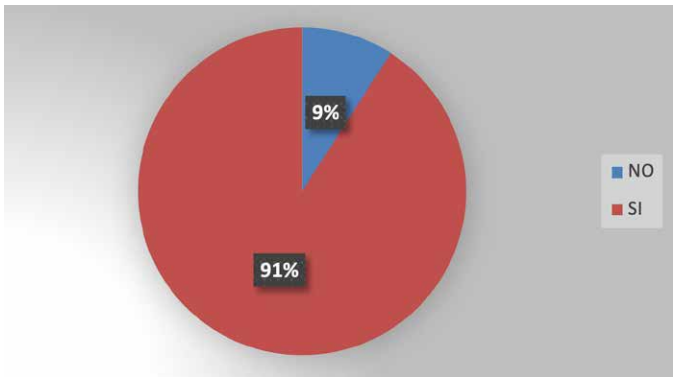
» GRÁFICO 81. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONTRAJERON COVID-19 POR CONTACTO ENTRE COMPAÑERXS O POR ATENCIÓN DIRECTA A PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



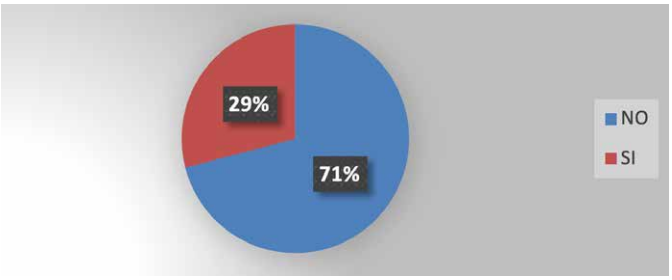
» GRÁFICO 82. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONTRAJERON COVID-19 POR CONTACTO ENTRE COMPAÑERXS O POR ATENCIÓN DIRECTA A PACIENTES SEGÚN HORARIO DE TRABAJO

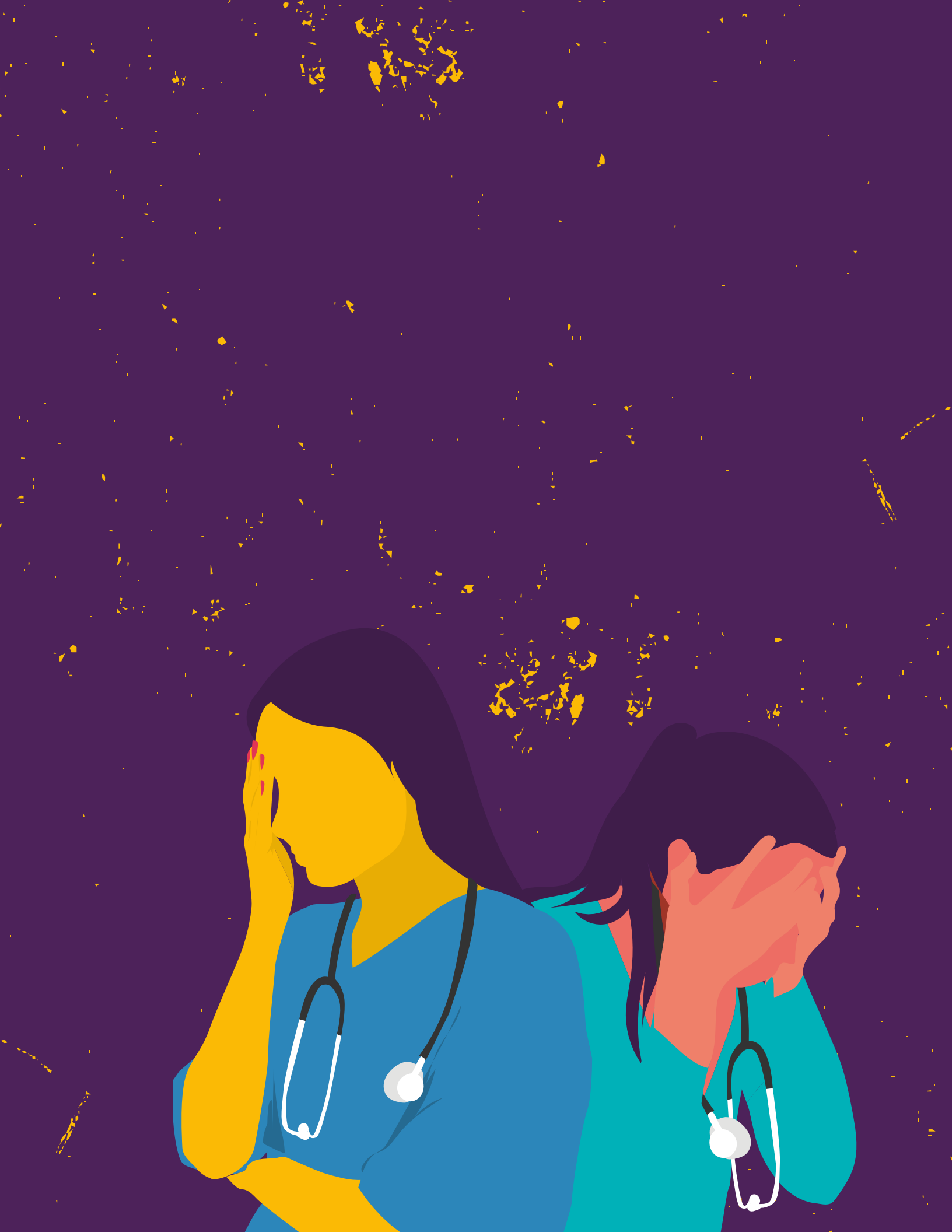


» GRÁFICO 83. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONOCEN A ALGÚN COMPAÑERX QUE ENFERMO CON LA COVID-19



» GRÁFICO 84. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONOCEN A ALGÚN COMPAÑERX QUE FALLECIÓ CON COVID-19



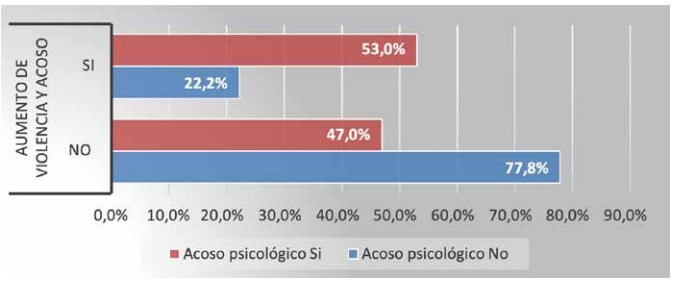


EMERGENCIA SANITARIA, VIOLENCIA Y ACOSO, UN CÍRCULO VICIOSO

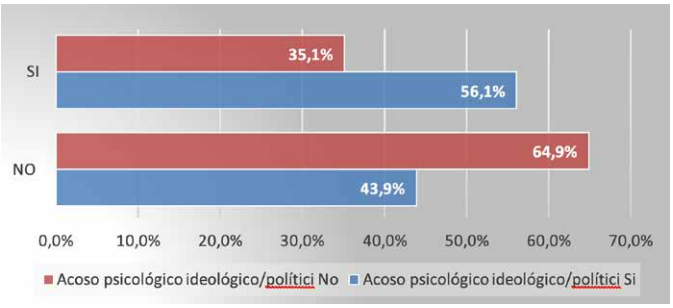
Cómo sostienen Chappel y Di Martino, (2006) los riesgos psicosociales que causan el estrés, son factores que contribuyen a la violencia en el lugar de trabajo. Y muchos estudios muestran la existencia de un círculo vicioso de riesgos psicosociales que conducen a la violencia y el acoso y seguidamente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

Un 46,4% de lxs trabajadores que participaron en el estudio refiere un aumento de la violencia durante la pandemia, al cruzarlo con acoso psicológico podemos ver que un 53% de lxs trabajadores que sufren acoso psicológico refiere ese aumento de violencia, mientras que solo el 22% de lxs trabajadores que no sufrieron acoso psicológico lo refiere (Gráfico 85). En un sentido similar el 56% de lxs trabajadores que sufrieron alguna situación de acoso psicológico por razones ideológicas o políticas da cuenta del aumento de violencia durante la pandemia, en comparación al 35% de trabajadores que no sufrieron este tipo de acoso psicológico (Gráfico 86). Por último, mientras que un 59% de lxs trabajadores que sufrieron acoso psicológico por razones de clase o contrato refiere un aumento de violencia durante la pandemia, ese número desciende al 32% entre lxs trabajadores que no sufrieron acoso psicológico por razones de clase o contrato (Gráfico 87).

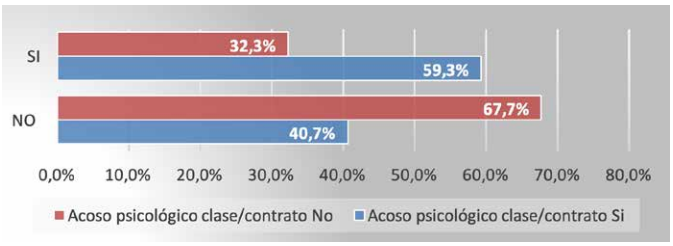
» GRÁFICO 85. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO PSICOLÓGICO EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA



» GRÁFICO 86. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO PSICOLÓGICO POR RAZONES IDEOLÓGICAS/POLÍTICAS EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

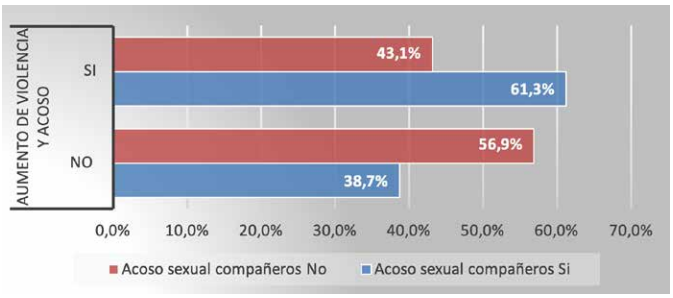


» GRÁFICO 87. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO PSICOLÓGICO POR RAZONES DE CLASE/CONTRATO EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

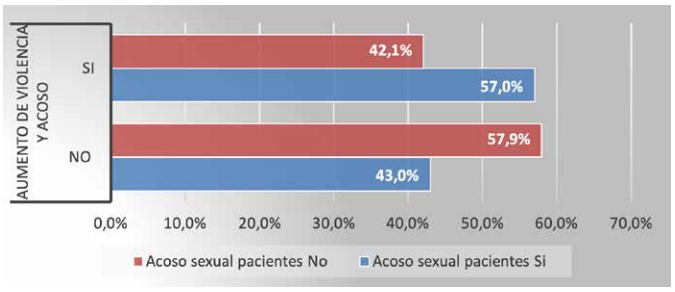


Al analizar el aumento de violencia en relación al acoso sexual podemos ver lo siguiente: mientras que un 61,3% de lxs trabajadores que sufrieron acoso sexual por parte de compañerxs refiere un aumento de violencia, ese número desciende al 43,1% en el caso de lxs trabajadores que no sufrieron acoso sexual por parte de compañerxs (Gráfico 88). Por su parte un 57% de lxs trabajadores que sufrió acoso sexual por parte de pacientes refiere un aumento de dicha violencia, en comparación al 42% que no sufrió acoso sexual por parte de pacientes (Gráfico 89). En el caso del acoso sexual por parte de superiores, un 64,5% de quienes sufrieron este acoso refiere un aumento de violencia, en comparación al 42,5% de lxs trabajadores que no sufrieron este tipo de acoso (Gráfico 90).

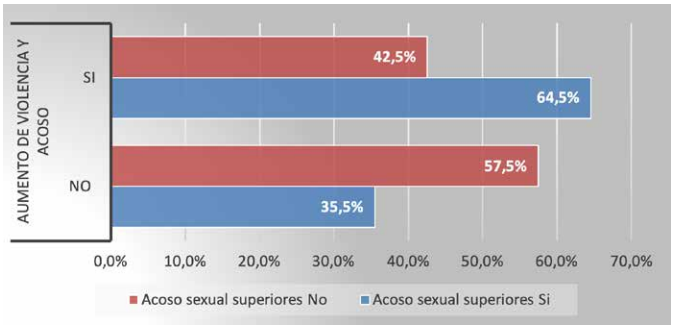
» GRÁFICO 88. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA



» GRÁFICO 89. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

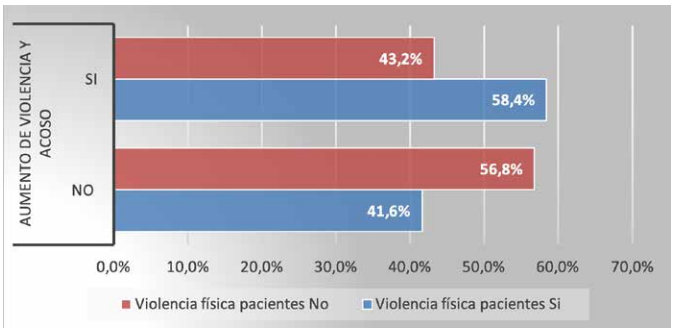


» GRÁFICO 90. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA



En lo que refiere a quienes sufrieron violencia física por parte de pacientes, un 58,4% refiere un aumento de violencia durante la pandemia, mientras que un 43% de lxs que no sufrieron este tipo de violencia refiere un aumento de violencia (Gráfico 91).

» GRÁFICO 91. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIERON O NO VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE PACIENTES EN RELACIÓN AL REGISTRO DEL AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

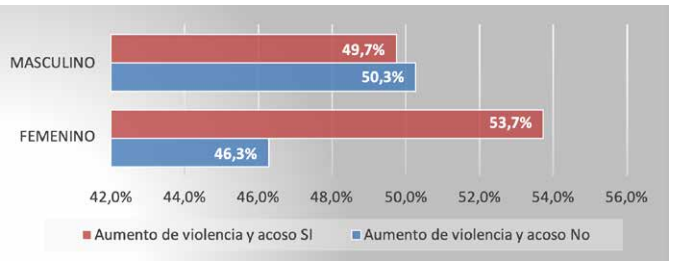


Al hacer el análisis por género, puede verse que son las mujeres las que en algunos casos sufren más que los hombres. Mientras que un 53,7% de las mujeres que sufren acoso psicológico registraron un aumento de violencia, en el caso de los hombres este número desciende al 49,7% (Gráfico 92). En lo que refiere al acoso psicológico por razones de clase o contrato un 61,2% de las mujeres que lo sufrieron refiere un aumento de violencia durante la pandemia, descendiendo ese número al 50% en el caso de los hombres. Un 57,9% de las mujeres que sufrieron acoso psicológico por razones ideológicas o políticas refiere un aumento de violencia durante la pandemia, en comparación al 48,5% de los hombres.

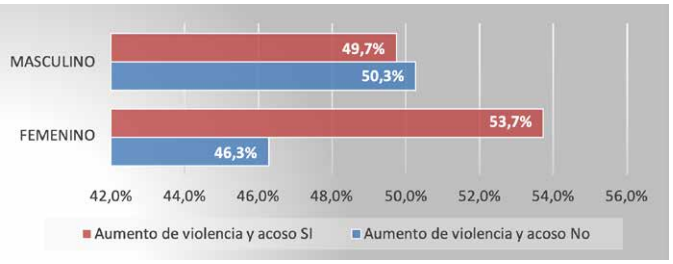
En relación al acoso sexual por parte de compañeros, un 62,6% de las mujeres que lo sufrieron registra un aumento de la violencia durante la pandemia, en comparación al 52,9% de los hombres (Gráfico 93); un 59,1% de las mujeres que sufrieron acoso sexual por parte de pacientes registra este aumento de violencia en comparación al 45,2% de los hombres (Gráfico 94) y un 66,4% de las mujeres que sufrieron acoso sexual por parte de superiores registraron este aumento de violencia, en comparación al 47,8% de los hombres (Gráfico 95).

Lo que se pone de manifiesto, son dos cuestiones: en primer lugar que el aumento de la violencia registrado en las organizaciones sanitarias durante la pandemia impacta más en aquellxs trabajadores que ya sufrían situaciones de violencia y acoso en el mundo del trabajo, y que ese aumento de la violencia es vivenciado más por las mujeres que por los hombres.

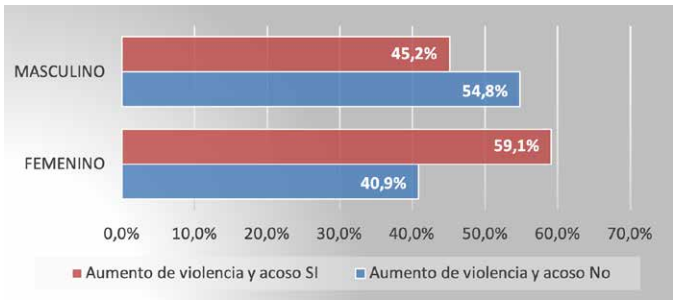
» GRÁFICO 92. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES QUE REGISTRARON UN AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ALGÚN TIPO DE ACOSO PSICOLÓGICO



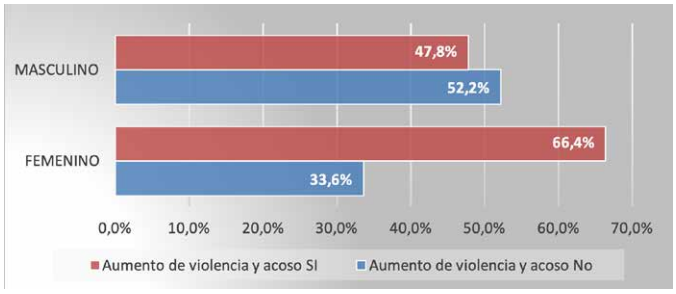
» GRÁFICO 93. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES QUE REGISTRARON UN AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ACOSO SEXUAL POR PARTE DE COMPAÑERXS.



» GRÁFICO 94. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES QUE REGISTRARON UN AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ACOSO SEXUAL POR PARTE DE PACIENTES.



» GRÁFICO 95. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES QUE REGISTRARON UN AUMENTO DE VIOLENCIA Y ACOSO EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ACOSO SEXUAL POR PARTE DE SUPERIORES



6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN SINDICAL

A partir de los resultados mostrados en el presente estudio, se hace necesario comprender la violencia y el acoso en el mundo del trabajo en estrecha conexión con el contexto social e histórico actual. Tal como pudimos delinear respecto a la situación de cada país, los sistemas de salud de la región se caracterizan tanto por el desfinanciamiento, la falta de recursos, el avance de las privatizaciones y una salud mercantilizada, como por el aumento de modalidades precarias de contratación a sus trabajadorxs, exceso de horas extras, pluriempleo y guardias prolongadas. Ambas situaciones dan cuenta de un panorama de vulneración de derechos tanto para los usuarixs de atención como para lxs trabajadores. En este contexto la pandemia agravó aún más la situación del sector salud. Entre las deficiencias en la gestión de la emergencia sanitaria que pudimos evidenciar a través de la percepción de lxs trabajadores podemos nombrar: la falta de licencias y seguros de riesgos del trabajo para el personal de salud, insuficientes elementos de protección personal y capacitaciones para afrontar los requerimientos de la pandemia. A su vez determinantes como la imposición de un alto ritmo de trabajo por la demanda existente, la falta de insumos y cantidad de personal adecuado, son factores que también estuvieron presentes en todos los sistemas de salud de la región. De acuerdo a la percepción de lxs trabajadores se registró un aumento de la violencia a partir de la pandemia, por lo cual podemos inferir que las deficiencias en la gestión de la salud y seguridad en el trabajo mostraron su influencia en dicho aumento. La falta de elementos de protección personal o la falta de información sobre los riesgos presentes, son factores que se vinculan fuertemente con situaciones de violencia y acoso. En la situación actual de emergencia sanitaria, la OMS (OMS, 2020) recomienda darle sumo valor a la gestión de los recursos preventivos. Producto de la pandemia del COVID-19, en las actividades esenciales, los factores de riesgo como la falta de información, cantidad insuficiente de personal, de equipamiento, o de los elementos de protección personal, así como de una inadecuada comunicación; muestran un recrudecimiento de afectaciones de salud psicofísica y síntomas de ansiedad, sentimientos de enojo, culpa, inseguridad y desgaste. La violencia y el acoso en el trabajo inciden de forma adversa en la salud física y mental de lxs trabajadores, y por ende en la calidad de su trabajo.

Comprendemos que las deficiencias estructurales que vienen arrastrando los sistemas de salud de la región, fuertemente impactados por la pandemia mundial, se presentan como un terreno propicio para el aumento de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. Sin embargo, esas violencias se producen y generan en un ámbito particular: la organización del trabajo. Es por esto que decimos que 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. Pese a las altas prevalencias que pudimos observar en el presente estudio, -casi un 80% de lxs trabajadores que participaron en el estudio 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. Dicha 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, (2020) 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 presente 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, afecta principalmente a lxs trabajadores jóvenes, a quienes tienen pluriempleo, realizan doble turno, largas jornadas laborales, a quienes trabajan en la emergencia, tienen menores credenciales educativas y son mujeres. Sería erróneo considerar que lxs profesionales del núcleo cuidador no sufren situaciones de violencia y acoso, y que no han estado expuestos al aumento de violencia que implico trabajar en condiciones de emergencia sanitaria, las prevalencias son altas en todos los grupos ocupacionales. Sin embargo al destacar las dimensiones mencionadas con anterioridad creemos que se conforma un crisol en donde determinados trabajadorxs que se insertan al mercado laboral, 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 al interior de las organizaciones sanitarias.

De acuerdo a la OIT (2018) lxs trabajadores 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. Lxs trabajadores con menor formación, que registran mayores niveles de inseguridad en el empleo (en relación a la estabilidad del mismo y al desarrollo de una carrera laboral), que 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. 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 al sector salud sea en condiciones de trabajo decente, repercutiendo también en la ocupación de cargos jerárquicos. Son las mujeres las que corren mayor riesgo de sufrir violencia y acoso en el trabajo, por las relaciones desiguales de género que reproducen las organizaciones laborales. En el presente estudio las mujeres mostraron peores indicadores en relación a sus condiciones laborales: mientras que un 27% de los trabajadores hombres tienen un contrato fijo -con tiempo de finalización- este número asciende al 37% en el caso de las mujeres; un 45% de los trabajadores hombres se aglutinan en los puestos profesionales del núcleo cuidador, mientras que un 35% de las mujeres se aglutinan en este grupo ocupacionales. Las mujeres tienen mayor presencia en enfermería, un 36% frente al 21% de los hombres. Cómo mencionamos anteriormente, la feminización del mercado de trabajo, incorpora a las mujeres a tareas ligadas históricamente al cuidado, y además encuentran aglutinadas en tareas con menor calificación bajo modalidades precarias de contratación.

Estas reflexiones cobran aún más ahínco en un contexto de emergencia sanitaria. Los sectores más afectados en la deficiente gestión de la emergencia sanitaria, ya mencionada, fueron lxs trabajadores jóvenes, lxs trabajadores con menores credenciales educativas, lxs pluriempleados; y pudo observarse particularmente una segregación en la provisión de elementos de protección personal en el sector de apoyo servicios, que repercutió en mayor prevalencia de contagio de COVID-19. Lo cual habla de las inequidades al interior de la organización sanitaria. En el contexto de emergencia sanitaria uno de cada dos trabajadorxs registraron un aumento de la violencia. Y cómo también pudimos reflexionar este aumento de la violencia

fue registrado sobre todo por aquellxs trabajadores que ya sufrían situaciones de violencia y acoso psicológico, físico o sexual. No solo se vuelve necesario, de manera urgente, la provisión de todos los elementos de protección personal necesarios, el cumplimiento de los protocolos y el respeto a los derechos laborales de lxs trabajadores 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 está fuertemente ligado a la inequidad de género y a la precarización del sector.

Más allá que la violencia como fenómeno social está multideterminada y la posibilidad de padecerla puede obedecer a distintas variables que atraviesan la situación de trabajo, hemos visto, en este estudio que la organización del trabajo tiene un papel importante en su prevención. Estar advertidos sobre ello e intervenir al respecto puede reducir la exposición a los distintos tipos de violencias. Como hemos visto las jornadas atípicas de trabajo, como el pluriempleo, la doble jornada o el trabajo en la emergencia, se asocian a eventos de violencias sufridas al interior del espacio de trabajo, y también se relacionan con el modo de organizar el trabajo. Es por ello que los indicadores de violencia han sido sensibles a la presencia de jornadas atípicas de trabajo. El acoso psicológico, el acoso sexual por parte de pacientes, superiores y compañerxs son sufridos en mayor proporción por trabajadorxs pluriempleadxs, quienes trabajan en la emergencia, con doble jornada e incluso con contratos fijos, con tiempo de finalización. Esto pone de manifiesto que las organizaciones sanitarias se deben una fuerte autocrítica sobre los modos en que se organizan los procesos de trabajo de los distintos sectores, ya sea por la naturalización de guardias de 24hs seguidas o incluso más, por los bajos salarios que favorecen el pluriempleo, por el exceso de horas extras a la que lxs trabajadores se terminan sometiendo para aumentar sus ingresos laborales; produciéndose sobre todo entre los sectores jóvenes que recién ingresan a este mercado laboral, y como ya venimos viendo lo hacen en condición de desigualdad y desventaja frente a sus pares con mayor antigüedad. Se debe trabajar fuertemente en la reorganización de los procesos de trabajo, generando formas más saludables de trabajar, y por ende disminuyendo las situaciones de violencia y acoso. Es necesario también trabajar para desarticular las diferencias de poder por razones etarias, de raza, de clase o géneros, al interior de las organizaciones sanitarias.

Es importante tener en cuenta que las organizaciones sanitarias son organizaciones complejas, cuya producción del cuidado tiene un carácter eminentemente relacional. Esto implica que las situaciones de violencia y acoso presentes en la organización del trabajo, pueden impactar directamente en las relaciones interpersonales entre lxs trabajadores y por ello mismo en la producción del cuidado. El proceso de trabajo en salud al depender en gran medida de dichas relaciones, es altamente sensible a las situaciones de violencia y acoso; que repercuten no sólo en la salud de lxs trabajadores involucradxs, sino también en la calidad de la atención ya que el producto final, para ser llevado a cabo, requiere de relaciones de cooperación, confianza y compromiso. En este sentido la pandemia mostró en lxs trabajadores de salud, una capacidad reducida para beneficiarse del apoyo social debido a los intensos horarios laborales, nuevas configuraciones del tiempo de trabajo, alerta y vigilancia constante, procedimientos estrictos a seguir que restringen la espontaneidad y la autonomía (IASC, 2020) que pueden favorecer la generación de episodios violentos. Los conflictos interpersonales surgidos en el trabajo perpetúan esquemas nocivos para lxs trabajadores que redundan en situaciones de violencia y acoso, e impactan negativamente en la salud de lxs trabajadores y en la calidad de su trabajo.

A nuestro entender el presente estudio permite visualizar como se distribuye la violencia al interior del sector salud, en relación a sus estructuras de división del trabajo, tanto técnica, social y de géneros; marcando varios elementos determinantes como las relaciones verticales de organización del proceso de trabajo, la importancia dada al conocimiento intelectual en la estructura organizativa, la feminización y la subvaloración de los atributos que provienen de lo femenino y el cuidado. Un elemento que consideramos necesario indagar con mayor profundidad en próximos estudios, es la discriminación por nacionalidad, raza, y/o clase, y su relación con las cadenas globales del cuidado donde la mercantilización de la organización social del cuidado se fundamenta en el género, diversidades y migrantes.

SUGERENCIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DE CAMBIO CON PERSPECTIVA DE GÉNEROS EN LOS SINDICATOS:

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. Es determinante el decidido compromiso de las organizaciones sindicales con las políticas de prevención, erradicación de la violencia y acoso de géneros en el mundo del trabajo y la promoción de acciones tendientes a generar espacios libres de violencia y acoso hacia las mujeres, lesbianas, travestis y trans, migrantes, por sus condiciones de clase, etnia, raza, religión, edad. Así como la promoción de políticas que permitan garantizar la igualdad de oportunidades y 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.

Para ello es necesario trabajar, accionar e impulsar colectivamente a nivel de los poderes del estado, su legislación y normas. El sindicato interviene en distintos planos, histórico, social, político y cultural. Sus acciones van en consecuencia con sus distintas líneas de actuación, tanto en el plano de la defensa de los derechos de sus trabajadores como en la transformación hacia el interior de las propias organizaciones sindicales.

En este sentido proponemos algunas líneas de acción, necesarias para ese proceso de cambio sensible al género.

> **La ratificación del Convenio 190 y la recomendación 206** ("La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades" y se reconoce la existencia de "relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres".

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. Se trata de contar con mecanismos para tratar la violencia de manera integral, tanto la que enfrenta a empleadores con trabajadores en las relaciones laborales, como aquella que forma parte de las relaciones de dominación social que trascienden el mundo del trabajo.

La promoción de la libertad sindical y la libre participación. El establecimiento de convenios colectivos o acuerdos de empresa, convenios laborales colectivos o acuerdos laborales con perspectiva de géneros cuyas prioridades sean la desprecarización laboral, igual remuneración por tareas de igual valor, igualdad de oportunidades de acceso al trabajo y a la jerarquización en los puestos, políticas de cuidado donde el eje sea una nueva reorganización del proceso de cuidados. (Convenios 87, 98, 151, 154, 190, 189)

El diálogo social tripartito como mecanismo de resolución de conflictos entre patrones (públicos, privados) trabajadores y Estados. El diálogo social entre empleadores y trabajadores, puede ser un instrumento eficaz para reforzar la protección de la salud y el bienestar físicos y mentales de lxs trabajadores y para prevenir y eliminar la violencia y el acoso en el trabajo.

La salud laboral es un derecho "irrenunciable". Promover Comisiones Mixtas o Comités paritarios de Salud y Seguridad en el Trabajo, con plena participación de lxs trabajadores.

Es fundamental elaborar un marco jurídico eficaz para prevenir, abordar y subsanar, la violencia y el acoso en el trabajo, adaptando, modificando o creando normativas nacionales que se ajusten a las normas internacionales del trabajo y de los derechos humanos.

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 pertinentes de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo, como el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155) y el Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187) el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161) y su Recomendación (núm. 171); la Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (núm. 194), Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, adoptado por la Comunidad Andina en 2004, La Declaración Sociolaboral adoptada por el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en1998, reconoce que 'todo trabajador tiene el derecho a ejercer sus actividades en un ambiente de trabajo sano y seguro, que preserve su salud física y mental y estimule su desarrollo y desempeño profesional' (artículo 17). el Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo de El Salvador. Aunque estos instrumentos no abordan específicamente la violencia y el acoso, huelga decir que tal conducta constituye un riesgo evidente para la salud.

Al interior de las organizaciones sindicales de salud y de los espacios de trabajo, promover la elaboración e implementación de estrategias sostenidas considerando las características y la complejidad del proceso de trabajo de cuidados.

Aplicar el estatuto sindical. Precisar los procedimientos del gremio ante estas circunstancias. Dar a conocer la postura expresa que asume el sindicato, tanto en las situaciones que ocurren a lxs trabajadores como a las que implican a sus dirigentes y/o delegadxs. (como denunciantes o denunciadxs)

Frente al Empleador (público o privado) trabajar en forma consensuada para garantizar a lxs trabajadores 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.

Dadas las características relacionales del proceso de trabajo en salud, se vuelve necesario trabajar en el reconocimiento y la cooperación entre todo el equipo de trabajo, favoreciendo la autonomía de los procesos de trabajo particulares así como la asunción de responsabilidades individuales y colectivas. Junto con ello favorecer la discusión colectiva para la toma de decisiones.

Trabajar en mejorar los salarios y la estabilidad laboral, de modo de desalentar el pluriempleo. Sumado a fomentar el crecimiento y perspectivas de mejoras con un enfoque de géneros.

Definir qué acciones se pondrán en marcha para cerrar brechas, en qué tiempos, con qué recursos, así como las y los responsables de su ejecución, seguimiento y evaluación. No sólo en políticas de violencia y acoso sino también en la evaluación del proceso de trabajo y los factores de riesgos psicosociales.

Capacitar para transferir herramientas conceptuales e instrumentos que permitan a lxs trabajadores identificar la existencia de violencia basada en género, acoso laboral y/o sexual, además de saber cómo atender los casos y derivarlos a quien corresponda en caso de ser necesario.

Prevenir a través de actividades de difusión, visibilizar y desnaturalizar las situaciones, causas y efectos de violencias y acoso en el mundo del trabajo.

> Promover normativas y procedimientos como los protocolos.

> Actividades de investigación (encuestas, grupos focales, observatorios)

> Diseñar distintos mapas situacionales (mapa de peligros o factores de riesgos, mapas de daño o estado salud-enfermedad)

> Los mapas son instrumentos que facilitan la discusión grupal y el análisis colectivo de los datos obtenidos. Se pueden ir generando propuestas de intervención preventiva o reparadora. Son instrumentos que una vez realizados permiten evaluar las intervenciones o los cambios que se producen en el tiempo.

ACOMPAÑAMIENTO Y REPRESENTACIÓN

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, son considerados particularmente efectivos para la solución de ciertos casos de violencia y acoso en el lugar de trabajo (Hutchinson, 2009, págs. 148-150).

> Política 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 y el acoso, y los factores de riesgos psicosociales sean abordados en cada espacio de trabajo (Centros de Atención primaria, Hospitales)

> Campañas, acciones locales, regionales que visibilicen fechas relacionadas con lxs derechos de lxs trabajadores (1° de mayo) las luchas de las mujeres trabajadoras (8 de marzo), por la salud de las mujeres (28 de mayo), contra la no violencia hacia mujeres y diversidades (25 de noviembre), el 7 de abril "día Mundial de la salud, 23 de junio día Mundial de Los servicios públicos.

Por último, a los Estados exigirles que garanticen políticas públicas con presupuesto y financiamiento adecuado para combatir y erradicar las inequidades y desigualdades, en el mundo del trabajo. El proceso de cambio para la transformación hacia un mundo del trabajo más justo se puede lograr con servicios públicos, universales de calidad y sensibles al género.

BIBLIOGRAFÍA

» *Amable M, Zelazchi C, Zunino M.G, Alberti P, Arqueros S, Fernandéz S, Francese R, Reif L (2018) INTRODUCCION AL DOSSIER "SALUD LABORAL Y GENERO". Cartografías Del Sur.*

» *Revista multidisciplinaria En Ciencias, Arte Y Tecnología De La Universidad Nacional De Avellaneda, (7), 14–16. https://doi.org/10.35428/cds.v0i7.104*

» *Amable, M: Yaima M (2013) DESGASTE PROFESIONAL EN TRABAJADORES/AS DE LA SALUD. Caracterización de las exigencias del proceso de trabajo y valoración de las exposiciones laborales. Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral - GESAL Universidad Nacional de Avellaneda. Asociación Sindical de profesionales de la salud de la Pcia de buenos Aires-Fesprosa. 2013*

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

» *Barboza MC, Milbrath VM, Bielemann VM, de Siqueira HC (2008). Work-related musculoskeletal disorders and their association with occupational nursing. Rev Gaucha Enferm; Dec 29(4):633-8.*

» *Báscolo, E., Houghton, N., & 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. Salud Colectiva 1(2):155-171.*

» *Belmartino S (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argenitna. Cad. Saúde Publica 18(4):1067-1070.*

» *Boccardo G, Miranda C (2020) Trabajo, cuidados y violencia de género en los Servicios Públicos. Los casos de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú. Informe de Resultados. NodoXXI-ISP.octubre2020*

» *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. Enferm Clin; Mar-Apr;19(2):76-82.*

» *Brito Quintana P (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev. Panam Salud Pública; 8(1-2).*

» *Chappell D, Di Martino V. (1998) Violence at work. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. Disponible en: 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):120-6.*

» *Cockerham, W (2002). Sociología de la Medicina. Madrid: Pearson Educación.*

» *Confederación sindical internacional (ITUC CSI IGB) (2008): Combatir el acoso sexual en el trabajo. Una guía sindical. Bélgica.*

» *Dejours, C. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors y M. Guiho-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". En 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: Organización Internacional del Trabajo.*

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

» *Eurofound. (2015). Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies (Dublín, Irlanda), disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/ publications/report/2015/violence-and-harassmentin-european-workplaces-extent- impacts-and-policies.*

» *Farias, M. A. (2010). Violencia ocupacional hacia los trabajdores de la salud de la ciudad de Córdoba. / Tesis para optar por el título de Magíster en Salud Publica. Escuela de salud Pública Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Nacional de Córdoba*

» *Galín P (2002). Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina. Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo 8(15):47-58*

» *Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Esp Salud Pública, 83(2), 169-173.*

» *Hernández CT. Guía para Organizaciones: Empresas libres de violencia: Prevención, detección, atención y sanción de la violencia basada en género y el acoso sexual y laboral. 2014. Disponible en: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/fi le/20550/1/guia_ acoso_sexual_laboral_final_ 1105_web.pdf*

» *Hirigoyen, Marie-France (1998): El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida Cotidiana. Editorial Paidós.*

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

» *Karasek, Robert, Theorell, Töres (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.*

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

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

» *Lerouge, L. (2017). Moral Harassment in the Workplace: French Law and European Perspectives, en Comparative Labor Law and Policy Journal, vol. 32, págs. 109–152.*

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

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

» *Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social Argentino. Efectos de la pandemia en el empleo de las mujeres, 2020, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inf- 20200821-empleo_de_las_mujeres_2.pdf.*

» *Mintzberg H. (2001). La burocracia profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo*

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

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

» *Organización Mundial de la Salud, OMS (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Documento en línea). Recuperado el 18 de Mayo de 2012, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf*

» *Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS. Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil. Brasilia, DF: OPS, 2014.*

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

» *OIT, OMS (1986) Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. República Democrática Alemana: Organización Internacional del Trabajo.*

» *Organización Internacional del Trabajo (2020) Entornos de trabajo seguros y saludables, libres de violencia y acoso. Ginebra: OIT*

» *Organización Internacional del Trabajo (2019) Convenio 190: Eliminar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. Ginebra: OIT*

» *Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2018a. Mejorar la Seguridad y la Salud de los Trabajadores Jóvenes, Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Ginebra).*

» *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, Hjalmers K, Rosenquist J (2008). Work environment factors affecting quality work in Swedish oral and maxillofacial surgery. Swed Dent J; 32(3):149-55*

» *Rodríguez, María Teresa (2001): Violencia contra las mujeres y políticas públicas, Argentina.*

» *Sakata Y, Wada K, Tsutsumi A. Ishikawa H, Aratake Y, Watanabe M, et al. (2008). Effortreward imbalance and depression in Japanese medical residents. J Occup Health; 50(6):498-504.*

» *Sassen, S. 2003. Contrageografías 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, 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.*

» *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. Rev Panam Salud Pública 17(3):202-09*

» *Vargas EA, Brassel ST, Cortina LM, Settles IH, Johnson TRB, Jagsi R. #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). 2020;29(1):13-20. doi:10.1089/jwh.2019.7766*

» *Viviers S, Lachance L, Maranda MF, Ménard C (2008). Burnout, psychological distress, and overwork: the case of Quebec's ophthalmologists. Can J Ophthalmol; 43(5):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):508-19.*

» *Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet, 374(9702), 1714-1721.*

ANEXO

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

El cuestionario fue respondido por 1.828 trabajadores, un 17,9% de hombres (327), un 81,1% de mujeres (1496) y el 0,3% otra identidad (5). Respecto a la edad el 39.9% de lxs trabajadores tienen hasta 39 años, el 32,9% entre 40 y 50 años y el 27,8% más de 51 años. Siguiendo con el nivel educativo: un 24,6% de lxs trabajadores tienen posgrado completo, un 38,2% universitario completo, un 24,9% tecnictura completa, un 11,4% secundario completo y un 0,9% secundario incompleto. Pasando a las variables laborales: un 18% de lxs trabajadores tienen pluriempleo, un 35% tienen contrato fijo en comparación al 65% que tienen contrato permanente; un 76,2% trabaja en horario diurno, un 5% en nocturno, un 16,5% en ambos turnos y un 2,4% en la emergencia. Respecto a la modalidad de trabajo que no es en la guardia, un 67,1% trabaja en jornada ordinaria, un 24,4% realiza turnos y un 8,5% realiza ambos. En lo que se refiere al lugar de trabajo un 48,7% trabaja en atención primaria y un 51,3% en hospitales.

NOTAS METODOLÓGICAS

» 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 Si (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 Si, se debió a un intento de valorar todo tipo de violencia y acoso percibido por lxs trabajadores en todos sus gradientes, teniendo en cuenta la posible tendencia a naturalizar dicho acoso y/o la dificultad en comentar dichas situaciones.

» Las categorías ocupacionales fueron reagrupadas de acuerdo al siguiente cuadro que toma los aportes de Merhy (2006) y OPS (2005), en una reelaboracion realizada por el Grupo de estudios en salud ambiental y laboral (GESAL) de la Universidad Nacional de Avellaneda.

AGRUPAMIENTOS DEL PROCESO DE TRABAJO DE ACUERDO A PROFESIONES Y OCUPACIONES

AGRUPAMIENTOS PROCESO DE TRABAJO	PROFESIONES Y OCUPACIONES
CUIDADO DEL USUARIO (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
	Otras actividades técnica
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
	Otras actividades auxiliares
APOYO ADMINISTRATIVO	Recepcionistas, gestión turno
	Administrativos
	Informáticos

PSI INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS

Kommunal.

» **WWW.PUBLICSERVICES.INTERNATIONAL**

La Internacional de Servicios Públicos es una Federación Sindical Internacional que agrupa a más de 700 sindicatos que representan a 30 millones de trabajadorxs en 154 países. Llevamos sus voces a las Naciones Unidas, la OIT, la OMS y otras organizaciones regionales y mundiales. Defendemos los derechos sindicales y laborales y luchamos por el acceso universal a servicios públicos de calidad.