

# Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

## Trabajo Final Integrador

Autor: Pablo J. Videla Vilá

### **CONDICIONES DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, DURANTE LA PANDEMIA EN GRAN MENDOZA**

2023

Director: Dr. Carlos Rosales

*Citar como:* Videla Vilá, P. J. (2023). Condiciones de trabajo en Atención Primaria de la Salud, durante la Pandemia en Gran Mendoza. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/748>



## Índice de contenido

a.	<b>Resumen</b> .....	3
b.	<b>Palabras Claves</b> .....	5
1)	<b>Problema</b> .....	6
a.	<b>Formulación del problema</b> .....	6
b.	<b>Hipótesis</b> .....	7
c.	<b>Justificación y relevancia del trabajo</b> .....	7
d.	<b>Objetivos general y específicos</b> .....	8
2)	<b>Marco teórico</b> .....	9
a.	<b>Estado del arte</b> .....	9
b.	<b>El trabajo en salud: particularidades</b> .....	11
c.	<b>Condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) como determinante</b> .....	14
d.	<b>Trabajo Decente</b> .....	18
e.	<b>APS y Centros de Atención Primaria de la Salud</b> .....	16
f.	<b>Impactos de la COVID en el trabajo de la Salud</b> .....	20
3)	<b>Materiales y metodología</b> .....	26
4)	<b>Resultados</b> .....	30
a.	<b>Caracterización de los participantes</b> .....	30
b.	<b>Resultado de las dimensiones de Trabajo Decente</b> ....	31
5)	<b>Conclusiones finales</b> .....	43
6)	<b>Anexo I</b> .....	46
7)	<b>Anexo 2</b> .....	65
8)	<b>Bibliografía</b> .....	74

## Índice de gráficos, figuras y tablas

1)	Gráfico 1: Tasa de médicos/10000 habitantes en cada estado provincial. ....	13
2)	Gráfico 2: Tasa de enfermeros/10000 habitantes en cada estado provincial.....	14
3)	Fig. 1: Relación de las áreas de recursos humanos de intervención, desempeño en los sistemas de salud y resultados de salud deseados .....	16
4)	Fig 2. Calidad de cuidado en APS .....	17
5)	Tabla 1. Comparación de elementos constitutivos de las CyMAT y TD.....	20

<b>6)</b> Tabla 2. CAPS provinciales y municipales por departamento (Gran Mendoza) según categorización.....	23
<b>7)</b> Fig. 3: Distribución de efectores públicos en el Gran Mendoza...	30
<b>8)</b> Fig. 4: Imagen exacta de la presentación para consentir la participación antes de responder las preguntas. Elaboración propia.	26
<b>9)</b> Gráfico 3: Distribución de los encuestados por lugar de trabajo.....	30
<b>10)</b> Gráfico 4: cantidad de empleos en el último mes de trabajo....	31
<b>11)</b> Gráfico 5: Facilidad para conseguir empleo.....	32
<b>12)</b> Gráfico 6: Estabilidad laboral. Tiempo que ha trabajado para el mismo empleador.....	33
<b>13)</b> Gráfico 7: Estabilidad laboral. Antigüedad en que se desempeña para el mismo empleador. ....	34
<b>14)</b> Gráfico 8: Tiempo invertido en cuidado doméstico.....	35
<b>15)</b> Gráfico 9: Estado subjetivo de salud.....	37
<b>16)</b> Gráfico 10: Percepción de la influencia que tiene el trabajo en la salud de los encuestados.....	37
<b>17)</b> Gráfico 11: Percepción sobre el cambio en la salud de los encuestados antes y después del comienzo de la pandemia.....	39

## **a. Resumen**

El siguiente trabajo busca caracterizar las Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo (CyMAT) en el subsector de los Centros de Atención Primaria (CAPs) del Gran Mendoza durante la pandemia de la COVID 19; por entender a estas condiciones como determinantes de la salud poblacional.

Para ello, se utilizaron las dimensiones propuestas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) dentro del concepto Trabajo Decente.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo enmarcado en una estrategia metodológica cuantitativa. Un centenar de Trabajadores de la Salud (TdS) fueron encuestados mediante un cuestionario estructurado digital durante el primer semestre del 2022. Hubo heterogeneidad en las regiones, CAPs y profesiones. El muestreo es no probabilístico y los encuestados fueron seleccionados por conveniencia.

Los resultados dan cuenta de condiciones de vulnerabilidad antes y durante la pandemia -fundamentalmente en torno a la suficiencia de salario y a las inequidades de género- así como también fortalezas en cuanto a la estabilidad del trabajo. Llamativo resultó la carencia en cuanto al diálogo social y la percepción de la influencia que el trabajo ejerce sobre la salud de los encuestados.

Concluye con la necesidad de recuperar la rectoría del estado provincial en materia sanitaria, colocando como eje a la APS y buscando la integralidad de las políticas de salud.

**b. Palabras claves:**

Atención Primaria de la Salud

Centros de Atención Primaria de la Salud

Trabajo decente

Fuerza de trabajo en salud

Trabajadores de la salud

# CONDICIONES DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, DURANTE LA PANDEMIA EN GRAN MENDOZA

## 1) Problema

### a. Formulación del problema

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) han sido reconocidas como un determinante del proceso de salud-enfermedad en los trabajadores sanitarios por lo que, cuando estas son inadecuadas, repercuten negativamente en su propia salud y en la calidad de atención brindada.

La pandemia ha acentuado los problemas ya existentes, mientras que ha agregado otros a estas condiciones. Así, la calidad de la atención que se presta y por ende la salud de la población se ve amenazada, también, desde este determinante.

Siguiendo a Julio C. Neffa (2015) podemos afirmar que "las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) están constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo"

Aclara, también, que los grupos de factores hacen a la "carga de trabajo" que incide sobre la salud de los mismos, directa o indirectamente.

Antes de la pandemia por COVID19, las CyMAT de los trabajadores de la salud presentaban algunas características que podemos adjetivar como deficitarias: el pluriempleo era muy frecuente, en general a causa de salarios inadecuados -para el tipo de formación de estos trabajadores-, con un alto predominio femenino, con frecuencia en horarios nocturnos, y amenazas frecuentes a la seguridad en el trabajo (Acevedo A., et al. 2012).

Según Silberman, en la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento "se detectaron cuatro problemas: escasez de profesionales en áreas críticas, vulnerabilidad del personal de salud, distribución desigual del conocimiento y falta de evidencia científica sobre el virus" (Silberman et al., 2020). Si bien no se consiguió dar con evaluaciones similares realizadas en Centros de Atención Primaria (CAPs), podemos inferir que los últimos tres problemas citados son comunes al subsector de la salud sobre la que se trabajó.

Los CAPS tienen particularidades que le son propias: la cercanía a la comunidad los hace, la mas de las veces, el primer lugar donde se demanda atención, habitualmente se dispone no muy lejos de las instituciones que hacen a la vida cotidiana: la escuela, las iglesias o los lugares de compras frecuentes. Debemos hacer notar, a la vez, que carecen prácticamente de tecnologías "duras" sofisticadas: los elementos de trabajo son sencillos y muchas veces antiguos inventos de la medicina. El arte de curar se expresa en los elementos humanos del intercambio con la comunidad o, ya dentro del consultorio, en la relación profesional-consultante, lo que le da a su trabajo una carga personal, subjetiva, mayor que en otras instituciones.

Ante tal situación es que surgen las siguientes preguntas:

*Pregunta principal*

- ¿Qué características tuvieron las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo durante la pandemia en CAPs del Gran Mendoza, según los propios trabajadores de la salud?

*Preguntas complementarias*

- ¿Se ajustan estas condiciones, parcial o totalmente, a lo que se denomina Trabajo Decente?
- ¿Qué características tienen los trabajadores de la salud de CAPs respecto a sus condiciones de trabajo?
- ¿Es posible rescatar de esta experiencia, inédita para la sociedad contemporánea, conocimientos que nos permitan abordar de otra manera situaciones similares en el futuro?

El objetivo de este trabajo es caracterizar las CyMAT en Centros de Atención Primaria (CAPs) en el Gran Mendoza durante la pandemia de COVID-19

Para dar respuestas a los interrogantes será utilizada la perspectiva de Trabajo Decente, dada por la OIT, por considerarla más acorde al objetivo planteado. El autor del presente estudio ha trabajado previamente en este tema en la especialización en Salud Pública en la Universidad Nacional de Cuyo y ha validado el cuestionario para aplicar en la actual situación en la Provincia de Mendoza.

Avanzar en el estudio sobre estas condiciones permitirá construir lecciones aprendidas para el manejo del recurso humano en futuras situaciones pandémicas o epidémicas en el país.

## **b. Hipótesis**

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) del personal de la salud en CAPs del Gran Mendoza durante la pandemia se caracterizaron por un deterioro significativo, que se ajusta de manera parcial a los criterios de trabajo decente establecidos por la OIT. Este deterioro se debe a una serie de factores, entre los que se encuentran el aumento de la carga de trabajo, la falta de recursos e insumos, la exposición a riesgos laborales, la feminización de la fuerza laboral, y el aumento del estrés y la ansiedad.

## **c. Justificación y relevancia del trabajo**

El diagnóstico de situación de salud, evaluado comúnmente con las herramientas que tiene el Análisis de Situación de Salud, en el que prima la información estructural, macro-sanitaria con indicadores concretos, resulta insuficiente para evaluar un elemento estructurante del sistema como lo es su fuerza de trabajo.

Si la pandemia imprime cambios sobre los TdS y estos, por las características propias vinculares, son un determinante de la salud de la población, serán necesarias otras herramientas que complementen la evaluación para mejorar los resultados en la salud de la comunidad.

El presente trabajo busca generar información que sirva para la acción durante la post pandemia inmediata y frente a futuros eventos sanitarios de características similares.

### **d.1 Objetivo general**

Caracterizar las condiciones y medio ambiente de trabajo en CAPs del Gran Mendoza durante la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva de Trabajo Decente.

### **d.2. Objetivos específicos:**

- Analizar las condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores del primer nivel de atención a partir de la declaración del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en Argentina (20/04/2020).
- Identificar lecciones aprendidas y desafíos para futuras situaciones pandémicas o epidémicas del país.

## 2. Marco teórico

Desde los comienzos del trabajo industrial se empezó a abordar , bajo distintos paradigmas, sobre los efectos que el trabajo imprime sobre la salud de quienes lo realizan y se han esbozado diferentes posibles soluciones (Spinelli et al., 2013). La mayor parte de los textos se encuentran escritos bajo el paradigma de riesgos y describen el trabajo como una actividad que posee el raro privilegio de reunir a muchos de ellos. Es así que la salud fue considerada un mero recurso de una parte importante de la cadena de producción (el trabajador) y la respuesta que surge con frecuencia en este aspecto tiene que ver con la seguridad e higiene en el trabajo. (Neffa, 2015)

Pero desde otro punto de vista, el paradigma de derechos humanos, tanto la salud como el trabajo son dos derechos humanos y colaboran sinérgicamente con los demás derechos, en la realización del ser humano. Ni la salud ni el trabajo dejan de ser así recursos, pero no en el sentido productivo-capitalista, sino en el aspecto existencial, humano, vinculado al desarrollo del mismo. (Ibáñez, 2017)

En este texto se tendrá en cuenta el último paradigma, aun cuando se utilicen experiencias y líneas de pensamiento surgidas de la anterior.

### a) Estado del arte

Si bien se ha desarrollado una no magra cantidad de textos que abordan el tema de los TdS en la región y en el mundo, también es cierto que no abundan los trabajos realizados sobre las CyMAT en salud durante la pandemia y no se encontró ninguno que lo haga en este periodo particular de tiempo con las perspectivas de TD.

Sin embargo, un trabajo con una perspectiva similar, aunque de hace más de una década, da cuenta de algunos elementos preexistentes en los trabajadores de la APS en la provincia de Córdoba, Argentina. En este trabajo titulado "Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva de trabajo decente", (Acevedo et al. (2012)). Afirma que existe heterogeneidad en formas de contratación, aunque la mayoría de los casos están en planta. También este trabajo arroja una alta cantidad de trabajadores pluriempleados (28%) y trabajo excesivo (más de 48hs, 38%). Resalta también la alta feminización del sector (76%).

Al explorar otras condiciones de trabajo, los autores destacan que "en los temas de infraestructura y los aspectos físicos vinculados con el medio ambiente laboral (ventilación, iluminación y temperatura de los lugares de trabajo), se verificó una tendencia a valorarlos de manera intermedia, posiblemente debido a la insuficiente disponibilidad de artefactos de calefacción/refrigeración y a la inadecuada arquitectura de algunos centros. También predominaron las valoraciones intermedias sobre el mobiliario y el equipamiento de los establecimientos" (Acevedo et al. (2012)). También se refiere que son mayoría quienes tienen contacto frecuente con materiales biológicos. Respecto a los cambios que se sucedieron durante la pandemia en el sector salud son numerosos los informes a nivel regional e internacional, haciendo hincapié en las morbi-mortalidad por este virus en el sector salud, los contagios que se produjeron, etc. La enorme mayoría son informes, opiniones, exposiciones impregnadas por la urgencia, lo que limita el trabajo con capacidad de generar evidencia científica, con la perspectiva crítica que requieren los cambios en el sistema

sanitario. Algunos como García, J et. Al (2020). dan cuenta de las modificaciones en la APS, pero en España: "La covid-19 ha puesto de manifiesto de una forma abrupta y desgarradora, la vulnerabilidad de las personas y del sistema sanitario, y ha dejado al descubierto también el "miedo" generalizado ante una situación desconocida y grave. También en los profesionales, que al principio trabajamos sin protección por falta de recursos y ello propició que muchos se contagiaran y algunos incluso perdieran la vida. También ha puesto de manifiesto la precariedad en la que se encontraba la atención primaria, a la que nunca se ha dotado de los recursos necesarios ni se le ha otorgado el liderazgo que necesita, y todo ello empeoró considerablemente tras la anterior crisis económica, en la que la atención primaria sufrió los recortes más severos, tanto en recursos materiales como humanos." (García, J., Jiménez, A., & Martínez, J. (2020))

En un informe publicado durante la pandemia, titulado "Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia" (2020) se da cuenta de la situación del sector en algunas localidades de la provincia de BsAs (La Plata, Berisso y Ensenada). En este se valoran muchos elementos de las CyMAT similares al del presente trabajo, aunque la mayoría de los participantes se desempeñan principalmente en el ámbito hospitalario. Mientras que en el aspecto de tiempos y ritmos de trabajo "aproximadamente un 85% del personal de salud percibe que la presión sobre sus tareas se ha incrementado durante la declaración de la emergencia sanitaria, [...] casi una 60% del personal de salud que accedió a responder la encuesta experimenta reducciones, en los tiempos de recuperación y descanso". En el mismo se destaca que respecto a los cambios en la organización del trabajo "la atención de personas que podría tener de COVID-19 y el abordaje de casos confirmados trastocó las tareas del personal de salud; [...] a su vez, los equipos de salud experimentaron grandes cambios en las formas habituales de trabajo debido al traslado de personal hacia otros establecimientos/lugares o bien a otros sectores/áreas" así como cambios de protocolos y medidas de higiene.

Sin embargo, los informantes resaltan que "encontramos un gran porcentaje (45,6%) que manifiesta faltantes de algunos insumos y un 6,9% que directamente no cuenta con ellos. Respecto a los elementos de protección personal, [...] un 37,8% señala que "faltan algunos"" (Maleville, S. et al. Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia" (2020))

En el mismo informe se explicitan problemas del orden psico social, destacando síntomas secundarios a ansiedad, depresión, angustia etc. Esto coincide con un trabajo de Simon M, Alba et al. (2021) en el personal de enfermería.

A su vez, el tema de las inequidades de género hacia dentro del sector salud durante la pandemia se describen en un documento de la OIT de la siguiente manera:

"Los efectos concretos de la crisis de la COVID-19 sobre las trabajadoras de la salud comprenden serios déficits en la seguridad y la salud en el trabajo –incluyendo la exposición al riesgo de contagio–; jornadas más largas y mayor volumen de trabajo (perjudicial no solo para las propias trabajadoras sino también para la calidad de la atención que brindan); aumento del estrés y mayores riesgos psicosociales; incremento de la carga de cuidados no remunerados; pérdida de empleo e ingresos en algunas ocupaciones; [...] discriminación; y falta de protección laboral" (UNFPA Argentina. (2020))

También Ruiz, M., et al. (2023) resaltan en un trabajo cualitativo realizada en un CAPS del Conurbano bonaerense el aumento de la carga de trabajo, la poca disponibilidad de recursos e insumos; la mayor exposición a riesgos laborales, así como también el aumento de estrés, ansiedad y la carga de cuidados no remunerados.

En los siguientes apartados profundizaremos sobre conceptos fundamentales en los que se basa el trabajo.

## **b) El trabajo en salud: particularidades**

Los trabajadores de la salud (TdS) fueron y son un grupo con características distintivas las cuales han ido modificándose al pasar el tiempo y las reformas sanitarias.

A medida que se institucionalizó la labor de cuidados de salud, organizadas en protomedicatos y mutuales, luego dirigidas por los estados, la financiación (el interés) público se hizo mayor, incluso hasta poseer ministerios y líneas académicas dentro y fuera del sistema médico, se asumió también la rectoría de la formación de los profesionales del cuidado, el control de su matrícula, etc.

Los trabajadores se convierten en empleados -en el mejor de los casos- y su sueldo (o "tarifa") una de las variables en las cuentas públicas y privadas. El trabajo en salud, en otras palabras, se proletariza. (Bordalejo et al., 2019)

En Latinoamérica, las crisis económicas hicieron reestructurar los sistemas sanitarios: era preciso asegurar un "mínimo básico" con políticas de foco en cuanto a lo público y aumentar las puertas de entrada al sistema en los sectores donde había consumo en materia sanitaria. En Argentina, puntualmente, las reformas heredadas de la década del sesenta hicieron el caldo a las llevadas adelante en los 80-90s: el sector privado se robusteció, amalgamándose aún más con el sector de las obras sociales sindicales, mientras que en lo público se confirmó la fragmentación, con el traslado de responsabilidades a la provincia. (Hamilton & Tobar, 2018)

La tecnología disponible, a su vez, modificó las formas de atención y consumo. Los trabajadores, dentro y fuera del sistema sanitario, sufrieron las consecuencias: se buscó gerenciar la atención mediante múltiples estrategias (protocolos, bono por servicios etc.) y los/as trabajadores/as pasaron a tener un papel aún más subordinado a las políticas del *new management* y sus reformas.

Llegamos entonces a las particularidades que en actualidad los distintos grupos o equipos de salud poseen: existe una mayoría femenina -en las tareas de administración y enfermería más que entre los profesionales médicos-, están vinculados con algún tipo de tecnología -más en hospitales que en centros de atención primaria-, raramente se cobran honorarios -más bien tarifas negociadas con la institución o la entidad de medicina pre paga u obra social-, tienen un elevado nivel de formación -salvo las tareas de administración y mantenimiento, todas precisan de un terciario, como las tareas técnicas, o universitario-; existen también un alto porcentaje de pluriempleo, trabajos rotativos y nocturnos; además, no todos poseen la misma estabilidad en su trabajo aun en el mismo equipo y sus salarios son bien distintos a iguales horas trabajadas. (Luengo-Martínez & Sanhueza, 2016 y Novick & Rosales, 2006)

La OMS (Buchan et al., 2017) problematiza en un texto sobre ¿qué es ser “personal sanitario”? y nos dice que el “Informe sobre la salud en el mundo” de la OMS en el 2006 definió a los trabajadores de la salud como “todas las personas que acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud”. Dicho concepto, visto desde la salud comunitaria, podría abarcar, virtualmente, a cualquier actor social. Es por ello que por necesidades metodológicas de valoración y estudio el texto resalta la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (ISCO-08) que los divide en:

- “Profesionales de la salud” (trabajadores bien capacitados en trabajos que normalmente requieren un título universitario para un desempeño competente, como médicos, enfermeras, comadronas, dentistas, farmacéuticos);
- “Profesionales asociados de la salud” (que requieren habilidades en el nivel educativo terciario, pero no equivalente a un título universitario, como enfermeros asociados, médicos y técnicos farmacéuticos, médicos tradicionales que no requieren entrenamiento formal);
- “Trabajadores de atención personal en los servicios de salud” (que incluye asistentes y trabajadores de cuidado personal a domicilio).

La fortaleza de este marco es que permite la compilación de datos internacionales datos comparables sobre personas con formación específica en salud, trabajadores en salud ocupaciones, y el número total de trabajadores empleados en la industria de la salud. En este trabajo consideraremos los primeros dos grupos.

Se debe notar la particular característica del servicio del cuidado de la salud: la “producción” de este servicio posee múltiples etapas -como las demás producciones- pero aparece una última, íntima, intangible, dada en la relación vincular del profesional con el paciente, con características humanas distintivas, capaces de modificar la adherencia al tratamiento, la continuidad del seguimiento, y la percepción de la misma comunidad sobre tal o cual institución. En este sentido, podemos afirmar junto con Novick & Rosales, (2006) que “los trabajadores de salud pueden ser considerados como “mediadores inteligentes” e “intérpretes” pues convierten los conocimientos especializados en soluciones a los problemas de salud”

Se puede concluir, junto a lo publicado por la OPS y OMS, (2012) que la importancia de quienes trabajan en el sector de salud -en términos presupuestarios y en la calidad de atención- es tal que requiere un acertado diagnóstico y análisis para mejorar la calidad de su trabajo. Además, es dable hacer notar que la OPS en diversos documentos ha expresado que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico.(OMS & OPS, 2014) (Buchan et al., 2017)

Esto último cobra especial importancia tanto en la proporción de TdS en el campo de la APS como en su relevancia en las patologías prevalentes. En el documento antes citado(OMS & OPS, 2014), la OPS denunciaba la carencia de profesionales en once países de nuestra región. Del último informe sobre Recursos Humanos en Salud (2013) en la provincia de Mendoza se desprende que el objetivo de lograr 25 profesionales cada 10000 habitantes está logrado. Pero no deja de ser útil el matiz que en otro texto la OPS (2007) expresa: “Prácticamente todos los países de la Región, [...] se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan

las necesidades de salud de grandes sectores de la población”. En la última parte de esta oración encontramos la referencia implícita a la APS, más adelante tratada.

En otro documento, (OPS, 2018) se hace referencia a las inequidades existentes en la disponibilidad, distribución y calidad del personal de salud entre países y dentro de los países, así como también en los niveles de atención. En este documento afirman se constata de una escasa retención en áreas rurales, y subatendidas, altas tasas de movilidad, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención.

En los siguientes gráficos tomados del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud se observa que en el año 2020 nuestra provincia se encontraba con una tasa de médicos/as sobre 10.000 habitantes apenas por debajo de la media nacional (34.8 vs 40/10000) (Gráfico 1). En cuanto a los/as enfermeros/as (Gráfico 2) el mismo observatorio para el año 2019 indicaba que la tasa de ellos/as cada 10000 habitantes, sumando todos sus grados de formación estaba más lejos aún (45.9 vs 52.19/10000 hab)

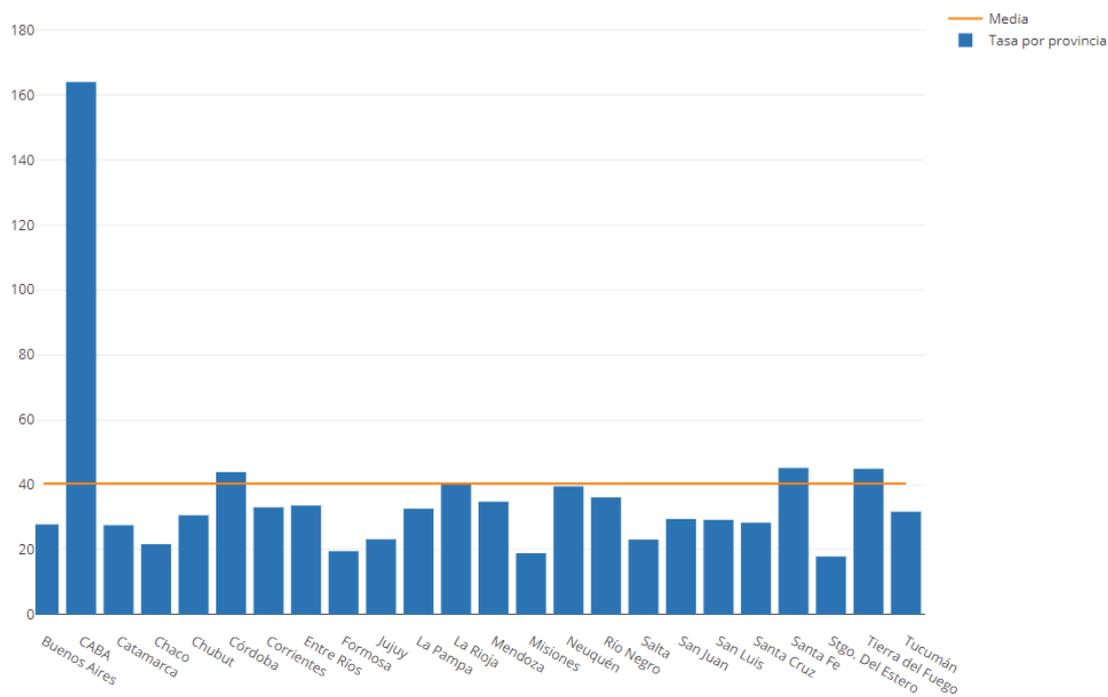


Gráfico 1: Tasa de médicos/10000 habitantes en cada estado provincial. Observatorio Federal de Talento Humanos en Salud. 2020

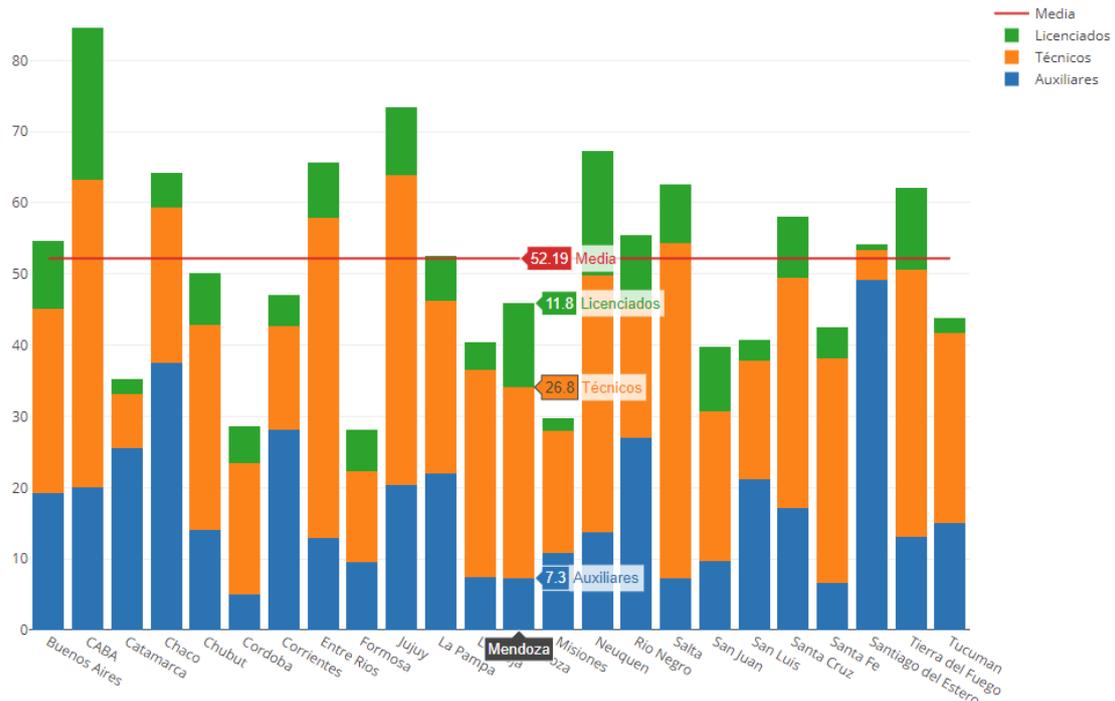


Gráfico 2: Tasa de enfermeros/10000 habitantes en cada estado provincial. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. 2019

### c) Condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) como determinante

Las Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo (CyMAT) son todos los “elementos reales que inciden directa o indirectamente en la salud de los trabajadores; constituyen un conjunto que obra en la realidad concreta de la situación laboral” (Capón Filas, R (1999)) y, según Neffa J. (2015), “están constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo”, agregando que ambos grupos de factores influyen directa o indirectamente sobre la salud de los y las Trabajadores/as de la Salud (TdS).

Tal como lo señala Neffa, (2015) existen dos formas de pensar estas condiciones:

- La clásica, tradicional derivada de la perspectiva de riesgo, con un abordaje individual del trabajador, dividiendo sus efectos desde lo ambiental y lo relacionado estrictamente con el trabajo
- La renovada entiende al trabajo como valor permanente, que genera derechos. Los trabajadores no son individuos culpables por no protegerse adecuadamente sino más bien miembros de un colectivo cuya tarea de producción genera riesgos también colectivos que deben prevenirse desde su origen. Entenderemos de esta forma este concepto, en tanto se aplica al planteo general (sistémico).

Para sustentar la diferencia entre ambos puntos de vista J. C. Neffa, (2007) problematiza la cuestión del trabajo desde sus orígenes. Sintetizando, podemos decir con él que no hay "pecado original" en el trabajador que merezca un apremio: el trabajo no es un castigo. Muy por el contrario, "su naturaleza y significación hacen de él un derecho y una obligación social del cual dependen la reproducción de la especie humana, el progreso científico y tecnológico y el mejoramiento de las condiciones generales de vida"(J. C. Neffa, 2007). Así como también señala que, al no ser el trabajo una mera mercancía de intercambio, no puede admitirse como legítimas compensaciones de dinero a cambio de la aceptación del riesgo. Además, el mundo del trabajo -y particularmente el de salud- se destaca por su heterogeneidad.

La heterogeneidad entre los trabajadores hunde sus raíces en las CyMAT: los factores externos, el sistema social y sanitario, sus propias historias, la cobertura de salud, sus responsabilidades distintivas en el trabajo, el nivel de exposición disímiles incluso compartiendo ámbitos similares y el factor individual que incluye lo subjetivo, son solo ejemplos de esta heterogeneidad. Además, "los trabajadores no sobrevalúan sus propios riesgos profesionales sino todo lo contrario, a causa de su acostumbramiento, de la influencia de factores culturales y antropológicos y también por su falta de información respecto" (J. C. Neffa, 2007)

Para autores como Antonietti et al. (2020), luego de hacer una revisión de los distintos conceptos de CyMAT, propone dividir el mismo en cuatro elementos:

- Factores de contexto externo, los que a su vez se pueden dividir en "políticas, reformas y organización del sistema de salud" y, por otro lado, la "cultura y organización de la comunidad"
- Factores organizacionales, los que incluyen "diseño organizacional", la "cultura organizacional", el "ambiente físico" y la "gestión del recurso humano en salud".
- Condiciones del empleo y del trabajo y
- Factores individuales

Recordemos, antes de continuar, que la OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS, 2009). La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

Las CyMAT ya han demostrado ser determinantes sociales de la salud de las poblaciones, puesto que la actividad laboral, cualquiera sea, implica una parte importantísima en la biografía de la enorme mayoría de la población. Además, se ha "evidenciado que la calidad del cuidado a la salud depende de la manera en la que el sistema encara las necesidades y la subjetividad de los trabajadores en el ejercicio de sus tareas" (Ávila Assuncao et al., 2008)

Las CyMAT son importantes también en este sector porque en la región, los trabajadores de la salud son una parte no desestimable de la fuerza laboral, muchas veces vinculada al Estado como empleador y en todos los casos como regulador del sistema; por lo que también se vuelve un factor económico de relevancia (OMS, 2016), algunos autores indican que el sector salud ocupa, como gasto, el 7.3% del PBI de América, sin contar EEUU ni Canadá. (Novick & Rosales, 2006)

Así como Neffa (2015) señala que “los impactos de las CyMAT no quedan limitados a la salud del trabajador [...] también repercuten sobre la macroeconomía en términos de la competitividad sistémica”; podríamos afirmar que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico. (Jamison, 2013) y pensar que las CyMAT que atañen a los trabajadores de la salud modifican la calidad de atención, habida cuenta del carácter humano de tal servicio: el tiempo de escucha, la concentración, la capacidad de vincularse con el paciente etc. (Dr Landrigan, 2008; Luengo-Martínez & Sanhueza, 2016).

Volviendo al tema CyMAT como determinante, tomando en cuenta los aspectos externos – “macro”-, debemos resaltar que el ambiente de trabajo involucra también al sistema sanitario en el que se trabaja. De aquí que la OPS expresara que “la segmentación y fragmentación que se observan en la mayoría de los sistemas de salud [...] resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal” y que esto tiene “un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad”(OMS & OPS, 2014), entre otras cosas, como sostiene Novick & Rosales, (2006) porque dificulta la adopción de ciertas medidas eficientes, pues imponen condición de accesos a los sistemas de salud al que solo pueden acceder un grupo privilegiado.

En el presente estudio tomaremos la Atención Primaria de la Salud (APS) y su lugar preferencial de acción: los Centros de Atención Primaria (CAPs). En este recorte del sistema sanitario trabajaremos con un sector fuertemente vinculado con la gestión pública y al Estado como empleador.

Para graficarlo desde la lógica de recursos humanos (RRHH) retomamos un gráfico publicado por la OPS, (2007) en el cual se vincula la cadena que relaciona las medidas de los RRHH con los resultados en salud. De los puntos tenidos en cuenta por los autores hay algunos en donde el Trabajo Decente (TD) y las CyMAT se pueden relacionar.

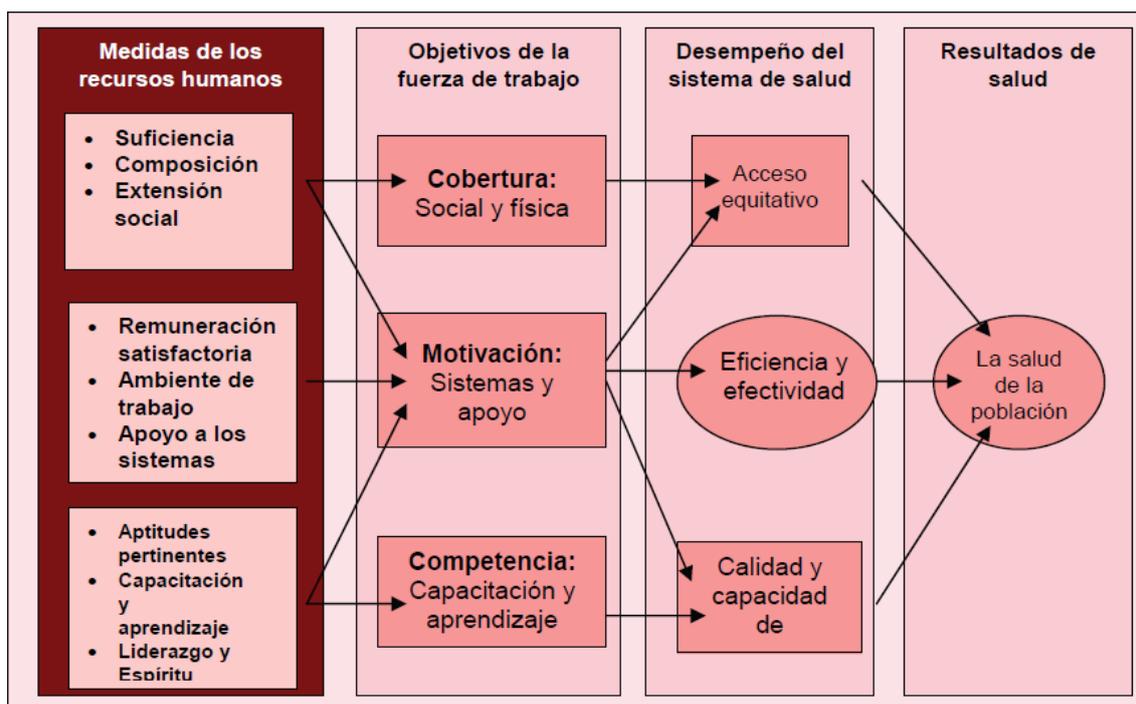


Fig 1. Relación de las áreas de recursos humanos de intervención, desempeño en los sistemas de salud y resultados de salud deseados (OPS 2007)

En este cuadro, lo escrito por Antonietti et al., (2020) sobre la división de la CyMAT corresponde al cuadro en los últimos tres factores: factores organizacionales, las condiciones de empleo y trabajo, y hasta los factores individuales, que podrían vincularse a la motivación y los aspectos subjetivos ya señalados.

Mientras que, si lo relacionamos con Trabajo Decente -concepto que abordaremos más acabadamente en el apartado siguiente- podemos encontrar en común con el cuadro los siguientes elementos: Diálogo social, oportunidad de empleo, seguridad social, entorno de trabajo seguro, estabilidad y seguridad del trabajo, conciliación del trabajo, la vida familiar, y personal.

Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Si se presta atención en la similitud de los conceptos, también debemos hacer notar las sutiles diferencias. El lenguaje utilizado por la OPS en el gráfico citado contempla los aspectos meso y micro de la gestión de RRHH mientras que soslaya los aspectos generales, económicos y comunitarios; mientras que la OIT y la mismísima OPS presentan -más recientemente- un análisis con conceptos más vinculados con lo cultural y económico. Similar a la diferencia que hacía J. Neffa (2015) cuando comenta las dos visiones de las CyMAT; la visión "clásica" y la "renovada".

En otro trabajo referido a lo antedicho Kandice A. Kapinos et al., (2012), se pregunta cómo es que las condiciones laborales, como el clima organizacional o el medio ambiente se asocia con los objetivos del paciente. En la figura siguiente mostramos la relación que plantean los autores.

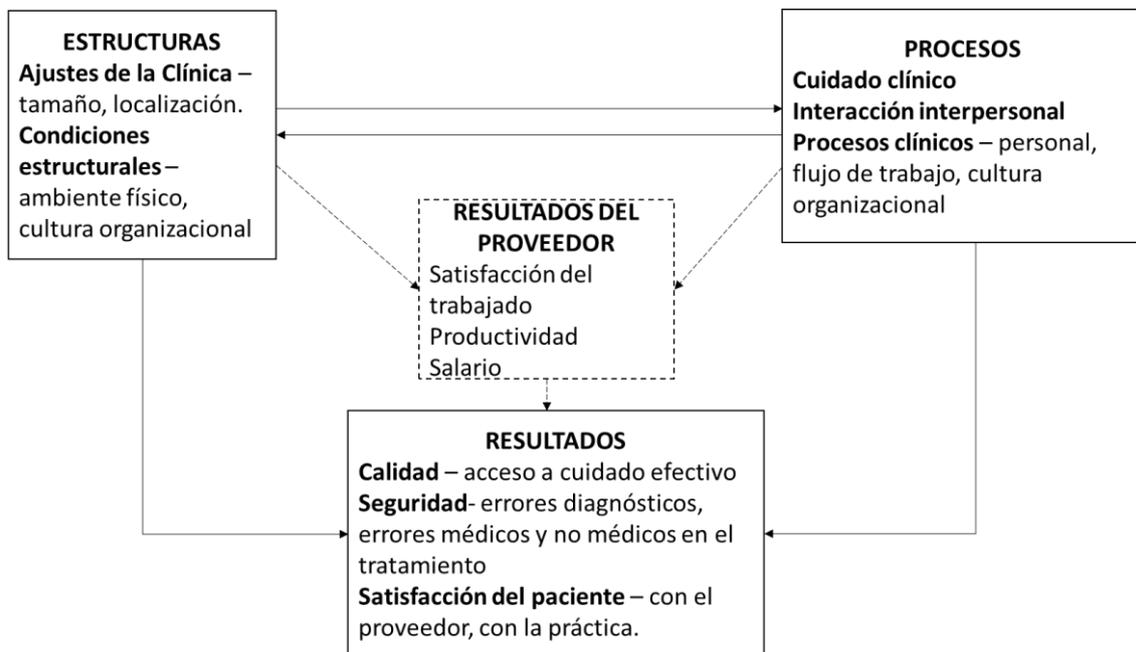


Fig 2. Calidad de cuidado en APS (Kandice A. Kapinos et al., (2012))

Los autores indican que es un modelo simplificado de varias publicaciones sobre el tema, y que pretende describir el modelo principal en la atención con sus relaciones. Las mismas pueden ser perfiladas en diferentes niveles (micro, meso y macro) o expandirse fácilmente con la complejidad añadida.

Destacan, además que un existe un "mecanismo conductual subyacente por el cual las estructuras y procesos organizacionales afectar la satisfacción laboral, la productividad, el pago y resultados similares del proveedor".

Sin embargo, su trabajo indica que, si bien es clara la evidencia que señala que las instituciones médicas que centran sus prácticas en el paciente mejora la calidad del cuidado, no es tan clara al evaluar la satisfacción del paciente. También indica que hay evidencias de que la carga de trabajo influye negativamente sobre la calidad del cuidado. Mientras, el medio ambiente podría modificar la ansiedad del paciente antes y después de la consulta, la satisfacción con la comunicación durante la consulta y la percepción de calidad en la atención.

Centrándonos en los TdS diremos que "con frecuencia se percibe al trabajador de la salud solamente como el instrumento para proveer los servicios y no como un trabajador [...], con condiciones de trabajo que influyen en su salud y en su vida" (Ávila Assuncao et al., 2008). Al respecto, podemos volver a J. C. Neffa, (2007) para hacer notar los aspectos subjetivos de la CyMAT: "nadie está en mejor situación para conocer de qué manera los riesgos profesionales afectan la vida y la salud de los trabajadores, que los mismos trabajadores directamente involucrados" por la misma heterogeneidad que nombramos párrafos más arriba. Tal vez por esto último el formato del cuestionario a los TdS tenga que ver con obtener conclusiones desde otra perspectiva menos "estructural", que es el formato más trabajado por la OIT en el tema TD. La búsqueda de la heterogeneidad en los encuestados está basada en que ni la información ni el conocimiento del tema radica exclusivamente en una porción "profesional" de los trabajadores sino en el conjunto de actores que lo componen (Novick & Rosales, 2006)

## **d) Trabajo Decente**

Tal como repasan Ortiz, Z. et. al (2020) "en 2016, Naciones Unidas conformó la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en Salud y Crecimiento Económico, que instó a los países a invertir en el personal de salud para garantizar el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Junto a la OIT se puso énfasis en la necesidad de garantizar condiciones de "trabajo decente" para el personal de salud"

En el año 1999 la comunidad internacional, de la mano de la OIT, brindó un concepto del Trabajo Decente (TD): "el trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con remuneración adecuada y protección social" (OIT, 1999). Se instó al mismo tiempo a poner en práctica acciones concretas para mejorar las condiciones de trabajo en los puntos que allí se explicitaban. Tal es así que forma parte actualmente de la Agenda 2030, que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) impulsa para llegar a los Objetivos del Desarrollo Sustentable.

Por otro lado, es Santillan, E. (2011) quien sintetiza el concepto con la perspectiva de derechos diciendo que el "trabajo decente, se refiere al conjunto de oportunidades y capacidades que los individuos tienen derecho de alcanzar en la sociedad para poder tener acceso a la equidad, la libertad, la seguridad y la dignidad, un conjunto de derechos sociales cuya responsabilidad real es de la sociedad"

De las seis facetas nombradas anteriormente en la definición, Anker et al., (2003) desarrollan once categorías de medición:

1. Oportunidades de empleo
2. Trabajo inadmisibles
3. Remuneración suficiente y trabajo productivo
4. Jornada laboral decente
5. Estabilidad y seguridad del empleo
6. Conciliación del trabajo con la vida familiar
7. Trato justo en el trabajo
8. Seguridad en el trabajo (trabajo seguro)
9. Protección social
10. Diálogo social y relaciones laborales
11. Entorno socioeconómico del trabajo decente

Las mismas serán utilizadas para desarrollar el cuestionario que presentaremos oportunamente.

Ampliando lo anterior, diremos que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) recomienda "convertir el pleno empleo, la equidad laboral y el trabajo digno en objetivos básicos de la formulación de políticas sociales y económicas de ámbito nacional e internacional, lo que supone facilitar un empleo seguro, sin peligros y bien remunerado, así como posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y un sano equilibrio entre vida laboral y vida privada para todos, y además mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud" (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008)

En un párrafo muy similar la OIT (Buchan et al., 2017) agrega que los problemas centrales abordados incluyen, además de los citados arriba, "las dimensiones de género de cada tema." En el mismo texto, el capítulo referido a TD solicita "un enfoque basado en los derechos para el empleo en salud, con negociación colectiva, organización y libertad de asociación como derechos fundamentales. Además, destaca la contribución positiva del diálogo social, como parte integral de trabajo decente, al desarrollo y las reformas del sector de la salud; y basado en el consenso, respuestas a los desafíos del sector de la salud, lo que se traduce en políticas más eficaces y sostenibles."

Se encontró que el concepto Trabajo Decente, por el consenso reunido tras él y por su integralidad, es el adecuado para evaluar las CyMAT de los profesionales de la salud.

Tal como señala la OPS (2012) el concepto de TD permite que sea utilizado como un "instrumento de diagnóstico y de evaluación de políticas y [...] facilita la identificación de las dimensiones más fuertes y las más débiles de cada sistema para orientar políticas específicas, identificando también el nivel del problema."

A continuación, se muestra en la Tabla 1 los elementos que para Antonietti et al., (2020) son los constitutivos del concepto CyMAT, como explicamos en el apartado anterior, comparándolo con los elementos que la OIT brinda para valorar TD.

Modelo conceptual de Antonietti et. Al	Elementos del TD (OIT)
<b>Factores de contexto externo</b>	
Políticas, reformas y organización del sistema de salud	-Oportunidades de empleo - Contexto económico y social del TD
Cultura y organización de la comunidad	-Seguridad Social  -Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores
<b>Factores organizacionales</b>	
Diseño organizacional	- Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores
Cultura organizacional	-Entorno de trabajo seguro
Ambiente físico	-Entorno de trabajo seguro
Gestión del recurso humano en salud	-Conciliación del trabajo, la vida personal y la vida familiar  -Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores
<b>Condiciones del empleo y del trabajo</b>	-Ingresos adecuados y trabajo productivo  -Horas de trabajo decente  -Conciliación del trabajo, la vida personal y la vida familiar  -Estabilidad y seguridad del trabajo  -Igualdad de oportunidades y de trato en el empleo
<b>Factores individuales</b>	

Tabla 1. Comparación de elementos constitutivos de las CyMAT y TD. Elaboración propia.

Vinculado con el apartado anterior, resta pensar si los elementos constitutivos del TD podrían ser parte de los aspectos considerados por los TdS para decidir el abandono o no de una zona o tipo de trabajo. Las motivaciones para esto y para realizar una tarea asistencial de calidad, vinculadas con el TD, pueden ser parte de otras investigaciones.

## e) APS y Centros de Atención Primaria

En el presente trabajo haremos un recorte del sistema sanitario: la Atención Primaria. Aunque la OMS hace más de cuarenta años sugiere en distintos documentos tener a la misma como eje de los sistemas de salud, lo cierto es que la fragmentación y

segmentación en niveles tan particulares como los de Argentina impiden que la APS sea el epicentro del mismo.

Resulta relevante aclarar desde cuál perspectiva se asumirá la Atención Primaria de la Salud, pues si bien el Centro de Atención Primaria (CAP) es el lugar geográfico donde buscaremos los equipos de trabajo intervinientes para analizar, estamos describiendo las condiciones en las que se realiza el trabajo.

Existen evidencias de restricciones al cuidado provocadas por la estructura del sistema de salud y por la organización de los servicios en particular (Ávila Assuncao et al., 2008). Estas condiciones tienen aspectos que superan ampliamente lo estructural -lo bio-físico-químico- como sugerimos más arriba: los aspectos inherentes al sistema y al contexto biopsicosocial que rodea a los/as trabajadores/as debe ser también tenido en cuenta.

Son la UNICEF y la OMS (2019) quienes destacan que "La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas"

Existen distintas formas de entender la APS:

- a) APS "selectiva" o "de foco": la atención ambulatoria gestionada por el Estado se centra en los sectores más vulnerables de la sociedad, dejando a quienes tienen capacidad de pago el sector de seguridad social o las entidades de medicina prepaga.
- b) APS como "puerta de entrada": en la estratificación del sistema basado en nivel de complejidad bio-médica, la APS se encarga de resolver problemas prevalentes que no necesitan mucha tecnología y a su vez "filtra" lo que debe pasar a centros de mayor complejidad.
- c) APS "Integral, con perspectiva de derechos humanos": se diferencia de otras corrientes en cuatro elementos principales:

- Concibe la salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales de la salud.
- Transversalidad: pone el énfasis en el desarrollo de políticas más globales y dinámicas apoyadas por compromisos legislativos y económicos para conseguir mejoras equitativas en salud.
- Ciudadanía social: empoderamiento de los sujetos y las comunidades. Asume que todas las prácticas son políticas.
- Su gestión reconoce los conflictos: constitución de sujetos como actores sociales

Ya lo adelantaban varias sociedades científicas al comienzo de la pandemia cuando decían que "la APS puede satisfacer más del ochenta por ciento de las necesidades de salud de las personas en todas las edades y en todas las etapas de la vida, y esto hoy se ve reducido entre un 20 y 30 %, por lo que son claves todos los esfuerzos para revertir esta situación". Sobre este aspecto, sólo referido a la Salud Mental, Ardila-Gómez et. al. (2021) señalan que hubo importantes modificaciones tanto en la

demanda de salud, los procesos de atención e incluso en la estructura del sistema. La OPS informa modificaciones similares.

Focalizando en los problemas de los TdS y en virtud de la necesidad del Acceso Universal de Salud, la OPS (2018) destaca que los principales obstáculos son los débiles procesos intersectoriales en los ámbitos de la gobernanza, la regulación y la gestión; el financiamiento insuficiente para los recursos humanos –sobre todo en la APS-; la falta de información para apoyar la toma de decisiones y la dificultad que las autoridades nacionales tienen para realizar previsiones sobre las necesidades presentes y futuras de personal de salud y para formular e implementar estrategias a largo plazo. En el mismo texto insta a los países a ampliar la inversión pública de recursos humanos, mejorando la oferta de empleos y las condiciones de trabajo especialmente en el 1er nivel de atención.

La política de respuesta asistencial en la APS del Gran Mendoza (Los cinco departamentos más urbanizados de la provincia que albergan al 62% de la población) durante la pandemia tuvo, como en la mayoría del país, acciones centradas en el tercer nivel de atención (Hospitales y clínicas en general) y muy puntualmente las Unidades de Terapia Intensiva; mientras, los CAPs al comienzo dejaron de recibir controles de salud y patologías crónicas limitando su ingreso a ciertas edades, en el primer caso, o a búsqueda de recetas, en el segundo. Luego, se distribuyeron funciones entre CAPs para pacientes con y sin patologías compatibles con sospecha de COVID. Otros elementos que hacen a la APS integral se vieron modificados: en lo nutricional se llevó adelante la Tarjeta Alimentar y, en cuanto a la política provincial, se aumentó la entrega de alimentos a sectores vulnerables, impulsada por la Subsecretaría de Desarrollo Social, a través de la Dirección de Economía Social y Asociatividad. El área de educación, pasó a la virtualidad completa, con dificultades pedagógicas, materiales y de conectividad. Los deportes y actividades recreativas se paralizaron por completo.

Habiendo descrito el paradigma de APS desde nos posicionamos, intentaremos hacer una descripción de los CAPs en donde buscaremos los/as TdS. Según el Análisis de Situación de Salud del 2019 de la provincia de Mendoza los CAPs se pueden clasificar en cuatro categorías:

- Centros de Salud tipo "A": Cuenta con prestaciones asistenciales básicas y atención médica general en forma discontinua, hasta 3 veces por semana. Puede ofertar alguna especialidad no médica considerada básica como nutrición, obstetricia y trabajo social. Localizada en zonas rurales.
- Centros de Salud tipo "B": Funciona diariamente (o más de 3 días a la semana) con atención médica general, con o sin otras especialidades básicas: Pediatría, Toco-ginecología u Obstetricia, Salud mental y Odontología sin llegar a ofertar la totalidad de ellas. Puede contar con una o más de otras especialidades no médicas consideradas básicas como nutrición y trabajo social. Localizados en áreas rurales y/o urbanas.
- Centros de Salud tipo "C": Funciona diariamente (o más de 3 días a la semana) con todas las especialidades consideradas básicas médicas y no médicas. Puede ofertar especialidades médicas de 2do nivel (Ej.: ORL, Oftalmología, Dermatología, Cardiología, etc.) y puede o no contar con servicio de guardia general en los horarios en que el centro se encuentre cerrado.
- Centros de Salud tipo "D": Funciona diariamente con horarios fijos de atención de todas las especialidades consideradas básicas y de especialidades de diagnóstico (Radiología, Ecografía y Laboratorio). El centro de salud puede contar con una o más

especialidades médicas de 2d° nivel y puede o no contar con servicio de guardia general en los horarios donde el centro se encuentre cerrado.

En los departamentos que conforman el Gran Mendoza (Capital, Godoy Cruz, Lujan de Cuyo, Maipú, Las Heras y Guaymallén) se hay 155 CAPs, distribuidos según su categorización y dependencia según muestra la siguiente tabla:

AREA DEPARTAMENTAL	DEPENDENCIA		TIPOS DE CAPS					TOTAL
	MINISTERIAL	MUNICIPAL	A	B	C	D	POSTA	
<b>CAPITAL</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>GUAYMALLEN</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>22</b>
<b>LAS HERAS</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>22</b>
<b>GODOY CRUZ</b>	<b>14*</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
<b>MAIPU</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>38</b>
<b>LUJAN</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>81</b>	<b>32</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>155</b>

*Tabla 2. CAPS provinciales y municipales por departamento (Gran Mendoza) según categorización. Fuente ASIS Secretaría de Salud. Mendoza. Año 2019*

En cuanto a su distribución geográfica, vemos en el siguiente gráfico que se ubican predominantemente en el Área Metropolitana Mendoza, es decir los sectores más urbanos de cada departamento. (Gráfico tomado del Plan de Acción "Área metropolitana de Mendoza Sostenible" 2018)

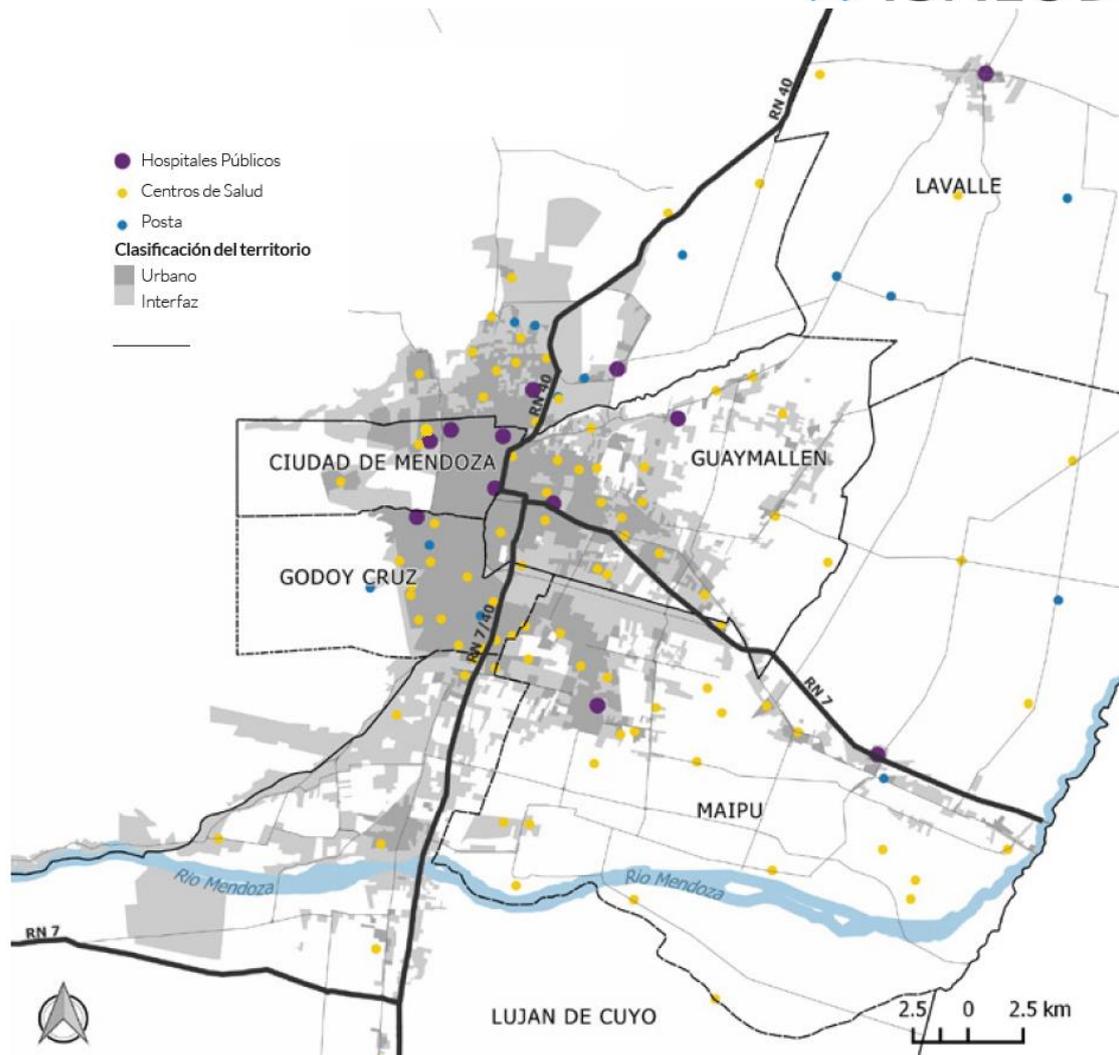


Fig. 3: Distribución de efectores públicos en el Gran Mendoza. Plan de Acción "Área metropolitana Mendoza sostenible" Secretaría de ambiente y ordenamiento territorial 2017.

## Impactos de la COVID en el trabajo de la salud

La OIT (2020) plantea que: "La crisis sanitaria causada por la COVID-19 llegó a Argentina en un momento de fragilidad económica y social." Mientras que nombra al proceso de renegociación de la deuda como una dificultad agregada al estancamiento económico y la inflación. "Como resultado, el mercado de trabajo ya está debilitado con una tasa de desempleo alta, en particular entre los jóvenes, sumado a una alta informalidad de la economía"

Se puede afirmar junto con Fonseca, M (2020) que: "en Argentina, la pandemia por COVID-19 se monta en un largo proceso de debilitamiento del sector salud que se profundizó en los últimos años [...]. Durante el gobierno de la Alianza Cambiemos (2015-2019), se redujo al Ministerio de Salud de la Nación al rango de Secretaría y se produjo un recorte del 16,2% del presupuesto nacional destinado a salud".

De esta forma, el deterioro de los hospitales y los efectores de salud del primer nivel de atención condicionan el escenario laboral y asistencial: precarización de las

condiciones laborales de sus trabajadores/as y una situación estructural de inequidad en el acceso a la salud de la población.

En un documento, la OIT afirma que los y las trabajadores/as de la salud - mayoritariamente mujeres- que ya presentaban condiciones de vulnerabilidad, empeoraron su situación (OIT, 2020) Sin embargo, este sector aportó el 11.8% del crecimiento del PBI argentino entre septiembre del 2020 y 2021. (OIT, 2021)

La evidencia internacional demostró que los trabajadores de la salud tenían un riesgo al menos tres veces mayor de padecer la COVID-19 (Nguyen et al., 2020). Las causas identificadas se relacionaron a una inadecuada protección personal de los TS al principio de la epidemia, la exposición prolongada a un gran número de pacientes infectados y la escasez de equipos de protección personal (EPP) (Wang et al., 2020).

Las CyMAT se modificaron con la aparición de la Pandemia COVID-19: nuevos riesgos laborales, viejas enfermedades con dificultad de acceso, modificación del tipo de atención (telemedicina, etc.), nuevas demandas del orden de la salud mental, etc.

Tomando algunos trabajos brasileros -por la centralidad que en ese país tiene la APS y la similitud de población- podemos coincidir con Maciel et al., (2020) cuando resalta que la APS posee como ejes centrales para el reordenamiento del cuidado de la salud: la organización y la gestión del proceso de trabajo; por lo que se vuelve relevante comprender cuáles son estos procesos y cómo se reorganizan en escenarios como el descrito. De tal modo que, por la pandemia, cobró relevancia "reajustar y mejorar conceptos, estructuras, procesos y prácticas de vigilancia de la salud, articulada con la red de atención en salud" (Carmo & Kleber de Oliveira, 2008).

Respecto al trabajo en sí, debemos destacar que hubo una redistribución del personal de salud, coincidiendo con la reestructuración del sistema sanitario local y nacional, suspensión de licencias, cargas emocionales distintiva, cambio en el ritmo de trabajo, su organización, sus protocolos de atención y hasta se modificaron los espacios de vinculación en el equipo de trabajo (meriendas, almuerzos en común).

A contramano de lo sugerido por la OPS los CAPs durante la pandemia en el Gran Mendoza no tuvieron ninguna reforma estructural ni edilicia; los TdS fueron reubicados en pos de una lógica de "puerta de entrada" y en materia salarial no hubo aumentos, con una inflación que pasaba holgadamente los dos dígitos<sup>1</sup>, un bono nacional fue entregado por periodos cortos de tiempo y no se presentaron incentivos no monetarios.

En lo ambiental, la situación requirió de nuevos elementos y protocolos de cuidado que no en pocas ocasiones fueron limitados (Ortiz et al., 2020), además de requerir sistemas de calefacción y ventilación acorde por la que en muchos casos hubo que adaptar la estructura de los CAPS.

---

<sup>1</sup> Para la Dirección De Estadísticas e Investigaciones Económicas fue de un 36%.

## c. **Materiales y Métodos**

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo enmarcado en una estratégica metodológica cuantitativa que busca dimensionar y describir las Condiciones y Medioambiente de Trabajo durante la pandemia de COVID-19 en los/as TdS en APS e interpretarlas a la luz de la teoría sobre el Trabajo Decente (TD) en salud.

Para ello fueron utilizadas fuentes primarias y secundarias: Encuestas a TdS e información sobre los CAPs referidos al tema, esta última información brindada por la secretaría o ministerio competente. El método de encuesta estructurada fue utilizado para recuperar las experiencias subjetivas de los actores estructurantes del sistema de salud y su estructuración permite relacionar las respuestas como forma de relación o porcentaje, dando una mejor dimensión del problema planteado.

Para las fuentes primarias se utilizó un cuestionario como instrumento, preguntas cerradas a trabajadores seleccionados en muestreo no probabilístico, seleccionado por conveniencia, realizado en base a las categorías de TD.

El cuestionario fue previamente validado en un trabajo anterior por el autor de esta tesis (Videla Vilá, P. 2018). Las encuestas fueron realizadas durante el primer semestre del 2022 de manera presencial, autoadministrada, con colaboración técnica del tesista durante la misma.

Como categoría de análisis se utilizaron los elementos que componen, según la OIT, Trabajo Decente descartando entre ellos el que denominan "Trabajo que debería abolirse" por considerarlos inexistentes en este campo de estudio.

Las categorías de análisis, entonces, son las siguientes:

-Oportunidades de empleo: se refieren a la necesidad de que todas las personas que deseen trabajar encuentren empleo.

-Ingresos adecuados y trabajo productivo: la productividad es la capacidad de producir ingresos adecuados, suficientes para el mantenimiento decente del trabajador/a y su familia.

-Horas de trabajo decente: son aquellas que no son excesivas y que permiten a los trabajadores tener tiempo libre para descansar y desarrollar otras actividades.

-Conciliación del trabajo, la vida personal y la vida familiar: es la capacidad de los trabajadores de equilibrar sus responsabilidades laborales con sus responsabilidades personales y familiares.

-Estabilidad y seguridad del trabajo: son la garantía de que los trabajadores no serán despedidos sin causa justificada.

-Igualdad de oportunidades y de trato en el empleo: es el derecho de todos los trabajadores a acceder a un empleo en condiciones de igualdad, independientemente de su raza, sexo, religión, edad, discapacidad, etc.

-Entorno de trabajo seguro: es aquel que no pone en riesgo la salud o la integridad física de los trabajadores.

-Seguridad Social: es un conjunto de programas y prestaciones sociales que protegen a las personas frente a los riesgos económicos y sociales.

-Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores: es el proceso de negociación y consulta entre los representantes de los trabajadores y los representantes de los empleadores.

-Contexto económico y social del TD: es el conjunto de factores económicos y sociales que influyen en la creación de empleo decente.

La operacionalización de estas categorías y como se construyó el cuestionario se encuentra en el ANEXO I de este texto, para mejorar su lectura. Sin embargo, se hace notar que se seleccionaron preguntas de un cuestionario ya validado, como se menciona párrafos arriba, que, al no tener un muestreo probabilístico, se expresa en forma de relación o porcentaje. En la operacionalización mencionada del ANEXO I se han descartado los elementos que no pueden ser mesurables a través de una encuesta al personal de salud.

Vale aclarar, ya que el trabajo de especialización en el que se validó la encuesta no está publicado, que en el proceso de validación se hallaron múltiples inconvenientes con algunas preguntas sugeridas en la operacionalización original, lo que llevó a simplificar -reducir- su cantidad. Sin embargo, en cada dimensión de TD que puede ser preguntada subjetivamente, se mantuvieron una o más preguntas que aseguran el contenido. En el mencionado trabajo, tras la simplificación de las preguntas que generaban respuestas no coherentes entre los grupos, se repitió la experiencia con el cuestionario modificado en cuatro grupos distintos, consiguiendo resultados comparables.

La unidad de análisis es cada uno de los y las TdS de los CAPs del Gran Mendoza (departamentos: Ciudad, Luján de Cuyo, Godoy Cruz, Maipú, Guaymallén y Las Heras). No se considera a la ciudad cabecera del departamento de Lavalle, como se sugiere en los documentos que definen el Municipio, porque de encontrar investigaciones similares en la provincia podría ser un inconveniente para realizar una comparación.

Los criterios de inclusión fueron: población adulta que se encuentre vinculada laboralmente a algún CAPs del Gran Mendoza y haya desempeñado funciones en los mismos durante la pandemia, no se excluyeron trabajadores según el tipo de vínculo laboral que posean. Se excluyeron personas que no desarrollaron tareas en CAPs durante la pandemia, independientemente si su lugar de trabajo previamente fuese allí.

El muestreo fue intencional, buscó participantes heterogéneos en sus características etarias, de género, de vínculos laborales y funciones. El universo total son los/as TdS de los 155 CAPs que se ubican en el Gran Mendoza.

Las preguntas serán trabajadas en Excel con la información proveniente de la plataforma Google Forms, con las que se realizará la entrevista presencial.

En este trabajo se busca respetar todas las condiciones que apunta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (adaptación 2013) por lo que, como paso obligatorio antes de acceder al cuestionario virtual, el/la encuestado/a debe aceptar expresamente en el mismo cuestionario formar parte de dicha investigación dejando en claro los alcances de la misma. A continuación, se transcribe el texto que precede a la aceptación antedicha:

"El siguiente cuestionario es parte de una tesis de maestría en "Seguridad Social y Sistemas Sanitarios" de I Salud. El Tesista, Med. Especialista Pablo J Videla Vilá hace llegar a Ud. como trabajador/a de Centro de Atención Primaria del Gran Mendoza para ser respondido. El objetivo es caracterizar las condiciones y medio ambiente de trabajo en CAPs del Gran Mendoza durante la pandemia de COVID 19. La metodología es a través de encuestas a distintos trabajadores de los CAPs del Gran Mendoza. Este trabajo no posee fuentes externas de financiamiento.

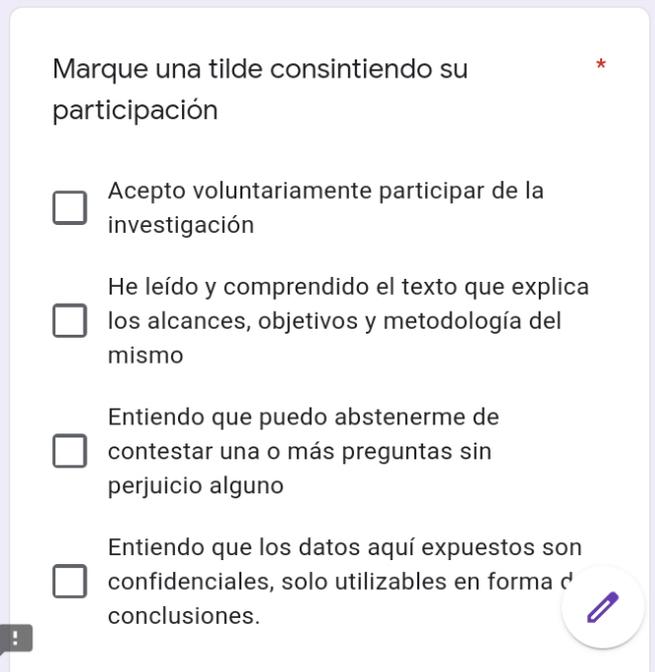
Se le permite al/la encuestado/a abandonar el cuestionario si lo desea o no responder alguna de las preguntas que les resulte inconveniente sin perjuicio personal alguno.

Los datos que aquí se encuentren no serán develados sino en forma de conclusión en la tesis mencionada, respetando los acuerdos de Ética de Helsinki.

En cualquier momento puede comunicarse con el tesista para salvar alguna inquietud o duda a este número: 261-6309668

Los resultados finales serán publicados en las plataformas que la Universidad I-Salud disponga."

En la siguiente imagen se muestra el texto subsiguiente en el cuestionario virtual, que debe ser marcado en su totalidad para continuar con el cuestionario.



Marque una tilde consintiendo su participación \*

- Acepto voluntariamente participar de la investigación
- He leído y comprendido el texto que explica los alcances, objetivos y metodología del mismo
- Entiendo que puedo abstenerme de contestar una o más preguntas sin perjuicio alguno
- Entiendo que los datos aquí expuestos son confidenciales, solo utilizables en forma de conclusiones.

! 

*Fig. 4: Imagen exacta de la presentación para consentir la participación antes de responder las preguntas. Elaboración propia.*

En el Anexo II se muestra el cuestionario validado.

Mencionamos a continuación las fuentes secundarias utilizadas:

-Análisis de Situación de Salud (ASIS 2019) realizada por la Secretaría de Salud de la provincia de Mendoza.

-Área Metropolitana de Desarrollo Sostenible. Secretaría de Ambiente y Ordenamiento Territorial. Mendoza (2017)

-Observatorio Federal de Talento Humanos en Salud. Dirección Nacional de Talento Humano y conocimiento. (2020)

## d. Resultados

### a. Caracterización de los participantes

Se realizó encuestas a ciento tres personas quienes explicitaron comprender y aceptar su participación en el trabajo a través de la aplicación del celular en la que se respondía la encuesta. Dos de ellos, por cumplir funciones administrativas del centro de salud se excluyeron de las respuestas, ya que no entra en el universo de participantes previstos; otras tres personas fueron excluidas por trabajar en un CAPs de un departamento que no pertenece al Gran Mendoza (n=98)

Estos participantes representan aproximadamente un 15% del total de trabajadores de la salud en CAPs del Gran Mendoza. Esta aproximación se toma considerando los datos obtenidos a través de canales informales en el Ministerio de Salud, Desarrollo social y Deportes que referimos anteriormente. Se solicitó de manera formal y oportunamente información precisa sobre la totalidad de los/as TdS a las instituciones a las cuales le corresponde la gestión de los mismos, sin obtener respuestas satisfactorias.

#### *Profesiones heterogéneas*

Consideramos que se ha logrado la heterogeneidad buscada, tanto en las profesiones como en la distribución de los/as trabajadores dentro del Gran Mendoza. Respecto de lo primero los/as profesionales Médicos/as representan un 30% de los encuestados, mientras que los/as enfermeros/as con grado de licenciados/as son un 15% y los/as técnicos/as en enfermería un 16% los/as Odontólogos/as son un (7%). También participaron Lic. en Nutrición (2%) Psicología (7%), Obstetricia (8%) Trabajo social y Kinesiología (1% en ambos casos), mientras que otras tecnicaturas, entre las que se encuentran los de farmacia, diagnóstico por imágenes y los agentes sanitarios sumaron un 12% de los encuestados.

#### *Distribución geográfica del lugar de trabajo de los participantes*

Respecto a la distribución geográfica de los mismos, los departamentos de mayor densidad demográfica del Gran Mendoza fueron los predominantes (Capital, Godoy Cruz, Guaymallén y Las Heras suman el 86.7% del total) con la distribución que figura en el siguiente gráfico.

¿En qué departamento del Gran Mendoza se encuentra el centro de salud donde trabaja?

98 respuestas

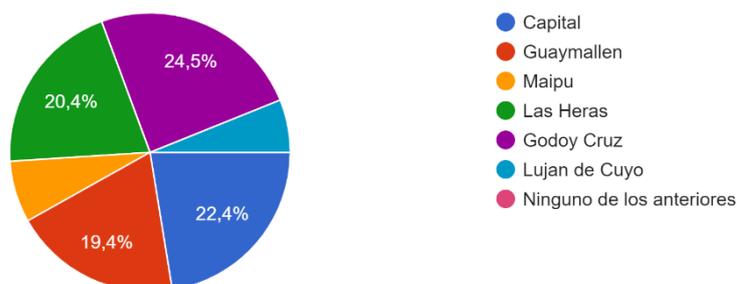


Gráfico 3: Distribución de los encuestados por lugar de trabajo. Elaboración propia

### Género y edad de los/as encuestados/as

De los/as encuestados/as existe un amplio predominio de género femenino (84.7% vs 15.3%), lo que es coherente con la matrícula provincial y la proporción de estudiantes de las carreras mencionadas. (Catterberg, G. et al, 2018).

La mayoría de los encuestados (40%) tienen entre 40 y 49 años, un 23.5% entre 30 y 39, un 27.6% entre 50 y 59 años. Sólo un 5% tiene entre 20 y 29 años y un 4% más de 60 años.

## b. Resultados en las dimensiones de Trabajo Decente

### Oportunidades de empleo

Respecto a esta dimensión, la mayoría de los encuestados se encuentran en planta (61.2%, n=60), mientras que una proporción menor está contratada. Esto último es más frecuente en CAPs que dependen del municipio (55% vs 45%).

El pluriempleo lo presenta un 71.4%, (n=70) de los/as TdS encuestados, analizando el último mes de su carrera laboral. Este dato no da cuenta de lo acontecido durante el inicio de la pandemia COVID-19, por los meses en que se llevó adelante esta investigación (las encuestas se realizaron entre julio y agosto del 2022).

¿Cuántos empleos tuvo, en el último mes?

98 respuestas

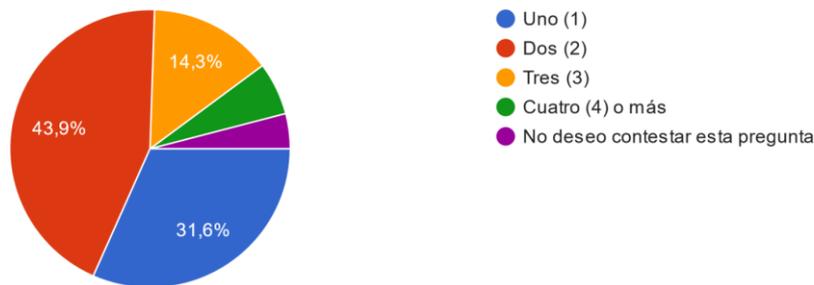


Gráfico 4: cantidad de empleos en el último mes de trabajo. Elaboración propia

Desagregando, se puede ver que el pluriempleo es más frecuente entre los técnicos en enfermería que los licenciados en enfermería (66% vs 75%). También es más frecuente entre quienes tienen el título de licenciatura en enfermería y otros profesionales con título de grado (Médicos, Odontólogos, Nutricionistas, Psicólogos.) (75% vs 69%). Tales resultados podrían ser explicados desde la brecha salarial existente entre estos dos grupos, mucho menores en el grupo de los/as enfermeros/as sin título de grado que entre los que sí lo tienen.

Cuando se analiza por género, puede observarse una brecha entre varones y mujeres (85% vs 68%). Este resultado podría ser explicado desde las tareas del cuidado de las

personas y el hogar socialmente asumidas por el género femenino y por el alto porcentaje de mujeres en edad fértil que se desarrollan en estos ámbitos (en nuestro trabajo, el 23.5% de los encuestados son mujeres menores a 40 años)

Respecto a la vivencia subjetiva sobre la facilidad para encontrar empleo en general solo un 8.2% de los encuestados sienten que la pandemia modificó la facilidad para encontrarlo. Llamativamente, un 16.3% se negó a contestar esta pregunta, no encontrándose ejemplo equivalente en otras preguntas. Quienes piensan que antes y durante la pandemia se mantuvo la facilidad para encontrar empleo superan el tercio de los encuestados (38.8%) así como también los que piensan que fue y es difícil hacerlo (36.7%).

¿Qué tan sencillo era encontrar empleo de su profesión antes y después de la pandemia?

98 respuestas

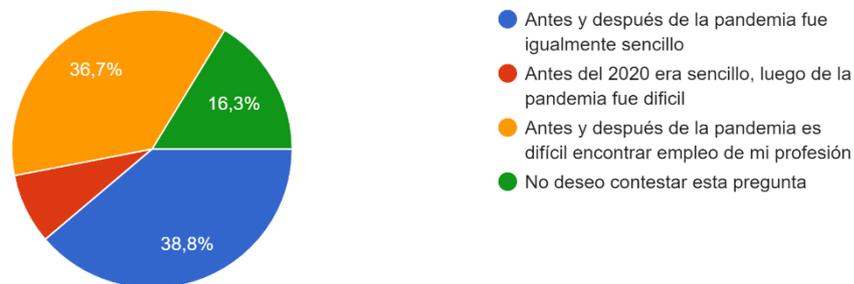


Gráfico 5: Facilidad para conseguir empleo. Elaboración propia

Se puede leer también que, aquellos que presentan dificultades para encontrar empleo luego de la pandemia se reparten de forma equitativa entre los grupos de encuestados con título de grado (Medicos, Odontólogos y licenciados, etc) y quienes tienen formación técnica (enfermería, diagnóstico por imágenes, etc). (28%vs 26%)

### Ingresos adecuados y trabajo productivo

Por razones metodológicas no se interrogó sobre los ingresos familiares de los encuestados. Sin embargo, se puede inferir que aquellos que superen las horas semanales contempladas en el Trabajo Decente, son quienes, por alguna razón, requieren mejorar sus ingresos (Novick & Rosales, 2006). En ese sentido, es dable recordar que el 19.4% de los/as TdS trabajan más de 48hs semanales. Solo el 9.2% trabaja de 12 a 24hs semanales. Desagregado por género, vemos que las mujeres son quienes menos refieren horarios por encima del límite considerado, aunque con un margen estrecho (el 19% de las encuestadas dice trabajar más de 48hs semanales, mientras que en el género masculino la cifra es de 21%).

Al analizar las horas de trabajo decente discriminándola por grado de formación podemos observar que entre quienes ostentan títulos técnicos un 17.8% superan las 48hs semanales, mientras que quienes tienen títulos de grado un 16.9% lo hacen.

Aquí debemos recordar lo escrito anteriormente en este trabajo respecto a la relación de dependencia: decíamos que la mayoría de los encuestados se encuentran en planta

(61.2%, n=60), mientras que una proporción menor está contratada. Esto último es más frecuente en CAPs que dependen del municipio. (55% vs 45%).

Respecto a la antigüedad en el trabajo bajo el mismo empleador – la cual sirve para estimar los ingresos constantes- el 40.8% (n=40) de los encuestados refiere una antigüedad entre diez y veinte años, mientras que el 23.5% (n=23) refiere trabajar para el mismo empleador hace entre cinco y diez años. Un 20.4% (n=20) tiene una antigüedad mayor a 20 años, apenas un 10.2% (n=10) refiere tener una antigüedad entre uno y cinco años y apenas un 5.1% (n=5) presenta una antigüedad menor a un años. Vale decir: casi dos tercios de los encuestados tiene una antigüedad mayor a diez años, lo que coincide con la edad de los encuestados entre los cuales solo un 5.1% (n=5) tiene menos de 29 años.

Las cifras de la pregunta referidas a la antigüedad en el empleo en el CAPs donde fue entrevistado dan cuenta de la alta rotación de los empleados estatales: un 42.9% (n=42) dice trabajar en el CAPs hace más de 10 años, mientras que, como señalamos en párrafos anteriores, casi dos tercios de los encuestados tiene una antigüedad mayor a diez años. Un 11.2% (n=11) comenzó a trabajar en ese CAPs después del inicio de la pandemia (antigüedad menor a un año) y el 17.3% (n=7) lo hace entre uno y tres años. Además de lo antedicho, debe leerse esta diferencia conociendo la situación particular que resultó de la pandemia: CAPs destinados exclusivamente a enfermedad respiratoria, profesionales con problemas de salud que fueron trasladados durante la pandemia pueden haber dado como resultad una reorganización de los miembros del equipo.

¿Cuánto tiempo hace que trabaja para el mismo empleador?

98 respuestas

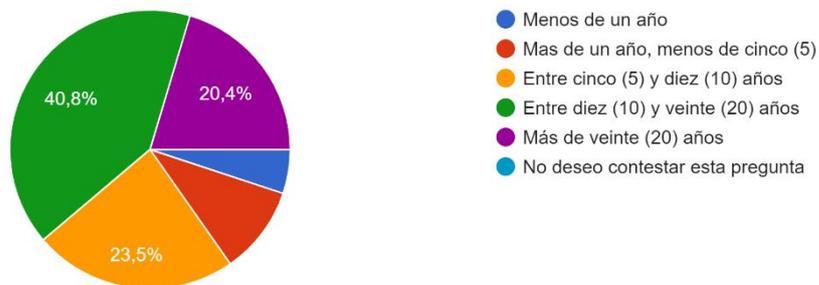


Gráfico 6: Estabilidad laboral. Tiempo que ha trabajado para el mismo empleador. Elaboración propia

¿Cuál es su antigüedad en el centro de salud donde se desempeña actualmente?

98 respuestas

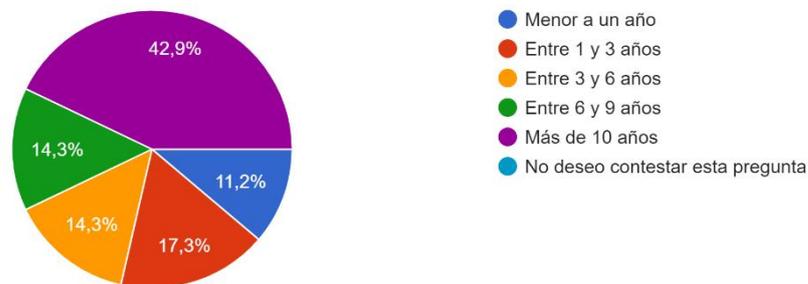


Gráfico 7: Estabilidad laboral. Antigüedad en que se desempeña para el mismo empleador. Elaboración propia

En otro aspecto valorado, las respuestas sobre la suficiencia del salario, en términos subjetivos, indican que un 86.7% (n=85) refiere que tanto antes como después del comienzo de la pandemia el salario es insuficiente; mientras que un 5.1% (n=5) refiere que el salario mejoró luego de la pandemia y un 6,1% (n=6) consideran que el mismo antes y luego de su comienzo, su salario era suficiente.

### Horas de trabajo decente

Tal como mencionamos en el apartado anterior, menos de un quinto de los encuestados (19.4% (n=19)) refiere trabajar más del límite planteado como "horas de trabajo decente" por la OIT (48hs semanales) mientras que la gran mayoría lo hace menos que esa frecuencia.

Sin embargo, y relacionado con la carga laboral, podemos advertir que el descanso anual fue igual o mayor a las cuatro semanas solo en un 12.2% (n=12) La mayoría de los encuestados 39.8% (n=39) pudo acceder a su descanso anual durante dos semanas. El dato más llamativo es que un 12.2% (n=12) no se ha tomado descanso anual en el último año o lo ha hecho menos de una semana (7.1% (n=7)). Desagregando entre quienes trabajan más de 48hs y quienes menos de ese nivel, vemos que, entre quienes superan las 48hs semanales de trabajo, un 26% gozó de menos de una semana de licencia anual, mientras que entre quienes trabajan menos de ese límite, un 18% se tomaron ese tiempo.

En cuanto al aspecto de empleos nocturnos y rotatorios, que aumentan la carga de trabajo, vemos que quienes se desempeñan en los CAPs, en su mayoría (86.7% n=85) no poseen este tipo de empleos.

### Conciliación del trabajo, la vida personal y la vida familiar

El tiempo invertido en el traslado del trabajo al hogar fue, en la mitad de ellos (51%), entre diez y treinta minutos, mientras que un tercio (32.7%, n=32) fue mayor a treinta, pero menos de una hora. El tiempo relativamente escaso en la mayoría puede

corresponder a la cercanía del domicilio con el trabajo, como se demuestra en una pregunta específica. Esta última pregunta, muestra que el 56% de los encuestados vive ya en el mismo departamento donde se encuentra su CAPs (39.8%), en barrios aledaños (11.2%) o en el mismo barrio donde se encuentra el CAPs (5.1%).

Otra dimensión para valorar esta categoría es como impacta en la biografía laboral las tareas del cuidado y mantenimiento del hogar. Específicamente buscamos saber si los/as TdS precisaron interrumpir sus horas laborales para tareas de cuidado de menores en los últimos, a lo que un 28.3% (n=28) aseguró haberlo hecho. Desagregado por género, vemos llamativamente que la cantidad de varones que dicen haber interrumpido su jornada laboral asciende a un 66%, mientras que las mujeres que dicen haberla afectado escala al 37%.

Para valorar más precisamente la cantidad de tiempo que invierte cada uno/a en tareas de cuidado doméstico (mantenimiento del hogar, cuidado de menores; actividades sociales, autocuidado y empleo remunerado) se realizó una pregunta directa. Tal como se muestra en los gráficos, la mayor cantidad de tiempo se destina al trabajo remunerado, seguido por las tareas de cuidado doméstico y relegando las de autocuidado y actividades sociales y culturales.

¿Cuánto tiempo invierte, diariamente, en las siguientes tareas? (en horas)

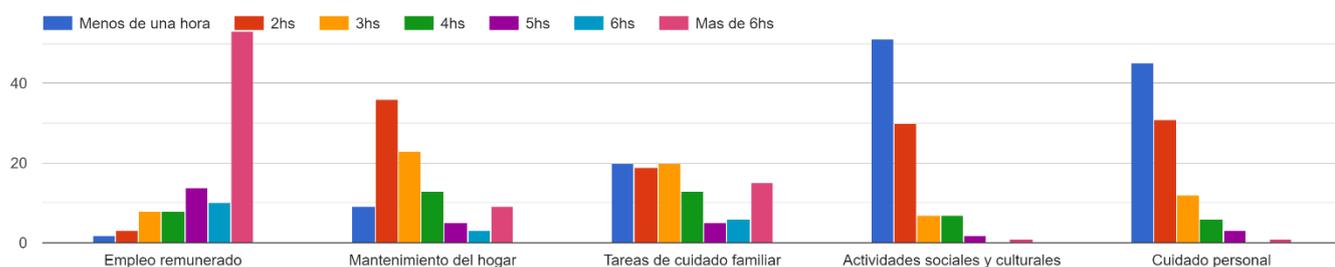


Gráfico 8: Tiempo invertido en cuidado doméstico. Elaboración propia

Si lo analizamos desde el género, podemos afirmar que el 38% de las mujeres refieren dedicarle cuatro horas o más a las tareas de cuidado familiar mientras que el 10.8% le dedican seis o más horas a las tareas del mantenimiento del hogar. Contrastando con el género masculino quienes en un 46% refieren dedicarle cuatro horas o más a las tareas de cuidado familiar mientras que ningún participante dice dedicarles seis o más horas a las tareas del mantenimiento del hogar.

Evaluando las actividades de índole social y cultural, el 16.8% de las mujeres y el 20% de los varones refieren ocupar cuatro horas o más en dicha actividad. Mientras que en las del cuidado personal, los guarismos son 21.6% y 20% respectivamente.

Otra pregunta, vinculada con los hábitos tóxicos que pudieran tener los/as TdS, arroja que el 24.5% (n=24) de los encuestados posee el hábito de fumar, un quinto de ellos (20.4%, n=20) bebe alcohol semanalmente mientras que 1% lo hace diariamente. Un 4% (n=4) dice consumir drogas ilícitas mientras que casi dos tercios de los encuestados (62.2%, n=61) no posee ninguno de los hábitos preguntados.

## **Estabilidad y seguridad del trabajo**

Vinculado a la forma contractual del empleado en esta área, podemos decir que la mayoría de los encuestados, al encontrarse de planta (61.2%, n=60) y con antigüedad mayor a 10 años en el 60% de los encuestados, tienen empleos estables. Sin embargo, el pluriempleo es muy frecuente (71.4%, (n=70)).

Desagregando por género vemos que las trabajadoras tienen una antigüedad mayor o igual a diez años en el 54% de las encuestadas, mientras que los trabajadores varones refieren tener esa antigüedad en un 71%.

Mientras que, diferenciando grupalmente los/as trabajadores/as con título de grado (Licenciaturas, Medicina, Odontólogos etc.) de quienes poseen títulos de técnicos o similares podemos ver que la estabilidad aumenta en el primer grupo. En el primer grupo, el 72% de los encuestados dice trabajar hace más de diez años para el mismo empleador, mientras que en el segundo grupo la cifra es de 32.14%

Al valorar esta dimensión cabe mencionar lo antes referido respecto de horas de trabajo decente. Casi un quinto (19.4%) de los/as TdS dice trabajar más de 48hs semanales.

## **Igualdad de oportunidades y de trato en el empleo**

Si bien hemos apuntado la diferencia entre géneros encuestados en cada uno de los puntos anteriores, en este apartado podemos hacer hincapié en el denominado "techo de cristal" al analizar qué porcentaje de personas, de las que tienen funciones de dirección o encargados del centro sanitario, son mujeres y si esa relación es equivalente con el total de encuestados. En este sentido el 10.2% (n=10) de los/as encuestados/as dice ocupar un cargo de dirección o encargado en el CAPs. De las encuestadas de género femenino, el 7.22% (n=6) ostentan esta responsabilidad, mientras que quienes pertenecen al género masculino, el 26.6% (n=4) dicen hacerlo.

Ya hicimos mención a las tareas de cuidado familiar y mantenimiento del hogar en el punto de "Conciliación del trabajo...", del cual rescatamos que, mientras un 46% de los hombres y el 38% de las mujeres refieren dedicarle cuatro horas o más a las tareas de cuidado familiar; ningún participante masculino dice dedicarles seis o más horas a las tareas del mantenimiento del hogar, cuando las mujeres que le dedican ese tiempo asciende al 10.8%.

Refiriéndonos estrictamente a vivencias subjetivas de violencia de género, el 35% (n=29) de las encuestadas refirieron alguna vez haber sufrido algunas de sus tipologías en el ámbito laboral.

## **Entorno de trabajo seguro**

En torno a la valoración subjetiva de la salud y las implicancias que esto podría tener en el aspecto vincular con otros/as trabajadores y con los pacientes podemos decir que:

El 51% (n=50) de los/as TdS acepta que el trabajo ha influido negativamente en el sueño y la alimentación, un 38.7% (n=38) refiere que afectó su vida familiar, un

14.3% (n=14) afectó sus reacciones habituales, haciéndose más violentas, mientras que 8.1% (n=8) refiere algún grado de afectación emocional. Un cuarto de los encuestados refiere no haber sido afectados de ninguna manera 25.5% (n=25).

Podemos apreciar el contraste que hay en esta respuesta comparada a la que indagaba sobre la salud actual del encuestado. El 70.6% (n=70) valora su salud positivamente (óptima, buena, adecuada), mientras que el 29.6% (n=29) tiene una valoración negativa (regular, mala).

¿Cómo siente usted que es su salud actualmente?

98 respuestas

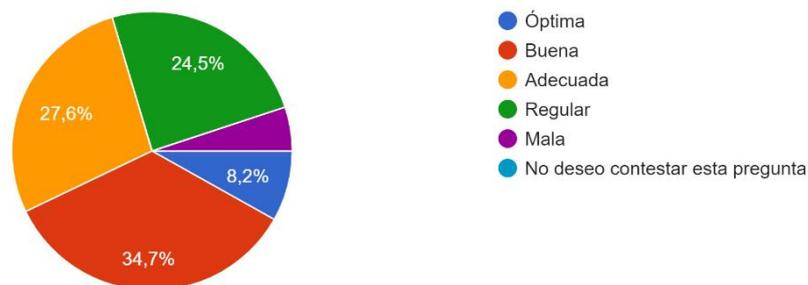


Gráfico 9: Estado subjetivo de salud. Elaboración propia

Cuando indagamos la influencia que ejerce el trabajo en la salud de los encuestados, encontramos que más de un tercio (37.8%, n=37) afirman que la influencia es negativa, mientras que casi un tercio (31.6%, n=31) no ve relación entre ellas. Solo un 11.2% (n=11) refiere una influencia positiva del trabajo en su salud.

¿Cómo influye su trabajo en su salud?

98 respuestas

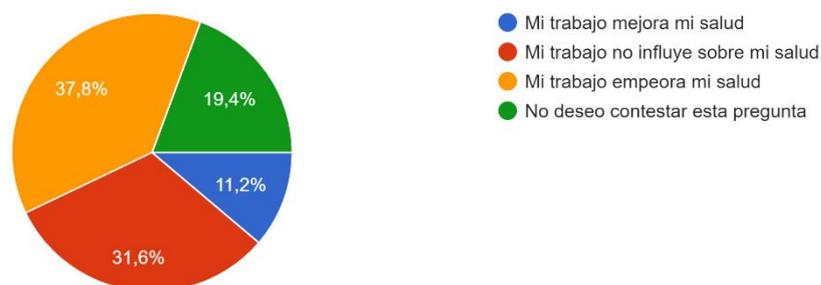


Gráfico 10: Percepción de la influencia que tiene el trabajo en la salud de los encuestados. Elaboración propia

En la valoración del aspecto vincular, podemos decir que solo el 17,3%, (n=17) dice tener problemas para vincularse con otros trabajadores, mientras la valoración para con los pacientes es similar. Vale aclarar que para preguntar sobre los aspectos vinculares con los pacientes se utilizó una escala tipo Likert con cinco opciones entre cuyos polos se encontraba el estar "nada de acuerdo" con la frase y estar "muy de

acuerdo" con la misma. Casi tres cuartas partes de los encuestados (72.44%, n=71) están de acuerdo en que "identifican adecuadamente las necesidades de los pacientes" y "les resulta sencillo comunicarse con ellos". Un porcentaje similar dice considerar las necesidades de los mismos en la toma de decisiones o actitudes y a la vez que pueden percibir cuando estos no están de acuerdo con las decisiones o actitudes del profesional (69.38% y 62.2% respectivamente).

En la misma pregunta rescatamos que hay mayor heterogeneidad al valorar la preocupación del encuestado sobre las opiniones que puedan tener los pacientes sobre sus decisiones o actitudes. El 42.8% (n=42) estaba de acuerdo con dichas preocupaciones, mientras que 33.6% (n=33) elegían puntajes intermedios y el 23.4% (n=23) los de la opinión diametralmente opuesta.

Frente a frases que evalúan los aspectos subjetivos de los profesionales frente a los pacientes, vemos que la mitad de los encuestados indican que no sienten incertidumbre frente al primer contacto con el paciente, no se sienten vulnerables frente al cuestionamiento de estos, no se sienten disminuidos en su capacidad frente los pacientes, ni sienten que es difícil que los pacientes aprueben sus decisiones.

Los accidentes referidos no fueron frecuentes, (el 74.5% (n=73) refirieron no haber sufrido en el último año enfermedades o accidentes que lo obliguen a abandonar el trabajo), cuando sucedieron, en ningún caso fue incapacitante, con una pérdida de días laborales promedio de 21 días -en solo seis de los encuestados superan el mes-. Esta cifra puede ser sesgada porque es imposible haber encuestado TdS en los CAPs seleccionados que hubiesen sufrido accidentes o enfermedades que hayan generado incapacidades permanentes para trabajar.

Por otro lado, se preguntó si los/as TdS habían tenido COVID en los últimos 12 meses, puesto que no es habitual que se asuma la enfermedad y sus consecuencias como enfermedades del ámbito laboral. Frente a esta pregunta el 43.9% (n=43) de los encuestados dice haber tenido esta enfermedad, mientras que lo niega un 49% (n=48).

Al preguntar sobre si los encuestados han tenido contacto con algún elemento riesgoso, encontramos que el 7.1% (n=7) dice haber tenido contacto con sustancias peligrosas, 44.9% (n=44) con riesgo de infección, riesgo de accidentes graves (9.2%, n=9), amenazas o agresiones verbales 64.3% (n=63), casi un quinto de los pacientes (19.4 n=19) refieren no haber padecido tales situaciones.

Al ser consultadas las trabajadoras sobre si sufrieron algún tipo de violencia de género, encontramos una respuesta afirmativa en más de un tercio de las encuestadas (35%, n=29).

Al preguntar sobre si se han tomado medidas o se dispone de equipos de seguridad el 38.5% (n=38) respondió de forma negativa, mientras que el 58.2% (n=57) lo hizo afirmativamente. Claro está que el hecho que no conozcan sobre el equipo no quiere decir que el mismo no existiese, cuestión estructural no objetivada en este trabajo, pero el solo hecho de no conocer que existen tales elementos o equipos es en sí un riesgo.

En esa línea, al preguntar sobre si existe algún encargado/a o supervisor/a para prevenir tales accidentes, vemos que casi dos tercios responden negativamente

(64.3% n=63) mientras que un cuarto de los encuestados lo hace afirmativamente (24.5%, n=24).

Al valorar si los encuestados saben cómo acceder a material informativo para prevenir lesiones, casi la mitad (46.9%, n=46) niega tener conocimiento, mientras que el 52% (n=51) responde de manera afirmativa.

Relacionado con el tema, al preguntar cómo reacciona el equipo de salud frente a una situación de crisis, un 36,7% (n=36) refiere resolución en conjunto del equipo, mientras que casi un cuarto (22.4% n=22) dice delegar en un miembro del equipo la resolución del mismo. Llamativo es que un 22.4% (n=22) de los encuestados refiere que el grupo no reacciona frente a esta situación. El resto de los encuestados prefirió no contestar la pregunta.

Finalmente, al preguntar respecto a la salud de los/as TdS respecto al 2019, previo a la pandemia, buscando como expresamos en la operacionalización (ANEXO I) una valoración subjetiva de la misma, más de la mitad de los encuestados (56.1%, n=55) dice que se encuentra peor que antes de la pandemia; mientras que el 34.7% (n=34) no refiere cambios.

¿Cómo cree que se encuentra de salud hoy, respecto del 2019, antes de la pandemia?

98 respuestas

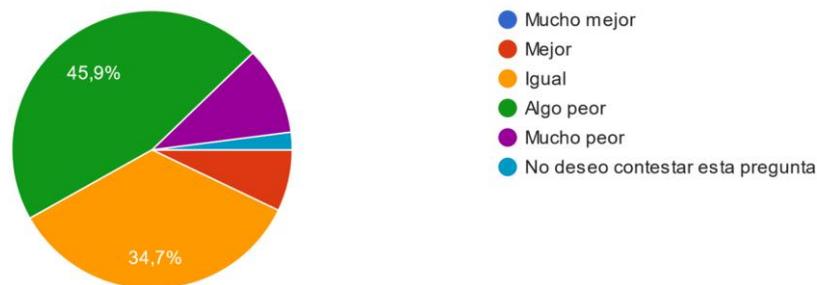


Gráfico 11: Percepción sobre el cambio en la salud de los encuestados antes y después del comienzo de la pandemia. Elaboración propia

## Seguridad Social

Al poseer la enorme mayoría de los trabajadores encuestados trabajo estable, con aportes a la seguridad social y que todos son beneficiarios de la atención de salud (gran parte por obras sociales o entidades de medicina pre paga, otros solo con el sistema público de salud), queda preguntar de forma directa si la familia de los/as TdS recibe algún beneficio de transferencia monetaria por parte del Estado.

En este aspecto, solo el 7.9% (n=8) refiere recibir algún beneficio del tipo aludido.

## **Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores**

Frente a la pregunta que indaga sobre la afiliación de los/as TdS vemos que más de la mitad (55.1% n=54) se encuentra afiliado, mientras que el 69.4% (n=68) de los encuestados afirma que la institución donde trabaja tiene delegados gremiales.

Sin embargo, si discriminamos a los/as trabajadores por CAPs vemos que el 18% de los CAPs que se relevaron no cuentan con delegado gremial, según las referencias de los trabajadores encuestados. En muchos casos, vale aclarar, nos encontramos con que en el mismo CAPs había disparidad de respuestas respecto a la existencia misma de delegados gremiales. Evaluando más profundamente, no se trataba de una diferencia entre sindicalizados, sino más bien desconocimiento sobre la existencia de los mismos.

La mayoría de los encuestados (82.7% n=81) refiere que no se dificulta la afiliación al sindicato por parte del Estado ni de los directivos del CAPS, mientras que un 7.1% (n=7) dice haber presentado dicha dificultad. Si evaluamos esa pregunta con los encuestados agrupados por CAPs podemos apreciar que el 15.4% (n=6) de los CAPs tenían entre sus trabajadores a quienes vieron dificultado el derecho a la agremiación.

Llamativo es el hecho de que un cuarto de los encuestados (25.5%, n=25) no sepa si su rama laboral cuenta con un Convenio Colectivo de Trabajo (CCT). Realmente, todas las ramas de la salud vinculadas al estado en relación de dependencia con el Estado tienen CCT, ya sea con la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (Ampros) o la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).

Al indagar sobre si en los últimos dos años (es decir, durante la pandemia) se llevó a cabo alguna negociación colectiva en relación con los salarios u otras condiciones de trabajo, el 75.5% (n=74) responde afirmativamente, mientras que el 17,3% (n=17) lo hace de forma negativa. En términos objetivos, cabe afirmar que sí hubo paritarias en el gremio de la salud en los años 2021 y 2022, no así en el 2020 para el gremio que nuclea a los profesionales de carrera (Régimen 27 del Estado provincial), lo que evidencia el desconocimiento de la situación laboral de casi un quinto de los encuestados.

Según el 52% (n=51) de los encuestados, en los últimos 12 meses no se han producido huelgas ni cierres patronales del CAPs donde trabaja. Mientras que el 40.8% (n=40) respondieron que sí se produjo este hecho. Al discriminar por CAPs podemos ver que los/as TdS de 24 de ellos (55.8%) tuvieron huelgas o cierres, mientras que el 44.18% no lo tuvieron.

### **Síntesis**

Si bien caracterizar las CyMAT puede ser complejo en el ámbito de estudio que hemos elegido, hacerlo desde la perspectiva de TD y utilizando sus dimensiones facilita la comprensión de la complejidad abordada.

En este trabajo se ha observado que quienes se desempeñan en los CAPs del Gran Mendoza tienen estabilidad laboral, condición que merma en los CAPs de gestión municipal, con rotación entre CAPs. Las mujeres encuestadas refirieron mayor estabilidad, así como también quienes ostentan títulos de grado. Por esta razón la mayoría cuenta con Seguridad Social.

El pluriempleo alcanza a dos tercios de los encuestados, siendo más frecuente en hombres que en mujeres y entre quienes no ostentan títulos de grado. Estos datos no difieren de lo que se muestra en otras jurisdicciones a nivel Nacional (Chaz Sardí et. Al 2023). Superan las 48hs semanales casi un quinto de los encuestados sin observarse grandes diferencias entre las distintas profesiones o géneros. Es llamativo que la mayoría de los encuestados no se haya tomado cuatro semanas de licencia en el último año, ni siquiera aquellos que trabajan más de 48hs semanales. Se observa también cierta facilidad para encontrar trabajo en estas áreas, aunque el salario en su mayoría es percibido como insuficiente.

La mayoría de los encuestados tiene su domicilio en lugares cercanos a donde trabaja, aunque una minoría vive en la misma comunidad, por lo que podría pensarse cierta falta de sentimiento de pertenencia a la misma. Por lo antedicho, los tiempos de traslado en general no superan los 30 minutos.

Respecto a las tareas extra laborales que impactan sobre la biografía de los encuestados podemos apreciar que un tercio de estos debió interrumpir su jornada laboral para cuidar a menores en los últimos tres meses. La mayoría de los encuestados dedica más horas al trabajo que a las tareas domésticas, relegando las actividades sociales y culturales. En cuanto a las diferencias entre los distintos géneros no se encontraron diferencias entre el tiempo que dicen dedicar al cuidado de la familia, pero sí hubo diferencias en las tareas de mantenimiento del hogar, siendo las mujeres quienes se dedican más a estas tareas.

Respecto al "techo de cristal" los números son contundentes: la proporción de varones a cargo del CAPs supera con holgura a las mujeres. Relacionado con esto, alarma que más de un tercio de las encuestadas refieren haber sufrido algún tipo de violencia de género en el ámbito laboral.

Cuando se indaga sobre la seguridad en el trabajo, en general y referido puntualmente a la salud, encontramos llamativa dispersión entre las respuestas: muchos encuestados valoran su salud positivamente, aunque pocos asumen que su trabajo puede ser causa de ello. Paradójicamente sí refieren que el mismo afecta en áreas como el sueño o la alimentación.

Aquí se observa que probablemente quienes han respondido no dimensionan la importancia de la alimentación el sueño y las emociones tienen sobre su salud; ni discriminan con claridad cuán importante son los espacios de vida extra laborales (vida familiar, ocio, etc.). Esto tal vez se deba al antiguo modelo de salud y enfermedad propia del positivismo que impregna su formación.

Respecto a los aspectos vinculares que se indagan, en términos generales se puede apreciar que los encuestados sienten confianza en su capacidad para vincularse, darse cuenta de las necesidades de los pacientes y responder a las mismas. No siendo tan evidente su preocupación sobre lo que los pacientes puedan pensar sobre ellos.

Los accidentes en los CAPs fueron, en el último año, poco frecuente. Se perciben pocos riesgos por fuera de lo infeccioso o las agresiones verbales, no se tiene claridad sobre los responsables frente a un accidente o crisis, ni cómo actuar frente a ellos como equipo. Podemos conjeturar que hay elementos que hacen a la salud y seguridad de los TdS que son desconocidos o inexistentes y que atentan contra ellos mismos

Otro asunto en donde se encuentra vulnerabilidad es en lo referido a “diálogo social y representación” de los TdS. Si bien la mitad de los encuestados refieren estar afiliados a un sindicato y que más tres cuartos de los CAPs tienen delegados gremiales, encontramos que en el mismo CAPs había muchos trabajadores que diferían sobre la existencia de ellos. Lo llamativo es que un cuarto de los encuestados refiere no tener un CCT y la misma proporción desconoce la existencia de paritarias durante los años posteriores a la pandemia. Ambas situaciones existieron y existen objetivamente.

## e. Conclusiones finales

Este trabajo se centra en un sector de la salud muy particular: la APS. A contramano de la evidencia y sugerencia de mayoría de los textos sobre organización de los sistemas de salud este subsector -mejor, dicho, esta estrategia, esta política- fue perdiendo relevancia en las últimas décadas mientras que se abría paso, entre la fragmentación y la segmentación, el sector privado con su lógica de servicio y hotelería. Lo declarado por las organizaciones internacionales no resonaban en los oídos de los principales decisores en salud.

Si bien en términos formales es el Estado provincial el rector de la salud en la provincia, el abordaje pasivo a lo largo de los años transformó la rectoría del mismo en un mero articulador de políticas focales llevando la "cobertura" con exclusividad a sectores más vulnerables, carente de recursos y, por lo tanto, disminuyendo la calidad de atención. La pandemia modificó, negativamente, este aspecto.

Estas características "macro" comentadas modificaron los procesos de trabajo y la organización del mismo en los CAPs, haciéndose intramuros y con un corte predominantemente asistencial. Lo comunitario, lo extramuros cayó en desmedro, junto con la participación de la comunidad.

En una provincia con variada y buena oferta educativa en salud y sin una estrategia que proyecte y articule el sistema sanitario, como podría ser la APS, los/as TdS trabajaban, antes de la pandemia, en condiciones deficitarias. La APS y los CAPs no solo no fueron herramientas utilizadas en la atención de primer nivel cuando se desató la pandemia COVID 19, sino que amenazó aún más la salud de la fuerza laboral. Otros trabajos describen situaciones similares (Coll Benejam et al., 2021)

Nos interesa particularmente analizar las CyMAT del trabajo en APS por entenderla como un determinante social fundamental en la biografía de los TdS y porque la organización del trabajo en los aspectos macro y micro influyen sobre la atención a la comunidad. Desde las barreras de acceso a los aspectos vinculares de la relación profesional-consultante, todo se encuentra atravesado por el contexto socio-histórico en el que se desarrolla el problema de salud.

Para caracterizar las CyMAT en un momento complejo y dinámico como lo fue la pandemia COVID-19 se utilizó un método rápido, previamente validado, que pudiese ser utilizado en distintos profesionales con diferente grado de formación en regiones distintas. La información se complementó con fuentes secundarias, logrando describir la situación mediante la comparación de las respuestas vertidas durante la misma, siguiendo los criterios de TD.

En este trabajo pudimos valorar que:

-Existe precariedad en tanto la suficiencia del salario y por lo tanto la carga de trabajo cuyas consecuencias aún no son percibidas en los aspectos vinculares entre los TdS y los pacientes.

-Existen diferencias entre los géneros no atribuibles al mérito o la capacidad de los mismos, sino a condiciones sociales que lo sustentan. Esto, en un ámbito laboral profundamente feminizado, es aún más llamativo.

-Hay desconocimiento sobre la vinculación entre la salud, entendida de modo integral, holístico, y el trabajo como facilitador o amenaza de la misma.

-Es insuficiente el diálogo social y la representación de quienes trabajan dado el alto grado de desconocimiento de los elementos básicos del trabajo gremial y su situación laboral.

De modo tal que se valora la hipótesis como confirmada en términos parciales, ya que la mayor parte de los componentes de TD no se cumplen, según los resultados. Sin embargo, no es posible aquilatar el deterioro de estas condiciones comparándolas a situaciones prepandémicas por la inexistencia de datos equivalentes. Por otro lado, no podemos atribuir causalidad a las razones del deterioro en forma particular, sino de forma general.

Todas estas observaciones se encuentran íntimamente vinculadas y las tareas pendientes respecto de las mismas atañen no solo a la responsabilidad individual de quienes trabajan en salud sino al sistema sanitario todo que, fragmentado como está, tiene una doble tarea en la prestación de un servicio tan elemental:

-Trabajar en forma conjunta e integrada entre los distintos actores sociales y partes del sistema.

-Promover la sensibilización sobre el tema desde una perspectiva de utilidad social y de protección individual de quienes se desempeñan en los CAPs.

Podemos hacer nuestras también las palabras que el Banco Mundial escribe en un documento reciente titulado "Predicar con el ejemplo: reconfigurar la APS después de la COVID 19" (2021). En el mismo se señalan tres prioridades para reconfigurar la APS.

- 1) Adoptar un enfoque multidisciplinario basado en un equipo de trabajo
- 2) Reformar la fuerza de trabajo del sector de la salud,
- 3) Financiar los sistemas de APS

Por supuesto que las reformas corren el riesgo de ser "nuevos vinos en odres viejos" con las cuales, y bajo el paraguas de la tan repetida eficiencia y eficacia económica propia de los 80s 90s, acentuar la segmentación y fragmentación ya explicadas.

Con las experiencias de décadas pasadas y las particulares características de la pandemia ya superada las lecciones aprendidas parecen tener que ver con la recuperación de las herramientas que -se supone- tiene la APS: un enfoque de derechos, que requiere necesariamente de la disminución de las barreras de acceso; la participación comunitaria, y muy fundamentalmente una política de estado que garantice la continuidad de las políticas de cuidado no solo en el aspecto financiero.

A la luz de lo dicho, "modernizar" el Estado en este sentido no tiene las connotaciones de corte empresarial, sino hacer funcionar al mismo en una dinámica de trabajo y su salud que de modificó enormemente tras la pandemia.

Para lograr los objetivos será precondition indispensable la rectoría activa del Estado provincial para proyectar y articular el sistema sanitario desde la estrategia de APS. Será necesario entonces mejorar la gobernanza, la gestión, la inversión pública, la

participación y el diálogo social para poder mejorar, en el mediano plazo, la calidad de atención; y estar preparados para futuros problemas sanitarios complejos.

**f. Anexos**  
**a. Anexo I**

Dimensiones	Definición conceptual <sup>2</sup> / indicadores dados por OIT	Definición conceptual propia	Indicadores/Categorías	Ítems/preguntas sugeridas <sup>3</sup>
<b>1.Oportunidades de empleo</b>	Se refieren a la necesidad de que todas las personas que deseen trabajar encuentren empleo, ya que, evidentemente, no puede haber trabajo decente si no se tiene trabajo.	<p>La "relación de empleo / población" o "tasa de desempleo", entre otros índices, pueden ser construidos basados en preguntas a trabajadores que están desempleados o bien a cifras de organismos oficiales. Por eso no entrarán en este cuestionario. Sí lo harán, sin embargo, la "Relación de empleos informales", y "Relación de trabajadores vulnerables" situaciones que sí se vivencia en el contexto de APS y pueden ser obtenidos los datos en un cuestionario.</p> <p>Se tomará el número de empleos en el mes anterior, y la relación laboral en cada uno de ellos. Se consideran trabajadores</p>	<p>Relación laboral: (Personal de Planta permanente, personal de planta transitoria, prestación de servicio, informal, por cuenta propia)</p> <p>Relación de empleos vulnerables (prestaciones, informales cuenta propia)</p>	<p>¿Cuántos empleos tuvo, en el último mes?</p> <p>¿Qué relación laboral mantiene actualmente?</p> <p>¿Qué tan sencillo era encontrar empleo de su profesión antes y después de la pandemia?</p>

<sup>2</sup> Las definiciones son tomadas de "La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos" de Anker, R. et al, para la OIT (2003), mientras que los indicadores son extraídos de "Diseño del cuestionario para la medición de los Indicadores de Trabajo Decente" de David Glejberman para OIT (2012).

<sup>3</sup> Los datos personales como edad y sexo no se explicitarán en todas las casillas, puesto que atraviesan la mayoría de los índices. Solo transcribiremos las preguntas que se avienen específicamente a la dimensión analizada.

		<p>vulnerables a los trabajadores familiares</p> <p>auxiliares y los trabajadores por cuenta propia. Ambas relaciones se discriminan por sexo.</p> <p>También se preguntará por la facilidad subjetiva con la que se consigue empleo en su rama laboral antes y después de la pandemia</p>		
<p><b>2.Ingresos adecuados y trabajo productivo</b></p>	<p>El trabajo productivo es esencial para que los trabajadores tengan medios de subsistencia aceptables para sí mismos y para sus familias, así como para que las empresas y los países alcancen el desarrollo duradero y sean competitivos.</p> <p>/</p> <p>Umbrales posibles: línea de pobreza del país (pobreza absoluta), el 60% del ingreso mediano (pobreza relativa) o, si no</p>	<p>Por el contexto en que trabajaremos debemos preguntar sobre el trabajo en guardia y si su trabajo es en turnos nocturnos, habida cuenta de los efectos que esto tiene sobre el trabajador. No discriminaremos si estos horarios forman o no parte de su relación con la APS, es decir, si el trabajador hace los turnos nocturnos en una clínica privada, por ejemplo. Esto es así porque el foco de la encuesta es el trabajador mismo, sus condiciones como persona que trabaja y no estrechamente su vínculo laboral con el Estado, en este caso.</p>	<p>Relación de trabajadores encuestados que exceden las horas de trabajo decente respecto a los que no lo hacen</p> <p>/</p> <p>Por cuestiones metodológicas, evitaremos preguntar directamente sobre ingresos personales o familiares, ateniéndonos a una estimación fundada en la relación de dependencia,</p>	<p>Relación de dependencia</p> <p>Antigüedad en el cargo (si fuera de planta)</p> <p>¿Cuántas horas trabajó por semana, en el último mes? (tome en cuenta todos los empleos)</p> <p>En cuanto a su situación económica -basada en la adecuación de sus ingresos totales- para afrontar su vida cotidiana ¿Cómo es comparada con el año previo a la pandemia?</p>

	se dispone de estos datos, la línea de pobreza internacional.	En cuanto a los ingresos adecuados se preguntará sobre la adecuación del ingreso de manera subjetiva, antes y después de la pandemia	antigüedad y clase de quien conteste la encuesta.  /  Se estimarán la adecuación del salario de manera subjetiva en cada uno/a de los encuestados. Los resultados serán evaluados por profesión y género.	A) Antes y después del 2020 mis ingresos son inadecuados B) Antes eran inadecuados, después los considero adecuados C) antes y después mis ingresos fueron adecuados
<b>3.Horas de trabajo decente</b>	Se menciona en el Preámbulo de su Constitución y fue tratado en la primera norma de la OIT, adoptada en 1919: el Convenio sobre las horas de trabajo. Podemos relacionar la jornada laboral por lo menos con cuatro facetas del trabajo decente. Las jornadas excesivas y atípicas son frecuentemente perjudiciales para la salud física y mental e impiden conciliar el trabajo y la vida familiar. Una jornada excesiva es a menudo señal de que la remuneración por hora es	Aquí nuestro primer indicador será la "Relación de horas de trabajo excesivas", definiendo la misma según la ley N°10471 que fija el umbral en 48 hs. semanales.  Se obtendrá la "cantidad de horas semanales promedio trabajadas el mes anterior".  Se requiere extrapolar las horas efectivamente trabajadas para el año. Para ello se recomienda multiplicar las horas semanales por las semanas de trabajo en el año.  En cuantos a la "Tasa de asalariados con vacaciones anuales	Relación de horas de trabajo excesivas: Trabajadores que trabajan mas de 48 hs/ total de trabajadores empleados.  Horas anuales trabajadas por persona ocupada.  Relación de asalariados encuestados con vacaciones anuales pagadas.  Relación de trabajadores encuestados con hs nocturnos.  Relación de trabajadores encuestados con horarios rotativos.	¿Cuántas horas trabajó por semana, en el último mes? (tome en cuenta todos los empleos)  ¿Cuántas semanas de descanso se tomó en el último año?  ¿posee empleos nocturnos?  ¿posee empleos con turno de trabajo rotatorios?

	<p>insuficiente, mientras que una jornada muy breve indica muchas veces que no hay bastantes empleos.</p> <p>/</p> <p>Para calcular las "Horas anuales trabajadas por persona ocupada" elegiremos la pregunta "¿Cuántas semanas de descanso se toma al año?" y la fuente será la misma encuesta.</p>	<p>pagadas", para valorar la cantidad de trabajadores que poseen un derecho que existe de hace casi un siglo, pero, sin embargo, forma parte todavía de ciertas variables de ajuste económico. La información se deduce de la pregunta sobre la relación laboral, ya que tendrán vacaciones pagas los trabajadores de planta y no lo tendrán ni contratados ni informales.</p> <p>Cantidad de trabajadores en horarios rotativos y/o nocturnos</p>		
<p><b>4. Conciliación del trabajo, la vida personal y la vida familiar</b></p>	<p>El Convenio de la OIT sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981, dispone que las políticas nacionales deben procurar «permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo ejerzan su</p>	<p>Siguiendo las recomendaciones, nos interesa calcular el promedio de "Duración del trayecto del domicilio al trabajo" a través de una pregunta directa. A su vez, buscaremos la "Proporción de trabajadores con licencia para tareas de cuidado de menores" y si en los últimos tres meses los trabajadores tuvieron que afectar su jornada laboral para cuidar menores. La división de género en el cuidado de los menores de la familia dará, esperamos, un sesgo</p>	<p>Duración del trayecto del domicilio al trabajo</p> <p>Trabajadores que gozan de licencia por cuidado de menores</p> <p>Trabajadores que cuidaron de menores en los últimos tres meses, discriminados por sexo.</p>	<p>¿Cuánto tiempo invierte en trasladarse diariamente entre su domicilio y su trabajo?</p> <p>¿Precisó afectar su jornada laboral para cuidar menores en los último 3 meses?</p> <p>¿Cuánto tiempo invierte, diariamente, en las siguientes tareas? (en horas)</p> <p>Empleo remunerado:</p>

	<p>derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación. [...] La responsabilidad familiar no debe constituir de por sí una causa justificada para poner fin a la relación de trabajo». Posteriormente, en el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), se especificó la necesidad de prestaciones por maternidad y de proteger el puesto de trabajo de la mujer en caso de maternidad. Hablando en términos generales, hay tres categorías de políticas de empleo favorables a la familia: 1) la protección del empleo si un trabajador debe ausentarse del trabajo durante un período prolongado por circunstancias perentorias relacionadas con su familia, por ejemplo, la</p>	<p>bastante inclinado hacia las mujeres como trabajadoras que cuidan de menores. El primer dato de deducirá de la relación laboral, el segundo, de la encuesta. Debe valorarse este dato en el marco de la feminización de las tareas de la salud que ya explicamos.</p> <p>Buscaremos también la "Distribución del tiempo en actividades diarias" intentando dar opciones que se adecuen a la respuesta, en lugar de hacerla abierta, lo que daría una dispersión que no colaboraría con la obtención de datos útiles para luego, eventualmente, darse una política con ello.</p> <p>Por otro lado, evaluaremos la "Tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo" para dar cuenta de la información obtenida por otros investigadores respecto del crecimiento de la proporción de mujeres en el ámbito del cuidado de la salud.</p> <p>Se preguntará sobre hábitos tóxicos, asumiendo que las</p>	<p>Distribución del tiempo en actividades diarias</p> <p>Género de los trabajadores</p> <p>Lugar de residencia,</p> <p>Relación de participación femenina en la fuerza de trabajo</p> <p>Hábitos tóxicos</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Mantenimiento del hogar:</p> <p>Tareas de cuidado familiar:</p> <p>Actividades sociales y culturales:</p> <p>Cuidado personal:</p> <p>¿Presenta alguno de estos hábitos (Fumar, beber alcohol, utilizar drogas ilícitas)</p> <p>Lugar de Residencia:</p> <p>-En el mismo barrio en donde se encuentra el Centro de Salud?</p> <p>-En barrios aledaños? (son los que tienen en común uno de sus límites con el barrio del centro de salud)</p> <p>-Lejos del barrio, pero en el mismo departamento?</p>
--	--	---	---	---

	<p>maternidad o el cuidado de la prole; 2) prestaciones monetarias en caso de circunstancias familiares perentorias; y 3) la satisfacción cotidiana de la necesidad del trabajador de conciliar el trabajo con la vida familiar arbitrando, por ejemplo, horarios flexibles y servicios de guardería.</p> <p>/</p> <p>Duración del trayecto del domicilio al trabajo</p> <p>Proporción de trabajadores con licencia para tareas de cuidado de menores</p> <p>Distribución del tiempo en actividades diarias</p> <p>Tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo</p>	<p>conductas adictivas, los excesos de alimentos o la mala calidad de los mismos son factores que afectan a la persona que trabaja. A su vez, se puede evaluar la calidad de vida como nivel de satisfacción de algunos aspectos como vivienda, relaciones de pareja etc. hasta con el mismo trabajo, desagregando ciertos aspectos del mismo.</p>		<p>-Otros departamentos, aledaños al que posee el centro de salud?</p> <p>-Otros departamentos, alejados.?</p>
--	---	--	--	--

<p><b>5.Trabajo que debería abolirse</b></p>	<p>La Declaración de 1998 de la OIT relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo, que ha logrado un amplio respaldo en todo el mundo, recoge dos formas de trabajo inaceptable: el trabajo forzoso u obligatorio y el trabajo infantil (especialmente las actividades peligrosas y otras formas extremas de trabajo infantil).</p>	<p>No valoraremos este aspecto pues en el trabajo dependiente del estado esta condición, tal y como lo define la OIT (trabajo infantil, trabajo infantil peligroso y trabajo forzoso) no se encuentra.</p>		
<p><b>6.Estabilidad y seguridad del trabajo</b></p>	<p>Para un asalariado, se puede definir la estabilidad del empleo como la probabilidad de que no se dé por concluida su relación laboral a iniciativa del empleador dentro de cierto período (un año, por ejemplo). La definición conlleva una probabilidad en lugar de un hecho, por lo que deberemos medir indirectamente la estabilidad del empleo.</p>	<p>En ella evaluaremos la "Tasa de empleo precario" relacionando el número de trabajadores precarios sobre el total y "Antigüedad en el empleo" tanto en términos de promedio, como agrupado por lapsos de tiempo, para poder hacer comparaciones de género y etarias. Definiremos al primero como: Número de trabajadores precarios/Total de personas ocupadas. A su vez, utilizaremos como indicador los "Ingresos reales por hora de los trabajadores ocasionales", este dato podrá dar cuenta de que la precarización</p>	<p>Relación de empleo precario: Número de trabajadores encuestados precarios/Total de personas encuestadas ocupadas.</p> <p>Trabajadores precarios: trabajadores ocasionales + trabajadores a corto plazo trabajadores estacionales + trabajadores cuyos contratos de trabajo permiten al empleador terminar el contrato con corto plazo de aviso y/o a voluntad</p>	<p>¿Qué relación laboral mantiene actualmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Personal de planta permanente</li> <li>-Personal de planta transitoria</li> <li>-prestación de servicio, monotributista</li> <li>-informal, soy convocado según necesidad y me pagan sin dejar constancia.</li> </ul>

	<p>Pregunta específica: El trabajo que realizó la semana anterior es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por única vez</li> <li>Por un período corto (menos de un mes)</li> <li>Por la temporada</li> <li>A término por más de tres meses</li> <li>Permanente o por tiempo indefinido</li> </ul> <p>Tasa de trabajadores de subsistencia</p> <p>Antigüedad en el empleo</p> <p>Ingresos reales por hora de los trabajadores ocasionales</p>	<p>laboral es una forma de abaratar "costos laborales" incluso dentro del Estado. Relacionado con esto último deberemos preguntar sobre la existencia de pluriempleo, síntoma de inestabilidad y/o déficit salarial. A su vez, puntualizar en qué consiste ese otro trabajo, puesto que es frecuente que esté relacionado con la salud o con la docencia, lo que muestra una arista del trabajador de la salud que comparte problemáticas laborales de otro sector.</p>	<p>Antigüedad en el empleo</p> <p>Cantidad de empleos que posee (en que rama se encuentran)</p>	<p>¿Cuál es su antigüedad en el trabajo?</p> <p>¿Cuántas horas trabajó por semana, en el último mes? (tome en cuenta todos los empleos)</p> <p>¿Cuántos empleos tuvo, en el último mes? (1, 2, 3 o más)</p> <p>¿En qué ámbito se encuentran los otros empleos? (Salud, educación, comercio, otros)</p>
<p><b>7. Igualdad de oportunidad</b></p>	<p>El Convenio de la OIT sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), define la</p>	<p>Utilizaremos la "Segregación ocupacional por sexo" evaluada con dos indicadores: como "participación femenina en el</p>	<p>Segregación ocupacional por sexo</p>	<p>¿Cuál es su función en el Centro de Salud? (Administrativo/a, Enfermero/a, Médico/a,</p>

<p><b>es y de trato en el empleo</b></p>	<p>discriminación como «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», lista a la que podríamos añadir la edad, la discapacidad y la enfermedad. El Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100), trata de la discriminación en el terreno salarial y de la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor. Además de la ausencia de discriminación en la contratación laboral y en el trabajo, el trato justo significa poder</p>	<p>empleo de cada grupo" y la "Distribución del empleo por sexo en cada grupo". También podemos valorar el "techo de cristal"<sup>4</sup> tomando la "Proporción de mujeres en empleos de dirección". A su vez, debemos valorar la "Disparidad salarial entre hombres y mujeres". Aquí también incluiremos una pregunta que abarque la violencia en el empleo por causas de género.</p> <p>Cabe preguntar en este apartado sobre las personas a cargo de tareas domésticas, habida cuenta de que son las mujeres quienes generalmente tienen este tipo de ocupaciones que, si podemos considerarla como trabajo, deberíamos decir que es uno de los más precarios y precarizantes. No abunda la bibliografía que aborde este asunto y no es objeto de nuestro trabajo, pero debemos aclarar que, si la tarea de la persona que se hace cargo de un hogar reemplaza total o</p>	<p>Participación femenina en el empleo de cada grupo</p> <p>Distribución del empleo por sexo en cada grupo</p> <p>Proporción de mujeres en empleos de dirección</p> <p>Relación de trabajadores a cargo de tareas domésticas, por género.</p>	<p>Odontólogo/a, Psicólogo/a, Director/a,)</p> <p>¿Precisó afectar su jornada laboral para cuidar menores en los último 3 meses?</p> <p>¿Ha sufrido en su ámbito laboral algún tipo de violencia de género (física, psicológica o sexual)?</p>
--	--	--	---	--

<sup>4</sup>La expresión conocida es tomada de Burin, Mabel (1996) y se refiere a la limitación velada del ascenso laboral de las mujeres al interior de las organizaciones. Se trata de un techo que limita sus carreras profesionales, difícil de traspasar y que les impide seguir avanzando. Es invisible porque no existen leyes o dispositivos sociales establecidos y oficiales que impongan una limitación explícita en la carrera laboral a las mujeres.

	<p>trabajar sin ser objeto de acoso ni estar expuesto a violencias, con cierto grado de autonomía y con un sistema justo de resolución de las quejas y los conflictos.</p> <p>Segregación ocupacional por sexo.</p> <p>Proporción de mujeres en empleos de dirección: Número de mujeres ocupadas en cargos de dirección/Total de personas ocupadas en cargos de dirección</p> <p>Participación femenina en el empleo asalariado no agrícola: Número de mujeres en el empleo asalariado no agrícola / Número de personas en el empleo asalariado no agrícola.</p>	<p>parcialmente la de algún/a empleado/a doméstica, significa que está generando valor, ahorro en el hogar que se destina a consumo, inversión o gasto corriente y que por tanto es un factor económico a considerar.</p>		
<p><b>8.Entorno de trabajo seguro</b></p>	<p>Cuando hablemos de seguridad y salud en el trabajo solemos aludir a las condiciones que</p>	<p>Por la poca frecuencia que existe de lesiones mortales en el contexto de APS se lo ha desestimado como indicador de trabajo seguro,</p>	<p>Relación de frecuencia de lesiones no mortales</p>	<p>¿Ha notado que su trabajo afecta negativamente en alguno de estos aspectos? Sueño, alimentación, vida de</p>

	<p>preservan y fomentan la integridad física y psicológica de los trabajadores. En el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155), se insta a aplicar una política nacional que tenga por objeto «prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo». El Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (núm. 121), sienta el principio de la responsabilidad del empleador de asegurar a los trabajadores contra los</p>	<p>prefiriendo utilizar la "Relación de frecuencia de lesiones no mortales". También se valorará la "Relación de condiciones ambientales riesgosas para la seguridad y la salud del trabajador". Aquí podríamos valorar también la existencia o no de supervisión en el trabajo, del acceso a la información respecto de prevención de accidentes o lesiones, de conocimiento sobre responsables frente a una crisis, como puede ser pincharse con una aguja o un movimiento sísmico y a su vez la formación recibida respecto de ello.</p> <p>Nos interesa rescatar, sin embargo, la "salud auto-percibida" del trabajador, incluso comparándola respecto del año anterior. El fundamento radica en que la misma definición de salud que utiliza la OMS es cuestionable: ¿es un estado o es un proceso, alguna vez es realmente completo, que entendemos por enfermedad? Con estas preguntas podemos llegar a responder que nadie está sano sino se "siente" sano y en este sentido</p>	<p>Relación de condiciones ambientales riesgosas para la seguridad y la salud del trabajador</p> <p>Salud auto-percibida</p> <p>Condiciones Medioambientales</p> <p>Respuestas del responsable frente a un accidente laboral</p> <p>Influencia del trabajo sobre la salud</p>	<p>pareja o familiar, reacciones violentas</p> <p>¿En qué medida considera usted que el trabajo contribuye a su felicidad?</p> <p>¿Tiene usted problemas para vincularse con otros trabajadores?</p> <p>En los últimos 12 meses, en el desempeño de su actividad laboral, ¿Usted tuvo algún accidente o enfermedad profesional que le obligó a faltar al trabajo por un día o más?</p> <p>¿Ud. pudo volver a trabajar?</p> <p>¿cuántos días perdió de trabajar como consecuencia del accidente o enfermedad profesional?</p> <p>¿Ha padecido o tenido contacto con alguna de estas opciones?: Sustancias peligrosas, riesgos de infección, riesgo de</p>
--	--	--	---	--

	<p>accidentes laborales. La inspección del trabajo — según dispone el Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81) — es un medio importante de aplicación de los principios fijados en la legislación y la reglamentación nacionales.</p> <p>/</p> <p>Frecuencia de lesiones profesionales no-mortales</p> <p>Tiempo perdido a causa de las lesiones profesionales</p> <p>Tasa de condiciones ambientales riesgosas para la seguridad y la salud del trabajador: Personas ocupadas sujetas a condiciones riesgosas</p>	<p>¿cómo influye su trabajo en su salud? ¿lo vivirá como una carga que la desmejora o, al contrario, será un factor de protección de los déficits de salud?</p> <p>En este aspecto cabría preguntar sobre las conductas frente a la enfermedad: el papel de la ART o del Estado frente a esto.</p> <p>Aquí podríamos valorar también las Condiciones Medioambientales no solo con la visión de riesgo sino valorando el papel de los vínculos inter-pares, entre subordinados y responsables y entre pacientes y asistentes de la salud. En este sentido, puntualizaremos sobre la existencia de violencia y las reacciones del equipo frente a una crisis dada. Es una valoración, realmente, de esas tecnologías "blandas" que citábamos previamente y que son tanto más importantes en el contexto de APS que las tecnologías "duras".</p>		<p>accidentes graves, agresiones verbales o amenazas</p> <p>¿en el lugar de trabajo se han tomado medidas o se dispone de equipos de seguridad?</p> <p>¿Como siente usted que es su salud actualmente?</p> <p>¿Como cree que se encuentra de salud hoy, respecto del periodo anterior de la pandemia (2020)?</p> <p>¿Ha sufrido en su ámbito laboral algún tipo de violencia de género (física, psicológica o sexual)?</p> <p>¿Como influye su trabajo en su salud?</p> <p>En el caso de que hubiese padecido algún accidente o enfermedad que usted supone se debió al trabajo ¿Informó debidamente a quien correspondiere?</p>
--	--	---	--	--

				<p>¿Existe un/a supervisor/a en su trabajo encargado/a de la prevención de problemas de salud y accidentes en su lugar de trabajo?</p> <p>¿Sabe cómo acceder a información sobre la prevención de accidentes o lesiones en su trabajo?</p> <p>¿Sabe quién/es es/son los responsables frente a una crisis en su ámbito laboral?</p> <p>Respecto de la atención a pacientes, coloque un número según lo que corresponda desde 0 (no estoy de acuerdo) al 5 (estoy muy de acuerdo)</p> <p>-Identifico adecuadamente las necesidades de los pacientes.</p> <p>-Me resulta sencillo comunicarme con los pacientes.</p>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"><li>-Tiendo a considerar las necesidades de mis pacientes en mis decisiones o actitudes.</li> <li>-Puedo percibir cuando mis pacientes no están de acuerdo con mis decisiones o actitudes.</li> <li>-Me preocupa la opinión de mis pacientes sobre mis decisiones o actitudes.</li> <li>-Me genera mucha incertidumbre el primer contacto con los pacientes.</li> <li>-Me siento vulnerable al cuestionamiento de los pacientes.</li> <li>-Hay pacientes que me hacen sentir que no soy lo suficientemente bueno/a en tu trabajo.</li> <li>-Siento que es muy difícil conseguir que los pacientes acaben por aprobar mis decisiones y/o actitudes.</li></ul>
--	--	--	--	--

<p><b>9.Seguridad Social</b></p>	<p>La Constitución de la OIT reconoce la necesidad de la protección social. Actualizando este reconocimiento, la Resolución sobre la seguridad social adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 2001 define la seguridad social como un derecho humano fundamental y un medio de fomentar la cohesión social, la dignidad humana y la justicia social. El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), fija nueve clases de prestaciones: asistencia médica, de enfermedad, de desempleo, de vejez, en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, familiar, de maternidad, de invalidez y de sobrevivientes. Una cuestión de capital importancia es en qué</p>	<p>Se puede establecer el indicador: "Beneficiarios de programas de transferencias que proveen prestaciones en efectivo" en los que se incluyen planes de asistencia social, Asignación Universal por Hijo y extensión a las embarazadas etc.</p> <p>Los otros ítems son desestimados por el sistema de jubilaciones y salud pública de carácter público y solidario que tiene nuestro país y que ninguno de los trabajadores está jubilado y, a la vez, trabajando. Los restantes índices no corresponden preguntarlos en cuestionario.</p>	<p>Beneficiarios de programas de transferencias que proveen prestaciones en efectivo</p>	<p>En los últimos tres meses, ¿alguno de los miembros del hogar recibió pagos en efectivo de los programas de transferencias del Gobierno o de la Municipalidad (por ejemplo, Asignación Universal por Hijo, plan Progresar, etc.)?</p>
----------------------------------	--	--	--	---

	<p>medida se aplican a los pobres éstas y otras formas de amparo.</p> <p>/</p> <p>Proporción de población de 65 años o más que percibe una pensión: Personas de 65 y más años que cobran una pensión o jubilación /</p>			
<p><b>10. Dialogo social y representación de trabajadores y empleadores</b></p>	<p>El «diálogo social» es cualquier tipo de negociación, consulta o intercambio de información entre los representantes de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores sobre las cuestiones de interés común relacionadas directamente con el trabajo y con las políticas económicas y sociales que repercuten en el mismo.</p>	<p>Su importancia radica en que, tanto frente como al "patrón" privado como al Estado, los trabajadores tenemos solo una forma de mejorar la situación laboral: los sindicatos. Los sindicatos que son miembros paritarios tienen, y es una forma de la democracia, el derecho de participar y opinar sobre las propuestas en este ámbito de negociación. Detengámonos en la figura de un trabajador de la APS que con sus reivindicaciones salariales pone en tela de juicio al</p>	<p>Relación de sindicalización</p> <p>Relación de cobertura de la negociación colectiva</p> <p>Relación de días no trabajados por huelgas o cierres patronales</p> <p>Capacitación</p>	<p>¿Está usted afiliado a algún gremio o sindicato?</p> <p>¿Su institución posee delegados gremiales?</p> <p>¿Se impide o se dificulta, por parte del estado o de los directivos del Centro de Salud, la afiliación a algún sindicato?</p> <p>Su rama laboral ¿Posee un Convenio Colectivo de Trabajo que lo incluya a usted, cómo trabajador?</p>

	<p>Varios convenios de la OIT se refieren a las condiciones necesarias para ejercer el diálogo social, en particular el Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87), y el Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98). El primero sienta el derecho de los empleadores y trabajadores y de sus organizaciones respectivas, sin ninguna distinción y sin autorización previa, a «constituir las organizaciones que estimen convenientes, así como el de afiliarse a estas organizaciones». Este derecho consta de dos elementos: primero, si las</p>	<p>mismísimo presupuesto de salud del Estado nacional y provincial.</p> <p>Es por esto que utilizaremos, para valorar Trabajo Decente la "Tasa de sindicalización" y luego algunas valoraciones que están íntimamente relacionadas: la presencia de Convenios Colectivos de Trabajo en su rama laboral y la presencia de paritarias libres en su rama. Cabe la pregunta aquí sobre la existencia de delegado sindical y la función que este cumple. Estudiar la sindicalización desde el aspecto de sus conflictos es, también, utilizar la "Tasa de días no trabajados por huelgas o cierres patronales". En este caso tanto se puede utilizar las fuentes estatales como los mismos relatos de los profesionales. En relación con lo anterior, cabe preguntar sobre el conocimiento que posee el trabajador de las leyes que rigen su actividad laboral y los derechos que posee.</p> <p>Aquí podríamos, también, preguntar sobre la formación en algún curso de capacitación</p>		<p>En los dos últimos años, ¿se ha llevado a cabo una negociación colectiva en relación con los salarios u otras condiciones de trabajo?</p> <p>En los últimos 12 meses, en la institución donde trabaja usted ¿se produjo alguna huelga o cierre patronal por los cuales se perdieron días de trabajo?</p> <p>En los últimos 12 meses, de haber habido huelgas o cierres, ¿cuántos días de trabajo se perdieron?</p> <p>¿Ha realizado algún curso de capacitación permanente, promovido por el Estado o su gremio?</p>
--	--	---	--	---

	<p>condiciones, sobre todo las del ordenamiento jurídico, autorizan su ejercicio, y, segundo, la amplitud con que se ejerce el derecho en la práctica. Según los convenios de la OIT, éste y otros derechos afines deben ejercerse voluntariamente, por lo cual no tienen por qué coincidir su reconocimiento jurídico y su ejercicio.</p> <p>/</p> <p>Tasa de sindicalización</p> <p>Tasa de cobertura de la negociación colectiva</p> <p>Tasa de días no trabajados por huelgas o cierres patronales</p>	<p>respecto a su tarea en el trabajo y si esta fue realizada por voluntad individual o facilitada por el sindicato o el Estado.</p> <p>Finalmente, centrados en el trabajador de APS y habiendo incluido al mismo en la comunidad que se desea atender, cabe preguntarse tanto las formas organizativas del Centro de Salud como el papel de la democracia interna -es decir, como se toman las decisiones en este nivel- para el trabajador. La cuestión interpela al mismo en cuanto al significado que este le da a la APS y sus dimensiones, haciéndolo penetrar en la realidad en la que se desarrolla su trabajo.</p>		
<p><b>11.Contexto económico y social del TD</b></p>	<p>Respecto de este ítem, la OIT recomienda indicadores que para obtenerlos se debe acudir a fuentes primarias como</p>	<p>No se harán preguntas al respecto, puesto que la obtención de los datos se puede realizar desde un cuestionario como el diseñado.</p>		

	<p>Encuesta Permanente de Hogares o el IPC. Nos parece oportuno rescatar: la inflación (medida por el IPC y por alguna institución sindical o universitaria). También la "Desigualdad de ingresos de los hogares" que relaciona el ingreso del 10% de los hogares más pudientes con el 10% menos pudientes o la "Desigualdad salarial" que relaciona lo mismo respecto al asalariado de forma individual (Ingreso promedio de los asalariados del 10% de ingresos más altos/ los mismo, pero con el 10% más bajo)</p>			

**b. ANEXO II**

Dimensión	Preguntas
1-10	<p>1.DATOS PERSONALES</p> <p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <p>Número de integrantes de la familia que vive en su hogar:</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p> <p>-4</p> <p>-5</p> <p>-&gt;6</p>
7	<p>2. ¿Cuál es su profesión en el Centro de Salud?</p> <p>-Lic. En Enfermería</p> <p>-Tec. Sup en Enfermería / Enf. profesional / Enf. universitario</p> <p>-Médico/a</p> <p>-Odontólogo/a</p> <p>-Lic. En Psicología</p> <p>- Lic. En Obstetricia</p> <p>- Lic. En Nutrición</p> <p>- Tec. universitario en Diag. por imágenes</p> <p>- Agente Sanitario/a</p>
7	<p>3. ¿Es Ud. Director/a o responsable del Centro de Salud donde se desempeña?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p>

4	<p>4. Lugar de Residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En el mismo barrio en donde se encuentra el Centro de Salud</li> <li>-En barrios aledaños (son los que tienen en común uno de sus límites con el barrio del centro de salud)</li> <li>-Lejos del barrio, pero en el mismo departamento</li> <li>-Otros departamentos, aledaños al que posee el centro de salud</li> <li>-Otros departamentos, alejados.</li> </ul>
1, 6	<p>4. ¿Qué relación laboral mantiene actualmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Personal de planta permanente</li> <li>-Personal de planta transitoria</li> <li>-prestación de servicio, monotributista</li> <li>-informal, soy convocado según necesidad y me pagan sin dejar constancia.</li> </ul>
2, 6, 7	<p>5. ¿Cuál es su antigüedad en el cargo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; de un año</li> <li>Entre 1 y 3 años</li> <li>Entre 3 y 6 años</li> <li>Entre 6 y 9 años</li> <li>Más de 10 años</li> </ul>
x	<p>6. ¿Qué tan sencillo era encontrar empleo de su profesión antes y después de la pandemia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes y después de la pandemia es igualmente sencillo</li> <li>- Antes del 2020 era sencillo, luego de la pandemia fue difícil</li> <li>- Antes y después de la pandemia es difícil encontrar empleo de mi profesión</li> </ul>
2, 3, 6	<p>6. ¿Cuántas horas trabajó por semana, en el último mes? (tome en cuenta todos los empleos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-.....hs.</li> </ul>
3	<p>7. ¿Cuántas semanas de descanso se tomó en el último año?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ninguna</li> <li>- menos de una (1) semana</li> </ul>

	<p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p> <p>-4</p> <p>-5 o más</p>
3	<p>8. ¿posee empleos nocturnos? No importa el lugar ni el empleador, solo responda si los tiene o no.</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>
3	<p>9. ¿posee empleos con turno de trabajo rotatorios? No importa el lugar ni el empleador, solo responda si los tiene o no.</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>
8	<p>10. ¿Ha notado que su trabajo afecta negativamente en alguno de estos aspectos? (puede marcar más de una opción, si lo desea)</p> <p>-Sueño</p> <p>-Alimentación</p> <p>-Vida de pareja o familiar</p> <p>-Reacciones violentas</p> <p>-No ha afectado negativamente en ninguno de estos aspectos</p> <p>-Otro (especificar)</p>
8	<p>11. ¿Tiene usted problemas para vincularse con otros trabajadores?</p> <p>-Siempre</p> <p>-Algunas veces</p> <p>-Casi nunca</p> <p>-Nunca</p> <p>- no se / no deseo contestar a esta pregunta</p>

8	<p>12. Respecto de la atención a pacientes, coloque un número según lo que corresponda desde 0 (no estoy de acuerdo) al 5 (estoy muy de acuerdo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifico adecuadamente las necesidades de los pacientes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Me resulta sencillo comunicarme con los pacientes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Tiendo a considerar las necesidades de mis pacientes en mis decisiones o actitudes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Puedo percibir cuando mis pacientes no están de acuerdo con mis decisiones o actitudes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Me preocupa la opinión de mis pacientes sobre mis decisiones o actitudes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Me genera mucha incertidumbre el primer contacto con los pacientes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Me siento vulnerable al cuestionamiento de los pacientes. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Hay pacientes que me hacen sentir que no soy lo suficientemente bueno/a en tu trabajo. (0-1-2-3-4-5)</li> <li>-Siento que es muy difícil conseguir que los pacientes acaben por aprobar mis decisiones y/o actitudes. (0-1-2-3-4-5)</li> </ul>
4	<p>13. ¿Cuánto tiempo invierte en trasladarse diariamente entre su domicilio y su trabajo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Menos de una hora</li> <li>-Entre una hora y dos horas</li> <li>-Más de Dos Horas</li> </ul>
4, 7	<p>14. ¿Precisó afectar su jornada laboral para cuidar menores en los último 3 meses?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Si</li> <li>-No</li> <li>-No se / No deseo contestar esta pregunta</li> </ul>
2	<p>En cuanto a su situación económica -basada en la adecuación de sus ingresos totales- para afrontar su vida cotidiana ¿Cómo es comparada con el año previo a la pandemia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes y después del 2020 mis ingresos fueron inadecuados</li> <li>- Antes eran inadecuados, después los considero adecuados</li> <li>- Antes y después mis ingresos fueron adecuados</li> <li>- NS / NC</li> </ul>
4	<p>15. ¿Cuánto tiempo invierte, diariamente, en las siguientes tareas? (en horas, aproximadamente)</p>

	<p>Empleo remunerado: .....horas</p> <p>Mantenimiento del hogar: .....horas</p> <p>Tareas de cuidado familiar: .....horas</p> <p>Actividades sociales y culturales: .....horas</p> <p>Cuidado personal: .....horas</p>
4	<p>16. ¿Presenta alguno de estos hábitos? (puede marcar más de una opción)</p> <p>-Fumar</p> <p>-Beber alcohol diariamente</p> <p>-Beber alcohol semanalmente</p> <p>-utilizar drogas ilícitas menos una vez en el mes</p> <p>-utilizar drogas ilícitas más de una vez al mes</p> <p>- no se / no deseo contestar a esta pregunta</p>
8	<p>17. En los últimos 12 meses, en el desempeño de su actividad laboral, ¿Usted tuvo algún accidente o enfermedad profesional que le obligó a faltar al trabajo por un día o más?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p>
8	<p>18. Solo si la pregunta 21 es afirmativa: ¿Ud. pudo volver a trabajar?</p> <p>-SI</p> <p>-NO (incapacidad permanente)</p>
8	<p>19. En caso en que la pregunta 18 sea afirmativa, ¿cuántos días perdió de trabajar como consecuencia del accidente o enfermedad profesional?</p> <p>-..... días</p>
1, 6	<p>20. ¿Cuántos empleos tuvo, en el último mes?</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3 o más</p>
8	<p>21. ¿Ha padecido o tenido contacto con alguna de estas opciones?:</p> <p>-Sustancias peligrosas (SI - NO)</p> <p>-Riesgos de infección (SI - NO)</p>

	<p>-Riesgo de accidentes graves (SI - NO)</p> <p>-Agresiones verbales o amenazas (SI - NO)</p>
8	<p>22. Para protegerle de estas situaciones, ¿en el lugar de trabajo se han tomado medidas o se dispone de equipos de seguridad?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>- No sé / No deseo contestar esta pregunta</p>
8	<p>23. ¿Como siente usted que es su salud actualmente?</p> <p>-Óptima</p> <p>-Buena</p> <p>-Adecuada</p> <p>-Regular</p> <p>-Mala</p>
8	<p>24. ¿Como cree que se encuentra de salud hoy, respecto del 2019, antes de la pandemia?</p> <p>-Mucho mejor</p> <p>-Mejor</p> <p>-Igual</p> <p>-Algo peor</p> <p>-Mucho peor</p>
8	<p>25. ¿Como influye su trabajo en su salud?</p> <p>-Mi trabajo mejora mi salud</p> <p>-Mi trabajo no influye sobre mi salud</p> <p>-Mi trabajo empeora mi salud</p>
8	<p>26. En el caso de que hubiese padecido algún accidente o enfermedad que usted supone se debió al trabajo ¿Informó debidamente a quien correspondiere?</p> <p>-No lo hice</p> <p>-Informé y no obtuve respuestas</p> <p>-informé y resolví los problemas</p>

	-nunca tuve tal situación
8	<p>27. ¿Existe un/a supervisor/a en su trabajo encargado/a de la prevención de problemas de salud y accidentes en su lugar de trabajo?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>
8	<p>28. ¿Sabe cómo acceder a información sobre la prevención de accidentes o lesiones en su trabajo?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>
8	<p>29. ¿Sabe quién/es es/son los responsables frente a una crisis en su ámbito laboral?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>
8	<p>30. ¿Como reacciona el equipo de salud al que usted pertenece frente a una crisis?</p> <p>-El grupo no reacciona</p> <p>-Se delega la resolución a un miembro</p> <p>-Hacemos una reunión y definimos la estrategia como equipo</p> <p>-No se / no deseo contestar a esa pregunta</p>
7	<p>31. ¿Ha sufrido en su ámbito laboral algún tipo de violencia de género (física, psicológica o sexual)?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No deseo contestar esta pregunta</p>

9	<p>32. En los últimos tres meses, ¿alguno de los miembros del hogar recibió pagos en efectivo de los programas de transferencias del Gobierno o de la Municipalidad (por ejemplo, Asignación Universal por Hijo, plan Progresar, etc.)?</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>-No se / No deseo contestar esa pregunta</p>
10	<p>33. ¿Está usted afiliado a algún gremio o sindicato?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>-No deseo contestar a esta pregunta</p>
10	<p>34. ¿Su institución posee delegados gremiales?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>-No se/ no deseo contestar esta pregunta</p>
10	<p>35. ¿Se impide o se dificulta, por parte del estado o de los directivos del Centro de Salud, la afiliación a algún sindicato?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>-No se/ no deseo contestar esta pregunta</p>
10	<p>36. Su rama laboral ¿Posee un Convenio Colectivo de Trabajo que lo incluya a usted, cómo trabajador?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>-No se/ no deseo contestar esta pregunta</p>
10	<p>37. En su empleo principal, en los dos últimos años, ¿se ha llevado a cabo una negociación colectiva en relación con los salarios u otras condiciones de trabajo?</p> <p>-SI</p> <p>-NO</p> <p>-No se/ no deseo contestar esta pregunta</p>

10	38. En los últimos 12 meses, en la institución donde trabaja usted ¿se produjo alguna huelga o cierre patronal por los cuales se perdieron días de trabajo?  -NO  -SI, una huelga o cierre  -SI, dos o más huelgas o cierres
10	39. En los últimos 12 meses, de haber habido huelgas o cierres, ¿cuántos días de trabajo se perdieron?  .....días

## 1) Bibliografía

Acevedo y col. - Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente Rev. Argent. Salud Pública, Vol. 3 - Nº 12, Septiembre 2012

Ávila Assuncao, A., Rosales, C., & Almeida Belisário, S. (2008). *Condiciones de salud y trabajo en sector salud* (Serie Nesc). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.

Bordalejo, M. P., Napoli, M. L., & Artigas, M. V. (2019). *Condiciones de trabajo en el sector de la salud en Argentina: Los riesgos asociados a las reformas*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. . <https://www.aacademica.org/000-111/759>

Buchan, J., Dhillon, I. S., & Campbell, J., editors. (2017). *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Chaz Sardi, M., Martinez, C.Mirofsky, M. et al. Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio trasversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID 19. . Rev Argent Salud Publica. 2023;15e89.

Coll Benjam, T., Palacio Lapuente, J., Añel Rodríguez, R. et al. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Aten Primaria.*, 53 (Suppl 1) (2021), p. 102209, 10.1016/j.aprim.2021.102209

Christiane W., Tit Albreht and Carlo de Pietro. *Como crear ambiente laboral creativo y de apoyo*. World Health Organization 2010 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2010

Dean T Jamison et al. *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet* 2013; 382: 1898–955 Published Online December 3, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)

Dr Landrigan, C. (2008). Stress and fatigue. In A. Jha (Ed.), *WSUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH* (WHO Librar, pp. 59–61). <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v14n4/v14n4a08.pdf>

East, S; Laurence, T. Mourelo, Elva. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe técnico de OIT. 2020

García, J., Jiménez, A., & Martínez, J. (2020). Atención primaria durante la pandemia: retos y oportunidades. *Atención Primaria*, 27(1), e101

Hamilton, G., & Tobar, F. (2018). Breve historia del sistema argentino de salud. In E. Lifschitz (Ed.), *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina: Por qué, Para qué y cómo* (pp. 1--19).

Kapinos KA, Fitzgerald P, Greer N, Rutks I, Wilt TJ. The Effect of Working Conditions on Patient Care: A Systematic Review. VA-ESP Project #09-009; 2012

Ibáñez, E. (2017). Aportaciones de Amartya Sen al pensamiento sobre los derechos humanos. *Tesis Doctoral*, 1–325.  
<http://repositorio.upeu.edu.ar/handle/UPEU/415>  
[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9981/1/Canseco Villota, Carmen Jacqueline.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9981/1/Canseco_Villota_Carmen_Jacqueline.pdf)  
[http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/TESIS\\_DOCTORAL\\_CARLOS\\_MIAS.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/TESIS_DOCTORAL_CARLOS_MIAS.pdf)  
<http://ruja.ujaen.es/bitstream/10>

Luengo-Martínez, C., & Sanhueza, O. (2016). *Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería*. 62(245), 368–380.

Neffa, J. C. (2015). Introducción al concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo ( CyMAT ). *Voces En El Fenix*, 6, 6–16. <http://hdl.handle.net/11336/13769>

Novick, M., & Rosales, C. (2006). Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015. Washington, D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe de la Secretaría. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/9. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Informe final. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Gestión de los recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana. 162.a Sesión del Comité Ejecutivo. Punto 6.2 del orden del día provisional. CE162/25. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019

Ortiz, Z., Antonietti, L., Capriati, A., Ramos, S., Romero, M., Mariani, J., Ortiz, F., & Pecheny, M. (2020). Artículo Original Preocupaciones Y Demandas Frente a Covid-19. Encuesta Al Personal De Salud. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 80, 16–24.

Ruiz, M., Rodríguez, S., & López, M. (2023). Condiciones de trabajo del personal de la atención primaria de la salud en Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Revista de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 17(2), 1-12.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5–6), 302–309. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500005>

Silberman, P., Medina, A., Diaz Bazán, J., López, E., & Dursi, C. (2020). Políticas de planificación y gestión de talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante

la pandemia de COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 11–11.

Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrín, G., & Morales Castellón, Y. (2013). La salud de las trabajadoras de la salud. In *Revista Mexicana de Sociología* (Vol. 45, Issue 3). OPS/OMS Argentina.

<https://doi.org/10.2307/3540224>

UNFPA Argentina. (2020). Trabajadoras de la salud en Argentina durante la pandemia de COVID-19. Recuperado de [https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Trabajadoras%20de%20la%20salud\\_COVID19.pdf](https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Trabajadoras%20de%20la%20salud_COVID19.pdf)

Videla Vilá, P. (2018) Diseño de un instrumento para valorar Trabajo Decente en Atención Primaria de la Salud. Proyecto final de intervención en Salud Pública. Inédito.