



Colegio de Profesionales de Trabajo Social  
de la Provincia de Mendoza - Ley 7932 -

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
**“CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS TRABAJADORES SOCIALES  
QUE SE DESEMPEÑAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL GRAN  
MENDOZA. UN ANÁLISIS A PARTIR DEL CONCEPTO DE TRABAJO  
DECENTE<sup>1</sup>”**

AUTORES:

LIC. CORREA, ANALÍA G.

LIC. QUINTEROS, GRACIELA

LIC. ROSLAN ANGELONI, YANINA

LIC. VARELA, VIVIANA

DIRECTORA:

DRA. MOLINA, CECILIA

MENDOZA- DICIEMBRE DE 2018

---

<sup>1</sup>Esta investigación ha sido financiada y evaluada por el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Mendoza, convocatoria 2017/2018.

# **CONTENIDOS**

INTRODUCCION .....	4
El estudio .....	5
Objetivos .....	7
Anticipaciones de sentido .....	7
Estructura del informe .....	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	9
El surgimiento del concepto de trabajo decente .....	9
La noción de trabajo que subyace al concepto de trabajo decente .....	11
Aplicación del concepto de trabajo decente en el sector salud .....	11
Dimensiones del trabajo decente .....	14
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLOGICO.....	18
Población del estudio .....	18
La aplicación de los instrumentos .....	19
Prueba piloto.....	20
El trabajo de campo .....	20
Triangulación de resultados .....	22
<i>Reflexiones en torno al trabajo de campo.....</i>	<i>22</i>
CAPITULO III. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO ¿TRABAJO DECENTE? .....	24
Análisis de las dimensiones de Trabajo Decente .....	24
Oportunidad de empleo.....	24
Las redes entre colegas como principal fuente de empleo .....	24
La complejidad como motivación para trabajar en un hospital.....	25
Un campo que demanda capacitación permanente.....	26
Remuneración suficiente y trabajo productivo.....	27
Jornada laboral decente.....	28
El multiempleo: necesidad u opción? .....	29
La feminización del empleo en Trabajo Social hospitalario .....	30
Entre el trabajo y la familia .....	30
Estabilidad y seguridad del empleo .....	31

Incertidumbres en torno a la estabilidad laboral.....	32
Trato justo en el trabajo.....	33
Valoración de la disciplina en el ámbito hospitalario .....	33
Un malestar al que cuesta ponerle palabras.....	34
Los médicos como principal fuente de destrato .....	34
Las disputas entre modelos de intervención en salud como factor de conflicto interprofesional.....	35
Condiciones institucionales para una intervención autónoma .....	36
Expectativas disciplinarias versus demandas de control social .....	36
Seguridad en el trabajo (trabajo seguro) .....	38
Violencias que enferman.....	38
El apoyo de los pares como remedio .....	39
Diálogo social y relaciones laborales.....	40
La legitimación profesional como tarea cotidiana .....	41
CONCLUSIONES .....	42
BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS .....	47
ANEXO 1. Carta de presentación del estudio.....	48
ANEXO 2. Modelo de cuestionario.....	50
ANEXO 3. Guía orientadora de las entrevistas.....	61
ANEXO 4. Resultados de metodología cuantitativa .....	64
ANEXO 5. Resultados de metodología cualitativa.....	83

## INTRODUCCION

Este estudio busca identificar y analizar las condiciones de trabajo de los/as trabajadores/as sociales de los hospitales del Gran Mendoza, a la luz de la categoría teórica *trabajo decente*. Esta categoría -acuñada desde la Organización Internacional del Trabajo una vez que quedaron al desnudo los gravísimos efectos del Neoliberalismo en los trabajadores-, ha sido utilizada y desarrollada en diversos estudios, a nivel regional y mundial, en distintos sectores de la economía y los servicios.

En el sector salud las condiciones de trabajo comenzaron a analizarse con la lente del trabajo decente en la primera década de este siglo. Uno de los factores de esta incorporación, fue el diagnóstico negativo sobre la situación de los recursos humanos de salud como resultado de la aplicación de las recetas neoliberales, en el que coincidieron los organismos de asistencia técnica y financiera que gravitan en el sector. No obstante lo señalado, se han identificado pocas investigaciones a nivel nacional. El análisis de las condiciones de trabajo decente se ha aplicado en Argentina, hasta donde hemos podido determinar, apelando a fuentes de datos primarios, entre trabajadores de atención primaria de la salud y en médicos de hospitales. No se encontraron estudios orientados por la categoría para analizar de manera específica condiciones laborales de los trabajadores sociales.

Entendemos que recurrir al concepto de trabajo decente para ahondar en la situación laboral la disciplina en el ámbito de los hospitales públicos resulta clave en la actual coyuntura histórica de nuestro país, nuestra provincia y específicamente de nuestra profesión. El regreso a las políticas de ajuste, flexibilización laboral y achicamiento del Estado impone analizar las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales. Esto, porque ha sido demostrado que la precarización de condiciones de trabajo afectan no sólo a los profesionales de la salud, sino también a los usuarios de los servicios donde ellos se desempeñan.

En este trabajo concebimos a los hospitales, espacio de intervención de los trabajadores sociales y ámbito de estudio, como organizaciones complejas. La caracterización de Theodore Marmor (1997) muestra la simultaneidad de

propósitos, no siempre compatibles, que se entrecruzan en estas organizaciones y que afectan, querámoslo o no, nuestra tarea cotidiana. Dice Marmor:

Un hospital está destinado a detener la difusión de las enfermedades contagiosas. Es un lugar que proporciona un entorno higiénico para intervenciones peligrosas, diseñado para economizar el costo del acceso a la tecnología cara. Un hospital proporciona un alivio de los papeles sociales normales que producen trastornos físicos o mentales en los pacientes y constituye una garantía simbólica de que la salud de los ciudadanos es una prioridad social en las culturas que confían en los remedios tecnológicos (...). Los hospitales economizan el proceso de transmisión de información y de aprendizaje de los profesionales con responsabilidades clínicas que requieren de distintos encuentros para validar sus métodos y están diseñados para centralizar las actividades médicas de tal forma que se consigan economías de escala en las tareas de atención sanitaria.(Marmor, 1997 

Consideramos entonces de suma importancia y necesidad investigar las condiciones laborales en un contexto destinado en teoría a que las políticas de salud “lleguen a los ciudadanos” y al mismo tiempo donde hoy se visualiza una profundización del neoliberalismo. Asimismo, advertimos que, dentro de la multiplicidad de abordajes posibles de las condiciones de trabajo, la opción por la categoría de trabajo decente puede contribuir al efectivo ejercicio de los derechos fundamentales de los ciudadanos, entre ellos el derecho al trabajo en condiciones de dignidad y el derecho a recibir servicios de salud de calidad.

### ***El estudio***

El presente trabajo circunscribe el ámbito de estudio a los hospitales públicos del Gran Mendoza: hospital Central, hospital Luis Carlos Lagomaggiore, hospital Ramón Carrillo, hospital Diego Paroissien, hospital Humberto Notti y hospital José Néstor Lencinas. Se decidió incluir en la investigación al universo de los trabajadores sociales presente en los hospitales; por eso se incorporó a los profesionales que cumplen tareas en los

servicios de Trabajo Social y a quienes se desempeñan en programas, proyectos, ministeriales que tienen base en los hospitales. Sobre un universo de 55 profesionales, 41 (75%) participaron respondiendo al cuestionario previsto en la investigación<sup>2</sup>. El trabajo de campo se realizó entre los meses de marzo y octubre de 2018.

A los efectos de construir los instrumentos de recolección de datos el concepto de trabajo decente se operacionalizó de acuerdo a las dimensiones desarrolladas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estas dimensiones son: empleo de calidad y en cantidad suficiente, ingresos adecuados, seguridad en el trabajo, formación profesional continua y pertinente a la empleabilidad, respeto a los derechos de los trabajadores y trabajadoras, fortalecimiento sindical y negociación colectiva, participación de los trabajadores en las decisiones de política económica y social, diálogo social y tripartismo, protección social en el empleo y en la sociedad, en condiciones de libertad, equidad y dignidad para todos los miembros de la sociedad (Quintana Zavala, Valenzuela Suazo, & Paravic Klijn, 2014).

Se ha expuesto ya que no se han encontrado antecedentes de análisis de condiciones laborales de trabajadores sociales, con lo cual se trataría de un trabajo inédito. Se entiende que podría convertirse en un aporte significativo al colectivo profesional y que los instrumentos de obtención de datos construidos a propósito de este estudio pueden hacerse extensivos, realizando los ajustes pertinentes, a ámbitos de ejercicio profesional diferentes del hospitalario

Creemos que indagar las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales de salud desde este constructo ofrece dos ventajas potenciales. Por un lado, se trata de una categoría que conjuga una serie de dimensiones clave, valiosas para acercarse a las condiciones de trabajo de la disciplina en el ámbito hospitalario. Por el otro, en la medida que el equipo de investigación es de algún modo parte del objeto a investigar, acercarse al mismo a partir de categorías ya probadas en otros estudios sobre el trabajo puede facilitar ponerle límites a la subjetividad y la “ilusión de transparencia” que afecta,

---

<sup>2</sup>Se excluyeron las trabajadoras sociales insertas en el Hospital Lagomaggiore que participan del equipo de investigación.

necesariamente, el análisis de situaciones en las que los investigadores están involucrados.

Como contrapartida, valoramos como una ventaja que el equipo de investigación de este proyecto esté inserto en un ámbito hospitalario. El conocimiento del campo nos habilita a disponer de diversos capitales para analizar este escenario.

## ***Objetivos***

El objetivo general del estudio es describir y comparar las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales que se desempeñan en hospitales públicos del Gran Mendoza atendiendo a las dimensiones contempladas en la concepción de trabajo decente.

Son objetivos específicos:

1) Identificar las condiciones de trabajo decente de los trabajadores sociales a partir de las dimensiones contenidas en el concepto de trabajo decente.

2) Comparar de qué manera esas dimensiones se expresan en los ámbitos de estudio analizados y si hay diferencias respecto al tipo de inserción de los profesionales, tipo de hospital u otras que se pudieran identificar en el transcurso del estudio.

3) Explorar las potencialidades y límites del concepto de trabajo decente y sus dimensiones para su aplicación en otros posibles ámbitos de inserción disciplinar.

## ***Anticipaciones de sentido***

Las hipótesis que orientan el estudio son dos:

I-Los trabajadores sociales que se desempeñan en hospitales públicos conviven con situaciones donde se respeta la igualdad de oportunidades y trato para todas las mujeres y hombres, pero no tienen garantizados los derechos a la organización y participación en las decisiones de política laboral.

II- No se identifican grandes diferencias en las condiciones laborales de los profesionales, más allá de que tengan como objeto poblaciones diferentes o los lugares en los que trabajan tienen niveles resolutivos diferentes.

### ***Estructura del informe***

Este informe está organizado en tres capítulos, conclusiones y cinco anexos, donde se presentan detalles del trabajo de campo.

En el capítulo I exponemos el contexto de emergencia del concepto de trabajo decente, lo diferenciamos de nociones tradicionales para analizar las condiciones laborales de los trabajadores en general, relatamos un breve estado del arte sobre la aplicación de esta lente de análisis en el sector salud y profundizamos en las dimensiones del concepto acuñado desde la OIT.

En el capítulo II exponemos y justificamos el diseño metodológico seguido, presentamos los criterios para seleccionar a los participantes del estudio, detallamos las técnicas de obtención de datos utilizadas y damos cuenta de “la cocina” del trabajo de campo, requisito ineludible para imprimirle rigor a una investigación con componentes cualitativos como la que desarrollamos.

En el capítulo III describimos los resultados, profundizando en las diferentes dimensiones a partir de las cuales indagamos en las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales de los hospitales.

Finalmente, tras exponer las conclusiones, presentamos en una serie de anexos instrumentos y registros utilizados en el trabajo de campo. Estos son:

- 1) Carta de Presentación y Consentimiento Informado para la realización del cuestionario
- 2) Modelo de cuestionario
- 3) Informe preliminar de los resultados de la encuesta
- 4) Guión de las entrevistas semiestructuradas
- 5) Informe preliminar de los resultados de entrevistas

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

El propósito de este apartado es explicar el contexto histórico político desde el que emerge el concepto de trabajo decente, contrastar la concepción de trabajo que subyace al mismo con concepciones más tradicionales y profundizar en las dimensiones en que se desagrega. Se exponen también los resultados de algunos estudios sobre trabajo decente en el sector salud que, entendemos, contribuyen a acercarnos al problema y los diseños metodológicos a los que se ha recurrido para estudiarlo en diferentes contextos.

### ***El surgimiento del concepto de trabajo decente***

A comienzos de este siglo, todavía bajo los efectos de las políticas económicas y sociales neoliberales, el por entonces director de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) Juan Somavía, acuñó el concepto de Trabajo Decente, con el legado de su libro: “El Trabajo Decente. Una lucha por la dignidad humana.” En ese escrito, el político y diplomático, estructuró la nueva noción alrededor de las dimensiones trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en las cuales los derechos son respetados y quienes lo ejercen cuentan con remuneración adecuada (Somavía, 2014).

Para Somavía, el trabajo decente va más allá de la legislación vigente, excede estándares monetarios fijos y cobra sentido a la luz del paradigma de los derechos humanos. No obstante, es un concepto que varía de país en país y que tiene un componente de subjetividad porque cada persona sabe lo que es decente para esa persona, en su vida y en esa sociedad (Somavía, 2014).

Tuvo que correr bastante agua bajo el puente hasta que la ampliación del concepto de trabajo sugerida desde la OIT tuviera eco entre los gobiernos. En la actualidad hay cierto consenso en torno a la idea de que “el trabajo decente representa un piso mínimo en cuanto a la calidad del empleo que todos los trabajadores deberían de disfrutar y, a la vez, representa una aspiración, que los gobiernos y la sociedad en general pueden utilizar como un medio para orientar las políticas laborales que eleven las capacidades de los

trabajadores y avanzar hacia una sociedad más justa y productiva” (Galvez Santillán, 2015, pág. 106)

En Argentina, durante la última década, el trabajo decente se definió como una prioridad pública y desde entonces se considera que “el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social debe promover la inclusión del concepto en las políticas nacionales, provinciales y municipales” (Acevedo, Farías , Sanchez, Astegiano, & Fernandez , 2012, pág. 17)

La crítica a las políticas pro-mercado y sus efectos en el sector salud llevaron a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) diagnosticaran en 2007 una crisis profunda de los recursos humanos del sector y plantearon la urgencia de abordar los problemas para estabilizar una fuerza laboral competente, culturalmente apropiada y motivada (Sanchez, 2010). En el país, las reformas neoliberales del sistema de servicios, se han asociado con el “inicio de un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo, que se profundizó con el progresivo aumento de la demanda de servicios de salud; y que en el caso de la salud pública no fue acompañado por un incremento del empleo y de la inversión que lo compense” (Aspiazu, 2016, pág. 57).

El diagnóstico de los organismos de asistencia técnica internacional que gravitan en Salud, compartido por analistas locales, dieron pie para introducir progresivamente el concepto de trabajo decente en el análisis de las condiciones laborales de los trabajadores del sector. Esto, atendiendo a que “la crisis de los recursos humanos para la salud repercute negativamente en la calidad de la asistencia, en la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados, como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (Sanchez, 2010, pág. 10). A esto hay que agregar la “heterogeneidad en la que se enmarca el sector salud, la diversidad de niveles de calificación de sus trabajadores y de especialidades en el caso de los profesionales, así como la multiplicidad de regímenes de contratación, dificultan la gestión de los recursos humanos y fundamentalmente de las políticas públicas” (Aspiazu, 2016, pág. 58).

### ***La noción de trabajo que subyace al concepto de trabajo decente***

Desde una perspectiva conservadora, el trabajador es concebido como una fuerza de trabajo, con normas de higiene y seguridad estrictas, que de ser violadas pueden derivar en accidentes de trabajo. La culpa de estos recae en los trabajadores y se consideran inevitables, por lo cual se dan soluciones especializadas a los riesgos (Neffa, 1995).

En contraste a la noción conservadora del trabajo, Neffa plantea una concepción alternativa que entiende al trabajador como parte fundamental del proceso de trabajo, donde cumplen un especial rol las condiciones y el medio ambiente de trabajo. La salud de los trabajadores se considera una cuestión colectiva y las soluciones deben concebirse de esa manera. (Neffa, 1995)

El concepto de trabajo decente “se alinea, ideológicamente, con la concepción renovadora de las Condiciones y Medioambiente de Trabajo planteada por Neffa (1995), ya que ambos conceptos entienden al trabajador como sujeto que produce y para quien se produce (el trabajador es quien trabaja y quien debe gozar del fruto de su trabajo)” (Sanchez, 2010, pág. 70)

### ***Aplicación del concepto de trabajo decente en el sector salud***

Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo han sido reconocidas como un determinante del proceso de salud-enfermedad en los trabajadores sanitarios. Se sabe que cuando esas condiciones son inadecuadas, repercuten negativamente en la salud de los trabajadores y en la calidad de atención brindada (Acevedo, Farías, Sanchez, Astegiano, & Fernandez, 2012)

La probada relación entre calidad en el empleo y calidad en la atención de la salud ha incentivado la preocupación por indagar de qué manera las condiciones laborales de los trabajadores del sector afectan las condiciones de salud de la población en general. A tal punto hay certeza de que ambos problemas están vinculados que Burijovich y Pautassi (2005, en Sánchez, 2010, pág. 11) afirman que no es posible “prevenir ni atender adecuadamente las necesidades de la salud si no se cuenta con el recurso humano calificado, bien remunerado y motivado para la prestación del servicio”.

A lo antes expuesto se agrega que “la actividad que el personal de salud efectúa contiene riesgos específicos que, durante la interacción, pueden

generar problemas de salud en el conjunto de los trabajadores y en cada uno de ellos. Existen algunas evidencias de que las inadecuadas condiciones de trabajo de los profesionales de atención primaria repercuten negativamente en su propia salud y en la calidad de atención ofrecida”. (Acevedo, Farías , Sanchez, Astegiano, & Fernandez , 2012, pág. 16)

Por otra parte, Salud se diferencia del resto de las actividades por el tipo de servicio que brinda. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003 en Aspiazu, 2016, pág. 57)

El análisis de las condiciones de trabajo en el sector salud se complejiza cuando se incorpora la perspectiva de género. “La Salud es una actividad que se caracteriza por su heterogeneidad, por tener una gran carga de cuidado en sus tareas y estar compuesta mayormente por mujeres, a la vez que es atravesada por múltiples déficits en las condiciones laborales y profundas desigualdades de género (Aspiazu, 2016, p.55). Por tratarse de una actividad altamente feminizada, las desigualdades de género son diversas y profundas, tanto respecto de otros sectores como al interior del mismo (Aspiazu, 2016, pág. 58)

Las especificidades del trabajo en salud presentadas han dado lugar a indagaciones que, con distintas metodologías, procuran identificar las condiciones de trabajo decente en los servicios de salud en Latinoamérica y en Argentina.

Por ejemplo, Gálvez Santillán (2016) analizó los cambios que han sufrido las condiciones laborales de los médicos que trabajan en el sector de la salud en el estado de Nuevo León (Méjico) y los comparó con la situación registrada a nivel nacional, luego de las reformas estructurales y sectoriales sufridas en la economía y en el sector salud en las últimas décadas, a la luz del enfoque de Trabajo Decente (OIT, 1999). Entre sus conclusiones marcó como una paradoja que los médicos, quienes son un elemento fundamental para hacer efectiva la atención de la salud para la población en general, no disfruten

de este derecho universal, lo que se traduce en una menor calidad de vida. Asimismo, resaltó como una contradicción la caída en la calidad del empleo y la precarización laboral de los médicos tanto a nivel país como en el estado de Nuevo León a pesar de que el nivel de educación de los profesionales se incrementó en los últimos tiempos (Galvez Santillán, 2015, pág. 105).

En Argentina, Sánchez (2010) estudió, mediante el análisis de fuentes secundarias, la situación de la fuerza laboral del sector salud en el país, abordando las condiciones y medioambiente en que realizan su tarea estos trabajadores, desde la perspectiva del Trabajo Decente. Entre los resultados más relevantes este trabajo destaca que “existe precarización del empleo en el sector salud y que, si bien la jornada laboral está dentro de los parámetros legales establecidos, existe pluriempleo en mayor proporción que en otros sectores de la economía aun cuando los salarios medios encontrados no distan demasiado de los salarios del resto de los sectores”. El estudio advierte además que “a pesar de que existe cobertura para accidentes de trabajo, esto no evita la elevada tasa de accidentes a la vez que se conoce, que los accidentes registrados son solo una parte de los que suceden realmente” (Sanchez, 2010, pág. 70).

Acevedo y otros (2012) se propusieron caracterizar las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de los equipos de salud de atención primaria en la ciudad de Córdoba y analizar las categorías a) jornada laboral y b) estabilidad y seguridad en el empleo desde la perspectiva del trabajo decente. Para ello diseñaron un estudio exploratorio y aplicaron un cuestionario ya validado a una muestra aleatoria de 188 trabajadores de atención primaria de la provincia mediterránea. Entre los resultados detallaron que “las condiciones de contratación son generalmente adecuadas. El 77% de los trabajadores de atención primaria son de planta permanente, tienen estabilidad laboral y protección social, aunque el resto recibe un menor salario y no posee estabilidad, lo que genera inequidades entre el personal. El pluriempleo está presente en el 28% de los casos, y el 38% de las personas trabaja más de 48 horas semanales, sobrepasando el límite de la Jornada Laboral Decente”. De acuerdo con este trabajo se identificaron “situaciones que deben ser

mejoradas, ya que el 23% de los encuestados está flexibilizado, casi un 30% presenta pluriempleo y el 38% supera la jornada laboral semanal decente”.

### ***Dimensiones del trabajo decente***

Los indicadores propuestos por OIT, para la medición del Trabajo Decente corresponden a categorías de medición que emanan de las características generales del trabajo, las que son complementados por un grupo de indicadores que resume los aspectos esenciales del contexto económico y social del trabajo decente. Tienen por finalidad mejorar el conocimiento de los niveles, las pautas y la sostenibilidad del Trabajo Decente.

Los indicadores propuestos corresponden a las categorías siguientes:

1. Oportunidades de empleo
2. Remuneración suficiente y trabajo productivo
3. Jornada laboral decente
4. Estabilidad y seguridad del empleo
5. Trato justo en el trabajo
6. Seguridad en el trabajo (trabajo seguro)
7. Diálogo social y relaciones laborales

### **Oportunidades de empleo**

La noción de trabajo decente supone la existencia de oportunidades de empleo para todos quienes pueden trabajar y buscan trabajo. Así pues, un elemento esencial del trabajo decente es el porcentaje de la población de un país que está ocupada. Podemos estimar las posibilidades de empleo positivamente si calculamos los porcentajes de personas activas y ocupadas dentro de toda la población o de una parte de ella. También cabe medir las oportunidades de empleo en sentido negativo, es decir, atendiendo al desempleo y al subempleo y a la falta de puestos de trabajo.

## **Remuneración suficiente y trabajo productivo.**

Para muchas personas, la característica más importante del trabajo es la remuneración, y en el Preámbulo de la Constitución de la OIT se enuncia el principio de un «salario vital adecuado». Casi todos quienes trabajan o buscan trabajo lo hacen para percibir ingresos y asegurar el bienestar económico propio y el de sus hogares.

Podemos medir directamente la suficiencia de la remuneración mediante un indicador de la escala de salarios. También podemos hacerlo indirectamente valiéndonos de indicadores de la jornada de trabajo que pongan de manifiesto qué personas trabajan muchas horas porque la remuneración de las mismas es insuficiente o cuáles trabajan un número tan escaso de horas que sus ingresos son exiguos. Obsérvese que estos indicadores se basan principalmente en datos de distribuciones estadísticas para determinar los porcentajes de trabajadores que perciben una remuneración insuficiente o sólo tienen la posibilidad de trabajar un número de horas insuficiente o realizan jornadas laborales excesivas. Lo que queremos es averiguar el número de trabajadores que no perciben una remuneración decente o cuyas jornadas laborales son excesivas.

## **Jornada laboral 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 insuficiente, mientras que una jornada muy breve indica muchas veces que no hay bastantes empleos.

## **Estabilidad y seguridad del empleo**

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).

Para un trabajador por cuenta propia, podemos definir la estabilidad del empleo (seguridad profesional) como la probabilidad de que no se vea obligado a poner fin a su trabajo durante cierto período por motivos económicos como la

pérdida de clientes o la interrupción de sus suministros (es decir, no por motivos personales). La definición conlleva una probabilidad en lugar de un hecho, por lo que deberemos medir indirectamente la estabilidad del empleo.

### **Trato justo en el trabajo**

Ser tratado justamente en el trabajo es una aspiración propia de todos los seres humanos, que se ha plasmado en el derecho internacional por medio de los principios de igualdad de oportunidades en el empleo y la ocupación e igual remuneración a trabajo de igual valor.

El Convenio de la OIT sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), define la 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 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. Esto último guarda estrecha relación con la existencia o inexistencia de mecanismos de diálogo social en la empresa.

### **Seguridad en el trabajo o trabajo seguro**

Cuando hablamos de seguridad y salud en el trabajo solemos aludir a las condiciones que 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».

## **Diálogo social y relaciones laborales**

Una faceta importante del trabajo decente es la medida en que los trabajadores pueden expresar su opinión acerca de los asuntos profesionales e intervenir en la fijación de sus condiciones de trabajo, ya sea por conducto de representantes elegidos colectivamente, ya sea en una interacción directa entre el trabajador y el empleador. La capacidad de los trabajadores para organizarse libremente a fin de defender colectivamente sus intereses en negociaciones con su empresa es un elemento esencial de la democracia en el ámbito laboral y de un diálogo social eficaz. En un sentido más general, 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.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

En este capítulo, el lector se encontrará con los detalles sobre el aspecto metodológico de la investigación. Se trató de un estudio de carácter exploratorio y comparativo. Se explicita la población de estudio, las técnicas utilizadas y la aplicación de los instrumentos, dando cuenta de cómo se construyeron y el camino que se debió recorrer para aplicarlos. Se continúa con las características que tuvo el trabajo de campo en concreto y cómo se realizó la triangulación de los datos obtenidos a través de los instrumentos de obtención de datos. Finalmente, se exponen las reflexiones que tuvieron lugar en el equipo a propósito del trabajo de campo.

### ***Población del estudio***

Se intentó abordar el universo de los trabajadores sociales que se desempeñan en los hospitales del Gran Mendoza, con sus diferentes modalidades de inserción (personal de planta, contratados, residentes, integrantes del servicio social del hospital o incorporados a los mismos a partir de programas de salud nacionales y provinciales).

Las unidades de análisis fueron cada uno de los trabajadores sociales que se desempeñan en las instituciones referidas. En total, son 55 trabajadores sociales. Descontando a los miembros del equipo de investigación, y colegas que manifestaron su no interés por participar, al resto se le proporcionó una encuesta electrónica. Se obtuvo respuesta efectiva por parte de 41 de ellos, lo cual representa el 75% de la población bajo estudio.

## ***Técnicas de recolección de datos***

Para obtener los datos primarios, orientados por el concepto de trabajo decente, se emplearon cuestionarios autoadministrados y entrevistas en profundidad.

La selección de estos instrumentos obedeció a la posibilidad de realizar acopio de información de manera útil y eficaz en un tiempo relativamente breve.

Los cuestionarios autoadministrados, anónimos, debían contestarse vía e mail, a través de la plataforma de Google.

El cuestionario estuvo compuesto por 33 preguntas, distribuidas en 6 bloques correspondientes a las dimensiones del trabajo decente según la operacionalización del trabajo decente realizada por el equipo de investigación. La mayor parte de las preguntas tuvo opciones predefinidas de respuesta. En todos los casos, cuando la posible respuesta correspondía a una categoría no definida (“otro/a”) se abrió un campo para su explicitación por parte del encuestado. Se agregó un último campo para comentarios libres y se preguntaron datos de base (edad y sexo).

Por las características de la herramienta con la cual se realizó la encuesta, la confidencialidad de las respuestas quedó totalmente garantizada ya que la misma no permite identificar el email desde el cual se respondió el formulario, figurando sólo día y hora del llenado del mismo.

Se contrató a una socióloga experta en el diseño de instrumentos de recolección de datos, externa al grupo de investigación, para la administración de la base de datos y de la plataforma virtual (Google) a través de la cual se envió a los colegas las encuestas para autoadministración.

## ***La aplicación de los instrumentos***

Para convocar a participar del estudio se hizo circular una carta de presentación entre los colegas, comentando los aspectos principales de la investigación e invitando a su participación con el llenado del cuestionario. Esa carta fue enviada por correo electrónico

A partir de contactos preliminares con potenciales participantes del estudio, el equipo de investigación acordó poner especial cuidado en la

presentación de la propuesta con el fin de despejar posibles dudas sobre el sentido del mismo, el papel del Colegio de Trabajadores Sociales y de las investigadoras en el proceso, para garantizar una tasa de respuesta aceptable. Por tal motivo se trató de especificar, en dicha carta de presentación, que los datos y el contacto personal con los colegas iba a estar delegado en otra persona, ajena al grupo de investigación ( ver AnexoN°1 carta modelo)

### ***Prueba piloto***

Se convocó a colegas de los hospitales de OSEP (Hospital El Carmen, Hospital Fleming y Hospital Misericordia), quienes aceptaron participar de la prueba piloto del cuestionario que luego se aplicó al universo de estudio. La opción por probar el instrumento de recolección de datos con ese colectivo obedeció a que se trata de profesionales que se desempeñan en centros asistenciales que guardan cierta semejanza con los hospitales públicos. Una parte de ellos, en un primer contacto, se mostraron dispuestos a completar, revisar y sugerir cambios a la carta de presentación y al cuestionario. A la vez, al no formar parte del universo de estudio, no se perdió información que debió haberse desechado en caso de haber convocado a la prueba a trabajadores sociales de los hospitales públicos del Gran Mendoza.

### ***El trabajo de campo***

El cuestionario en formulario electrónico (Anexo N°2). fue enviado por email durante el mes de mayo de 2018 para su autoadministración por 55 trabajadores sociales que trabajan en hospitales públicos del Gran Mendoza Se obtuvo respuesta efectiva en 41 casos, lo que representa el 75% de la población bajo estudio, aunque por la modalidad de relevamiento se trata de una muestra no probabilística, dado que la participación fue voluntaria.

En el cuerpo del email se incluyó una breve descripción de la investigación y un consentimiento informado que se consideró aceptado con el llenado del formulario.

Si bien en el diseño original del proyecto se contemplaba realizar uno o dos grupos de discusión para profundizar en los resultados del cuestionario dicha técnica se decidió modificar por entrevistas en profundidad.

Este cambio se decidió a partir de las dificultades de respuesta identificadas en la primera instancia del trabajo cuando se convocó a los y las colegas a participar del estudio. Frente a la baja disponibilidad a participar de un grupo (temor, no interés, fueron las causas más esgrimidas) se acordó realizar entrevistas individuales, en profundidad, a una muestra intencional que reflejara la diversidad (de inserciones laborales y géneros) presentes en el universo de estudio. Es así como la muestra comprendió a 4 trabajadores sociales. Los entrevistados fueron: una trabajadora social de planta permanente con 30 años de antigüedad, un trabajadora social que se encuentra realizando la residencia, una que trabaja en un programa provincial con sede en un hospital, y un trabajador social del género masculino. Los profesionales mencionados se desempeñan en diferentes hospitales generales, monovalentes, del Gran Mendoza, que tienen la característica de a su vez de funcionar como hospitales- escuela.

Las entrevistas fueron realizadas por una socióloga externa, a fin de preservar la confidencialidad de los entrevistados y resguardar la objetividad en la aplicación de la técnica. Se realizaron en el mes de agosto de 2018 , y tuvieron una duración promedio de 45 minutos cada una.

Las preguntas que constituyeron el guión de las entrevistas fueron elaboradas a partir de las observaciones de variables e indicadores que el equipo de investigación consideró necesario profundizar, luego del análisis de los resultados de los cuestionarios. Dicha información fue suministrada a la socióloga externa, quien lo utilizó como material orientador para su desarrollo (se presenta en el Anexo N°3).

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados y desgrabadas en su totalidad. El análisis se realizó agrupando categorías alrededor de las hipótesis y líneas de análisis previamente definidas por el equipo. El método de análisis de datos utilizado para su interpretación fue el análisis comprensivo.

## ***Triangulación de resultados***

Tradicionalmente la triangulación es entendida como la combinación de metodologías para el estudio de un mismo fenómeno, una complementariedad de métodos cualitativos y cuantitativos. Dice Irene Vasilachis: :

La estrategia fundamental del abordaje multimétodo es atacar el problema a investigar con un arsenal de métodos que no superpongan sus debilidades y que, además, agreguen sus propias ventajas complementarias. La medición triangulada intenta probar distintos valores de un fenómeno para lograr mayor exactitud viéndolo desde distintas perspectivas metodológicas y permite establecer la validez de un método determinado a la luz de otros métodos. (Vasilachis, 1992, pág. 66)

En la presente investigación la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos enriqueció la información obtenida a través de las técnicas aplicadas.

La realización de una encuesta autoadministrada al universo de los colegas que se desempeñan en los hospitales públicos del Gran Mendoza arrojó un número de respuestas lo suficientemente importante como para responder a los objetivos del trabajo, y conseguir la representatividad necesaria para el estudio.

Por otra parte, la entrevista amplió los datos obtenidos en las encuestas otorgándole profundidad a los aspectos más relevantes en los cuales se decidió indagar.

## ***Reflexiones en torno al trabajo de campo***

El equipo de investigación necesitó agudizar la lectura de los emergentes a lo largo del proceso de investigación, lo cual supuso un continuo replanteo de estrategias y la revisión de los instrumentos de recolección de datos inicialmente diseñados. Particularmente desafiante fue consolidar canales de comunicación para la recolección de datos, debido a la dificultad de comprometer a los colegas en su participación.

Resultó novedoso para el equipo de investigación valerse de profesionales externos que enriquecieron la labor desde la especificidad de su

dominio disciplinar y que le otorgaron objetividad al estudio. Entendimos que la pertenencia de los miembros del equipo de investigación al ámbito hospitalario obstaculizaba la implementación de las técnicas y el análisis de los resultados de ambas.

## **CAPITULO III. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO ¿TRABAJO DECENTE?**

En esta tercera parte del informe, se comparten los resultados de las técnicas aplicadas y el análisis de las mismas mediadas por las dimensiones que la OIT establece para la categoría trabajo decente.

Se ha analizado dimensión por dimensión, triangulando los resultados de las encuestas autoadministradas y de las entrevistas en profundidad. En algunos casos, cuando lo creímos pertinente, se han citado relatos textuales de las entrevistas a fin de dar cuenta de lo analizado con las propias palabras de los actores. Asimismo, hemos mediado cada concepto con aportes de otros autores que agregan valor a lo obtenido a partir de la aplicación de los instrumentos.

### ***Análisis de las dimensiones de Trabajo Decente***

#### **Oportunidad de empleo**

##### **Las redes entre colegas como principal fuente de empleo**

La manera de acceder al trabajo social hospitalario es variable y expresa que no hay una única forma de oportunidad de empleo para el trabajo social en hospitales. Solo 1 de cada 4 encuestados ingresó al hospital por concurso mientras que casi la mitad lo hizo por la intervención de colegas u otros contactos personales o académicos. Otra de las modalidades de ingreso mencionada es la reasignación de funciones de otras áreas hacia el sector de la salud

Se trata de vacancias en los servicios para las cuales no se llama a concurso y que se difunden de “manera informal” en el colectivo: se presenta un curriculum y se gestiona un contrato.

Estaba en el instituto de la vivienda, por una descentralización del IPV, en la época de... cuando era gobernador Lafalla decidió descentralizar la política vivienda en los municipios, y nos dieron opciones, éramos muchísimos trabajadores sociales, adónde queríamos... adónde nos gustaría ingresar. Y bueno, yo ingresé al Ministerio de Salud en ese momento era el plan materno-infantil, y bueno de ahí pidieron trabajadores sociales acá en el Notti y me ofrecieron venirme para acá y me vine. (TS de planta permanente. agosto de 2018)

Esto evidencia, en función de lo que establece la OIT respecto a esta dimensión, que, en nuestro ámbito, la oportunidad de empleo es relativa, generada a partir de la red de contactos informales que posea el profesional. La posibilidad de un trabajo llega de manera predominante, a partir de estos contactos y no de instancias formales de convocatoria para cubrir vacantes en el sistema de salud. Cabe aquí destacar que recién hace un año se ha comenzado a trabajar en los llamados a concurso en el ámbito de la salud  Aunque todavía no alcanza a nuestra profesión, se avizora, que de continuar con esta medida se ampliarían las oportunidades de empleo, generando condiciones de mayor equidad para el ingreso a sistema de salud.

En cuanto al tipo de relación laboral que vincula a los profesionales con los hospitales, la mitad de los encuestados pertenece a planta permanente del hospital. Del total, un 20% se encuentra haciendo la residencia y un porcentaje similar pertenece a algún programa del Ministerio de Salud; un 5% son contratados de locación de servicios.

De los encuestados que no son de planta permanente, alrededor de un 25% se considera en situación de subempleo, ya que su vínculo laboral con el hospital es inestable.

### **La complejidad como motivación para trabajar en un hospital**

La razón más mencionada cuando se indaga sobre la motivación por la que se trabaja en hospitales es el gusto o el interés por el campo sanitario (35% de los encuestados se inclinaron por esta única opción de respuesta). La interdisciplina, la complejidad, la capacitación permanente y, finalmente, los cambios que pueden significar una intervención en el bienestar de las

personas, son otras de las motivaciones que hacen que los profesionales elijan este campo. En general sienten que es un campo “desafiante” desde lo profesional, porque es muy dinámico. Pero al mismo tiempo se pone en valor el cobijo/seguridad de trabajar “puertas adentro” de una organización.

Y está bueno, porque vos trabajás la complejidad, un desafío desde lo técnico del Trabajo Social, articulás. La institución, así como te da un techo para un montón de gestiones, te da un sostén, en cuanto al trabajo estable, entonces por ahí eso... Lo valoramos un montón, entonces por ahí como que te da esas herramientas, no te exponés tanto a situaciones de peligro como otras colegas por ahí pasan. Bueno, lo interdisciplinario que me gusta; trabajar directamente con personas, su proceso de salud y enfermedad, acá en el hospital.(TS residente. agosto 2018)

Consideramos que la complejidad de los hospitales resulta atractivo a los profesionales para su inserción en este campo. Comprendiendo este concepto tal como lo establece Bourdieu, donde existen relaciones de poder y conflicto, “involucra una multiplicidad de actores que, dinámica y dialécticamente generan y definen espacios de inserción para el Trabajo Social”(Lopez & Campagna, 2015, pág. 62).

### **Un campo que demanda capacitación permanente**

Al indagar sobre la formación de posgrado en salud, un 80% de la población en estudio ha combinado distintas instancias de formación y en más de una oportunidad, siendo lo más mencionado la capacitación a través de cursos de posgrado. Este indicador, consideramos, que evidencia el interés y la motivación por el continuo estudio y formación en la temática de salud.

Sí, yo que puedo comparar. Incluso, vengo de una institución total con ciertas lógicas, con ciertas características... y, en realidad, Salud lo que te permite, y sobre todo el Programa de Salud Reproductiva y el momento actual por el que estamos atravesamos, con mi jefa actual que es una persona muy activa, es la

capacitación permanente (...) (TS inserto en programa en hospital. Agosto de 2018)

## **Remuneración suficiente y trabajo productivo**

Para el análisis de esta dimensión se tomó como indicador el monto económico fijado para la cobertura de la Canasta Básica de Alimentos. Si bien no es el único indicador para medir pobreza, reviste un carácter teórico ampliamente consensuado, que permite analizar la suficiencia de la remuneración para la subsistencia diaria. Resulta difícil analizar esta variable ya que al momento del diseño de la encuesta este indicador era de \$16000. Al finalizar el estudio, dado el contexto socioeconómico del país de recesión, volatilidad económica, inflación, a la suba de precios y el costo de vida, se elevó a \$24000.

Al momento de responder los encuestados manifestaron que su remuneración es “insuficiente” o “muy insuficiente” (73%). En las entrevistas, los colegas valoran que sus ingresos son medianamente suficientes, sobre todo teniendo en cuenta los ingresos de colegas que se encuentran en otros ámbitos de la política pública. En concreto, que la carrera esté sujeta al régimen médico dentro del hospital es una clara ventaja porque categoriza ampliamente el salario.

Los motivos más frecuentemente mencionados por aquellos que están disconformes con su remuneración tienen que ver con la responsabilidad y los riesgos que implica el trabajo hospitalario. Como sugiere la bibliografía,

... Salud se diferencia del resto de las actividades por el tipo de servicio que brinda. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003 en Aspiazu, 2016, pág. 57).

Por lo tanto, entendible que se espere por parte de los profesionales de la salud un mayor reconocimiento salarial por dicha tarea.

En la siguiente tabla se exponen las razones a partir de las cuales se valora que el Trabajo social en el ámbito hospitalario está remunerado de manera insuficiente

Tabla 1. ¿Qué aspectos toma en cuenta para considerar su salario(muy)insuficiente?

	%	Respuestas
La responsabilidad que implica mi tarea	30	24
Los riesgos a los que estoy expuesto/a	20	16
Mi formación académica	18	14
La cantidad de horas trabajadas	13	10
La escala salarial de los trabajadores de la Salud	10	8
El salario promedio de los trabajadores	6	5
Mi carga familiar	3	2
El costo de vida/inflación	1	1

Fuente: Informe de resultados de encuesta. 2018

En consonancia con lo expuesto, Burijovich y Pautassi (2005, en Sánchez, 2010) afirman la necesidad de contar con una equipo humano calificado, bien remunerado y motivado para atender con solvencia las demandas de los usuarios del sistema de salud.

## **Jornada laboral decente**

En Argentina, según datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en 2007, la extensión de la semana de trabajo del sector salud fue de 37,5 horas, lo que concuerda con la mayoría de los países de la Región de las Américas, donde la duración semanal del trabajo es inferior a 40 horas, con un promedio que fluctúa entre 35 y 39 horas (Sánchez, 2010, pág.60)

En nuestra investigación, el 73% de los encuestados trabaja en el hospital un total de 24 horas semanales. Un 17% trabaja casi el doble de horas, entre 44 y 49. De acuerdo a este estudio, nuestros números se encontrarían dentro del promedio nacional. Cabe recordar que un 20% de los encuestados

se encontraba bajo un régimen de residencias. Por lo tanto, el elevado porcentaje de profesionales que se desempeñan más de 40 horas, responde en su gran medida a esta población.

En términos generales sólo la mitad de los encuestados trabaja sólo 24 horas semanales, un 20% entre 25 y 39 horas y el 30% restante 40 horas o más.

### **El multiempleo: necesidad u opción?**

Desagregando esto, 1 de cada 3 encuestados trabaja en otro lugar, en general otro organismo público. La mayor parte de este grupo trabaja 24 horas en el hospital, pero suma como mínimo otras 10 horas semanales en su otro empleo. El máximo de horas trabajadas por semana es 55 entre el trabajo hospitalario y el que se realiza fuera.

En relación con la extensión de la jornada laboral, el estudio del Ministerio de Salud antes mencionado refiere que quienes sólo tienen una ocupación trabajan en promedio 39,1 horas semanales en el sector, mientras que los pluriempleados se encuentran ocupados durante 52,2 horas a la semana. En muchos casos el pluriempleo responde al doble vínculo laboral que establecen los trabajadores, quienes además de trabajar en establecimientos públicos realizan actividades en el sector privado en forma independiente, o en docencia e investigación (Aspiazu, 2016, p.58). En los datos obtenidos, el pluriempleo no resulta un hallazgo significativo. De hecho, sólo dos personas en el universo analizado trabajan 50 y 55 horas semanales.

El incremento del multiempleo en el sector puede explicarse a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso (Galín, 2002; Novick et al., 2012). Al respecto, Pautassi (2006) llama la atención sobre la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda. (Aspiazu, 2016, pág.58)

No necesariamente el multiempleo obedece a razones económicas. Algunos colegas comprenden la necesidad de, en caso de contar con más de

un trabajo, que el mismo esté vinculado a otros ámbitos, como estrategia de protección de su salud mental.

Sí, doy clases, en la tarde doy clases. Entonces como por ahí, está bueno eso... pero bueno te ofrecen como mejoras, mejoras salariales, por decirlo de alguna manera, pero te exigen el doble de horario. (...) (Es por una cuestión económica) No, no, una cuestión de vocación, me gusta, te conectas de otro espacio. (TS de género masculino. Agosto de 2018)

### **La feminización del empleo en Trabajo Social hospitalario**

Un aspecto a tener en cuenta es la alta feminización de la profesión en el ámbito hospitalario, y la función social que se le atribuye vinculada a tareas de cuidado. Esto hace que las mujeres tengan un alto nivel de alarma respecto a la atención en la relación entre extensión de la jornada laboral y cuidado familiar.

Quedás muy cansada, y no me parece que fuera una intervención apropiada estar más horas (...) No, yo he tratado de ir armonizando con el tiempo, también van cambiando las obligaciones personales, la edad de tus hijos, entonces bueno, como que se va adaptando en el camino. Yo tengo 30 años de antigüedad que cumplí ahora el 1 de agosto, entonces bueno, al principio no tenía tantas horas, tenía uno solo y más chico, ahora como que están un poco más grandes, lo voy armonizando como puedo. (...) (TS de planta permanente. Agosto de 2018).

### **Entre el trabajo y la familia**

La situación de las mujeres con relación a sus empleos merece ser estudiada de forma diferenciada. Resulta para las trabajadoras un tema de conflicto ya que se debe conciliar la vida profesional y la vida familiar. Esto agrega un componente más de tensión a la ya compleja vivencia que tienen las mujeres de sus espacios profesionales dadas por las inequidades de género.

Es que el trabajo en la Salud es mayoritariamente femenino, se trata de un sector de servicios que históricamente tuvo una fuerte presencia de mujeres, principalmente en las tareas semi-calificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. Y en las últimas décadas también con gran proporción entre los profesionales de la salud.

Las mujeres representan el 71% de los trabajadores registrados del sector, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas representan el 40%. Asimismo la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% - según datos de 2013 de la DGEyEL, SSPTyEL, MTEySS, en base al Sistema Integrado Previsional Argentino-. La distribución de varones y mujeres dentro del sector no cambia al desagregarlo entre la salud pública y la privada, en contraste con el resto de las ramas económicas donde las mujeres representan una proporción mayor en la actividad estatal (50%) que en la privada (37%).

## **Estabilidad y seguridad del empleo**

La estabilidad laboral es un aspecto importante en la vida de todo ser humano, quedarse sin trabajo lleva consigo cambios en la vida cotidiana de los sujetos. La estabilidad laboral por lo tanto constituye una categoría importante del trabajo decente.

Los resultados de las mediciones realizadas nos dicen que un 80% de los encuestados considera que su trabajo es estable. Esta estabilidad afecta a otras facetas en relación a lo laboral, por ejemplo, antigüedad, vacaciones, aportes jubilatorios. La discontinuidad en el empleo lleva consigo la pérdida de esos derechos.

Dentro del 20% restante, que considera que está en situación de inestabilidad, encontramos a los trabajadores cuyo vínculo laboral con el hospital es a través de residencias, contrato de locación de servicios o pertenecen a programas del Ministerio de Salud y están afectados al hospital. Es decir que la percepción de estabilidad laboral está directamente relacionada con el tipo de vínculo que tienen con el hospital.

Según Anker en “La medición del Trabajo decente con indicadores estadísticos” propone otro indicador para la medición de la estabilidad laboral como la *percepción de la estabilidad del empleo futura*, el mencionado indicador es incluido en nuestro trabajo. Este indicador ofrece la ventaja de conocer cómo ven los trabajadores su situación. (Anker, Chernyshev, Egger , Mehran, & Ritter, 2003)

### **Incertidumbres en torno a la estabilidad laboral**

Si bien la mayoría de la muestra considera que su trabajo es estable, cuando se utiliza otro indicador para medir la categoría de estabilidad laboral, la percepción de la estabilidad *futura*, este porcentaje cambia. El 40% de los profesionales manifiesta sentir incertidumbre o temor respecto de posibles cambios negativos en la situación laboral. En este grupo encontramos trabajadores sociales con distintos tipos de vínculos con el hospital, entre ellos los de planta permanente, dado que esta percepción pesimista no tiene que ver exclusivamente con la estabilidad laboral individual. Algunas expresiones que dan cuenta de esta situación y que responden a una lectura del contexto actual son:

*“El presupuesto del programa”*

*“La reorganización de la política sanitaria”*

*“La falta de presupuesto gubernamental para pagar prestaciones indispensables”*

*“La pésima situación actual del país”*

*“La política de gobierno actual”*

*“Las horas de mayor dedicación se renuevan anualmente por decreto de gobernación, lo cual implica que no se sabe cuándo pueden finalizar o continuar”*

*“No tener definido mi traslado en forma permanente al Hospital por ser adscripta”*

*“Las condiciones laborales”*

*“La depreciación de los salarios y pérdida de derechos laborales”*

*“Los cambios previsionales”*

El análisis de esta categoría es tarea compleja ya que la estabilidad del empleo como elemento del trabajo decente debe entenderse en un contexto en el que es inevitable cierto grado de inseguridad a causa de las políticas económicas y sociales actuales de ajuste, flexibilización laboral y achicamiento del Estado. Entran en consideración factores contextuales relacionados a las transformaciones neoliberales de la economía, el mercado de trabajo y el sector salud.

La incertidumbre también puede relacionarse a que en el sector salud se continúa priorizando a la profesión médica sobre una profesión no médica, como los trabajadores sociales. Los trabajadores sociales perciben que, ante el recorte de presupuesto desde este sector, se desvincula primero a profesiones no médicas. El rol de la corporación médica se observa como central al momento de definir políticas en el sistema de salud.

...a pesar de los cambios, los médicos, por la propia jerarquía que les otorgan sus conocimientos, mantienen una posición hegemónica que propicia asimetrías con el resto de los trabajadores no médicos, esa posición los haría susceptibles de realizar trabajos con niveles de menor déficit de TD que los otros trabajadores de salud. (Lanari, 2010, pág. 35)

En la actualidad los médicos aún gozan de un alto prestigio y reconocimiento social el cual los jerarquiza frente a otras profesiones, como el trabajo social.

## **Trato justo en el trabajo**

### **Valoración de la disciplina en el ámbito hospitalario**

A partir de las encuestas realizadas se observó que 2 de cada 3 colegas afirmaban haber sufrido trato discriminatorio o injusto en al menos una oportunidad dentro del hospital, aunque la mayor parte de ellos lo consideran excepcional. La causa más frecuentemente atribuida a esta situación fue la propia profesión.

### **Un malestar al que cuesta ponerle palabras**

En el 90% de los casos, los encuestados que se sintieron discriminados o maltratados no informaron ni denunciaron formalmente la situación ante ninguna autoridad u organización. Y esto, aun reconociendo que existen canales para el planteamiento y resolución de conflictos, ya que el 75% de los encuestados considera que, en caso de tener alguna disconformidad o problema laboral, sería probable o seguramente fácil expresarlo y obtener una solución justa dentro de la institución.

### **Los médicos como principal fuente de destrato**

Los profesionales de la salud, en especial los médicos, aparecen con mayor frecuencia como los dispensadores de destrato, siendo las autoridades del hospital las menos mencionadas.

Ahora bien, cuando en las entrevistas se profundiza un poco más sobre este asunto, emergen algunos aspectos que nos permiten ver la situación con mayor claridad. En términos generales los colegas perciben una alta valoración de su rol profesional hacia el interior de las instituciones y en la sociedad en general. No obstante, dentro del hospital se sienten más valorados por los usuarios y mucho menos por los médicos.

Es a raíz de esto último que los colegas reconocen situaciones donde aparece una especie de subestimación o trato injusto, más que discriminatorio, por parte de los médicos, sobre todo cuando se trata de especialistas. A su vez, que sea “por la profesión” no tiene que ver con un menosprecio hacia la disciplina en sí sino alrededor de un punto de conflicto muy concreto, que tiene que ver con la urgencia o la rapidez en la resolución de los casos, por la necesidad de camas en los hospitales. Es decir, que la discriminación no está dada por la disciplina en sí, sino por la “eficiencia” esperada por el resto del equipo, y de las representaciones que sobrevuelan en la institución, para la resolución inmediata de las situaciones por parte de la disciplina. Cazzaniga afirma que en el ámbito de la salud se da una cierta operación de sentido respecto a “lo social” donde las profesiones hegemónicas se abstraen de las tramas sociales las cuales son consideradas como aspectos secundarios, por lo tanto, a cargo de profesiones secundarias o subsidiarias a un modelo médico predominante (Cazzaniga, 2007).

## **Las disputas entre modelos de intervención en salud como factor de conflicto interprofesional**

Existe en lo cotidiano una disputa constante, donde lo que se vislumbra de fondo es una tensión entre modelos de intervención en salud. No es sólo una situación de hegemonía médica, es también una disputa en torno al sentido, al objeto de trabajo en salud, es la posibilidad de comprender la enfermedad como parte de un proceso vital y entender el peso de los determinantes sociales que inciden en la situación.

Forma parte de la intervención de trabajo social la lectura de los procesos socio históricos atravesados por condiciones sociales, económicas y culturales que repercuten en las condiciones de vida de los sujetos. Generalmente, la intervención de trabajo social implica la gestión de procesos mediadores, de asesoramiento, articulación y derivación con otras instituciones que mantienen ritmos propios dada la naturaleza de nuestra intervención. Difícilmente esto es entendido por el resto del equipo, que en su mayoría solicita habilitar una cama hospitalaria luego de compensar un cuadro clínico. Los conflictos y discrepancias aparecen cuando esto no es resuelto en los tiempos en que se espera.

En ese sentido, los colegas han generado estrategias para negociar, imponer el criterio técnico y construir ciertos consensos con el equipo médico; pero es un trabajo constante, una construcción permanente. No se sienten avasallados, tal vez sí un poco cansados de lidiar siempre con lo mismo.

Igual me gusta, el hospital acá me gusta, la urgencia me gusta, me he acostumbrado, pero reconozco que hay momentos en el que estaría bueno estar en otro espacio donde la urgencia no te persiga tanto. Por ahí los demás servicios están como nosotros o más. Nosotros en realidad... la urgencia por ahí acá está dada por la necesidad de la cama y también por la posibilidad para atender situaciones, entonces estas variables se conjugan y tenés que... pero bueno, nunca dejamos que estos criterios nublen la intervención o se hagan cosas que no corresponden, y bueno, si este paciente se tiene que quedar para que se reevalúe, se quedará, contra viento y marea se quedará, es así. (...) No puedo, yo no pongo firma en esto, y esperará y esperará. Y bueno, el médico se arma todos los días,

dentro de todo respeta, o sea, con un argumento no hay problema. (TS residente. Agosto de 2018)

Son este tipo de intervenciones las que logran cuestionar las representaciones sociales instaladas en las instituciones. Las prácticas profesionales fundadas son las que habilitan transitar los discursos y las prácticas hegemónicas, ubicando desde otro lugar el trabajo social. Así lo sostiene Cazzaniga al plantear que “la capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica y la intervención responsable, posicionan de otra manera y otorgan condiciones para el ejercicio de poder, en este caso *poder decir, poder hacer, poder construir*. (Cazzaniga, 2007, pág. 109)

### **Condiciones institucionales para una intervención autónoma**

La gran mayoría de los encuestados considera que goza de un grado considerable de autonomía, entendiendo ésta como la libertad para aplicar el conocimiento especializado de la profesión empleando el criterio y el saber propio para tomar decisiones. En una escala del 1 al 10 (donde 1 significa una autonomía nula y 10 una autonomía absoluta), el 80% de los encuestados ubicó su desempeño en el hospital en los puntos 8, 9 y 10.

Los entrevistados sienten una gran autonomía en el trabajo que se expresa en la posibilidad de tomar decisiones acordes a criterios técnicos y a las normas sociales relacionadas. Como mencionamos con anterioridad, esos criterios son contrarios o confrontan con los del médico o con las normas institucionales, que suelen ser bastante más normativas o punitivas con los sujetos.

### **Expectativas disciplinarias versus demandas de control social**

Con frecuencia sienten que se espera que los trabajadores sociales ejerzan una especie de “función de policía” sobre los pacientes o sus familias, que moralicen o “normalicen” conductas y relaciones.

Sí, me ha pasado, eh, me ha pasado con un servicio de acá del hospital, que me demandaba mucho el alta y la médica nos decía lo que teníamos que hacer, entonces nosotros planteamos... Por ejemplo, “tienen que llamar a la

familia porque esa familia no viene, mándenla al Juzgado, llamen a la policía que vaya a la casa y los traiga”. La verdad que no es una forma de trabajar, nosotros no nos podemos quedar pegados a eso. Claro, “doctora, mire, disculpe, pero eso nosotros no lo vamos hacer, no necesitamos llegar hasta esa instancia”, “pero ¿por qué? Si es la vida de su hijo”, “bueno, pero el concepto de maternidad que usted tiene no es el que maneja la familia”, y como ir planteando esas cosas. Y “¿por qué me dice esto a mi? Dígaselo a la madre”, nos decía la doctora. “Doctora, no vamos a hablar más este tema, no podemos trabajar con usted”. Traté de que trabajemos con otro profesional, primero se lo expliqué de una manera accesible, después cuando vemos que no podemos trabajar generalmente los médicos qué hacen, nos cambian o nos puentean digamos, tratan de hablar con otros profesionales, colegas nuestros, “bueno con vos no puedo, te voy a... claro con vos no pude voy con otro”. Entonces bueno, ir como lidiando con eso. (TS del género masculino. agosto de 2018)

La autonomía no se circunscribe sólo a la posibilidad de tomar decisiones respecto de los abordajes, sino también a la capacidad de encuadrar la tarea que el profesional realiza, frente al resto del equipo de salud y directivos de la institución.

Yo tuve muy buena eh... apoyo y te digo, se ha tenido en cuenta lo que yo con el gerente asistencia anterior, será porque era un médico que bueno, ellos también, estuvo formado siempre en el hospital, entró como residente en el mismo año que entro yo y cuando ya me hicieron la resolución de jefatura, porque hicimos años después, ya estaba él, era gerente asistencial; y me permitió sacarle al servicio social, todo lo que era de tilde administrativo, que fue con expediente, fundamentádoselo, me escucho, hizo resoluciones y bueno, pudimos dejarle al servicio social lo que concretamente hacía a las tareas y a las funciones. Pero no me costó con él, te soy sincera, se lo fundamenté, se lo expliqué, fui varias veces; hoy no me podía atender, bueno volvía al otro día, pero lo pudimos plasmar por escrito en expediente y todo y le sacamos te digo el 80% de tareas que no nos corresponden. (TS de planta permanente. Agosto de 2018)

Tal como lo plantea lamamoto, la institución es nuestra condición de trabajo, siendo nuestro desafío trabajar dentro de los límites, y dentro de esas condiciones reales, buscar imprimir el norte de nuestra intervención. Leer las fisuras de un modelo hegemónico e implementar estrategias para su intervención, parecería ser una tarea, cansadora, pero constante, que realizan las colegas de hospital. Así es que la autora señala: “Dentro de este campo de tensiones es que nosotros tenemos una relativa autonomía -porque somos sujetos de nuestro trabajo- de definir direcciones para nuestra acción, definir prioridades y formas de encaminarlas” (lamamoto, 2002, pág. 99)

## Seguridad en el trabajo (trabajo seguro)

En cuanto a la exposición de riesgos en el espacio laboral, la mayor parte de los encuestados se siente expuesta a accidentes, inseguridad o violencia en su trabajo dentro del hospital, concretamente en la relación con los usuarios/as. En el caso del trato violento por parte de éstos, el 90% contestó en forma afirmativa. No obstante, la sensación de exposición a éstos y otros riesgos es, en general, moderada.

Tabla 2. En su trabajo en el Hospital, ¿qué tan expuesto/a está a estos riesgos?

	Muy expuesto/a	Medianamente expuesto/a	Poco o nada expuesto/a
Accidentes/inseguridad por entrevistas fuera del Hospital	10	39	51
Accidentes/inseguridad por entrevistas en el Hospital	22	54	24
Trato violento por parte de los usuarios/as	24	63	12
Falta de supervisión en casos conflictivos	22	41	37
Trato irrespetuoso por parte de otros trabajadores	15	34	51

En porcentaje de casos, suma 100 en forma horizontal

Fuente: Informe de resultados de encuesta. 2018

## Violencias que enferman

Los resultados obtenidos no distan mucho de estudios comparados realizados por la Organización Panamericana de la Salud en relación a las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud de Argentina y otros países de América Latina. El tema de la violencia ha emergido como uno

de los principales “nuevos” riesgos a los cuales se encuentran expuestos los profesionales de la salud en su ámbito laboral.

Cada vez son más abrumadoras las pruebas del creciente número de agresiones del que es objeto el personal de clínicas y hospitales, por parte de los pacientes y de sus acompañantes. (...) Así como otros aspectos de la prevención de accidentes y lesiones en los hospitales permiten medidas eficaces de prevención, las agresiones contra el personal constituyen un síntoma del entorno urbano moderno, y por lo tanto, no pueden solucionarse solamente dentro del contexto del hospital. (OPS, 2012, pág. 48)

Según los estudios analizados Argentina presenta uno de los parámetros más altos en términos de violencia en el lugar de trabajo, número que se reduce notoriamente cuando se circunscribe sólo a violencia física. Existen diferencias según la ubicación del efector de salud, ya los profesionales se encuentran más expuestos a esta problemática en los hospitales localizados en zonas socioeconómicamente más vulnerables (OPS, 2012).

Estudios internacionales coinciden en que la problemática de la violencia es un tema creciente que va mucho más allá de las agresiones o las ofensas, “pues pone en peligro la calidad de la atención de la salud, la productividad y el desarrollo” (OPS, 2012, pág. 49). Asimismo, se plantea que las mujeres son las más vulnerables a este tipo de situaciones.

El estudio llevado a cabo no ha podido identificar las manifestaciones en las que se presenta la violencia por parte de los usuarios hacia el interior de los hospitales. No obstante, éste podría ser un aspecto a profundizar en nuevos estudios, ya que la manifestación del temor ha sido elevada y el trabajo social hospitalario se encuentra altamente feminizado, siendo las mujeres las más expuestas al riesgo.

### **El apoyo de los pares como remedio**

Cuando se preguntó en las encuestas sobre quién les resulta más confiable para recurrir por la solución en caso de sufrir un daño, por estar expuesto a algún riesgo laboral, para los encuestados los actores más confiables son los compañeros de trabajo, pero en segundo lugar nombraron al

Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Mendoza. El 60% mencionó al primero y el 40% al segundo. Mientras que en tercer lugar aparece el gremio con un 20% de los encuestados.

Creemos relevante este dato como aporte al Colegio, ya que los trabajadores sociales encuentran en el mismo un lugar de escucha de sus opiniones, de diálogo y un espacio para la resolución de conflictos. Estos conflictos se relacionan con ciertos riesgos en el trabajo que pueden provocar un déficit en las condiciones de trabajo decente (como accidentes por entrevistas fuera y dentro del hospital, trato violento por parte de los usuarios, falta de supervisión en casos conflictivos y trato irrespetuoso por parte de otros trabajadores).

No obstante, al igual que en el análisis de la dimensión oportunidad de empleo, aquí la potencia de la red entre colegas vuelve a ser la opción más confiable y la primera a la cual se acude frente a un conflicto. Los y las colegas perciben a su red de contactos como una red de protección frente posibles amenazas.

## **Diálogo social y relaciones laborales**

La participación de los trabajadores en el mundo del trabajo, donde existan diferentes tipos de negociaciones e intercambio de opiniones en relación a sus condiciones de trabajo, constituyen el diálogo social. Este diálogo social puede ser llevado a cabo por representantes elegidos colectivamente o también por interacción directa entre el trabajador y el empleador.

Se utilizó en este trabajo los siguientes indicadores para medir la categoría: índice de afiliación a sindical e índice de matriculación.

De las mediciones realizadas a través de las encuestas obtenemos que el 65% de los encuestados se encuentra afiliado en este momento al gremio de la salud. De los que no están afiliados, sólo una minoría (15%) se declara dispuesto a afiliarse próximamente.

Cabe aclarar que el gremio de los profesionales de la salud (AMPROS) agrupa no sólo trabajadores sociales sino a todos los profesionales del sistema

de salud, pero desde su creación en el año 2005 hasta la actualidad es dirigido por un profesional médico.

En relación al índice de matriculación en el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Mendoza se obtuvo que el 100% de los encuestados y entrevistados se encuentra inscripto en dicha entidad.

### **La legitimación profesional como tarea cotidiana**

En lo vinculado a experiencias de participación en la toma de decisiones, los colegas han manifestado en las entrevistas escasa incidencia en la toma de decisiones. Algunos plantean que existe un margen variable para ciertas negociaciones con las autoridades del hospital. No obstante, esto se brinda una vez consumadas las decisiones y puestas en ejecución.

Eso sucedió por ejemplo cuando se lanzó el registro único de salud, el RUS, que fue así, salió en el servicio a encontrarse con todos, ¿qué pasó? “no, no, esto lo empiezan a llevar desde hoy ustedes, la ficha” y ¿quién nos capacitó, ¿cómo se hace esto? ¿qué...? Mira, mi jefa en ese momento lo aceptó, lo aceptó y bueno, por ahí no te queda mucho por decir que no. O si poder decir “bueno, pero no en este momento, sí lo vamos hacer, pero nos vamos a dar unos días para charlar, para ver cómo, cómo nos organizamos, en qué momento, en qué horario”. (TS de planta permanente. Agosto de 2018)

Esto explica la relación entre la percepción de alta autonomía profesional y la baja participación en las decisiones institucionales. Los colegas no se perciben invisibilizados. Creen que el rol es valorado, pero que debe reafirmarse cotidianamente en la intervención, frente al resto del equipo médico y ante las autoridades del hospital.

Tal como se planteaba en una de las hipótesis, efectivamente constatamos que los trabajadores sociales conviven con situaciones donde se respeta la igualdad de oportunidad y el trato, pero los colegas no tienen garantizados los derechos a la participación genuina en la toma de decisiones de la política laboral ni social con la cual trabajan.

## CONCLUSIONES

Consideramos que aporte más significativo de este estudio es haber generado información sustantiva y poco conocida sobre lo que sucede en materia de condiciones de trabajo de los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario de Mendoza. A partir del estudio emprendido se ha logrado un acercamiento al modo en el que los y las colegas vivencian sus condiciones laborales, a la luz de las dimensiones propuestas para el análisis de la categoría *trabajo decente*. Advertimos que, en términos generales, hay concordancia con los estudios hasta el momento realizados en el ámbito de la salud de otras jurisdicciones, y con el análisis de otras disciplinas.

En nuestro caso particular, y a raíz de las singularidades de nuestra profesión, dicho estudio arrojó resultados particulares que los analizaremos recuperando los objetivos inicialmente propuestos:

*1) Identificar las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales a partir de las dimensiones contenidas en el concepto de trabajo decente.*

Respecto de este objetivo, se pudo identificar las condiciones de trabajo decente de los colegas del ámbito hospitalario del Gran Mendoza. Los instrumentos utilizados en el trabajo de campo fueron de utilidad para reconocer la particularidad con la cual se manifiestan estas dimensiones en el ámbito de la salud. Entendemos que tamaño de la muestra resultó representativo para el análisis del constructo de trabajo decente.

*2) Comparar de qué manera esas dimensiones se expresan en los ámbitos de estudio analizados y si hay diferencias respecto al tipo de inserción de los profesionales, tipo de hospital u otras que se pudieran identificar en el transcurso del estudio.*

La posibilidad de contrastar situaciones según tipos de hospitales y tipo de vínculos laborales, estuvo limitada. Frente a temores expresados o sugeridos optamos por resignar información que pudiera dar cuenta de los perfiles de los participantes a fin de ganar en tasa de respuesta. Por ello, no pudimos concretar cabalmente el cumplimiento de este objetivo

*3) Explorar las*

*potencialidades y límites del concepto de trabajo decente y sus dimensiones para su aplicación en otros posibles ámbitos de inserción disciplinar.*

La lista de indicadores sobre el trabajo decente que proporciona la OIT utilizados en este trabajo constituye tan solo un punto de partida para mejorarlos y para ampliarlos. De nuestro análisis se desprende la riqueza de utilizar un concepto tan flexible, que específicamente en nuestro caso nos permitió hallar variables emergentes como la feminización del trabajo hospitalario, la motivación, la valoración profesional y la percepción de empleo futura.

Por esto mismo es que consideramos que esta categoría es fácilmente traspoleable a otros estudios del espacio de la salud o de otros ámbitos de la política pública donde se desempeñan los y las trabajadores sociales.

En síntesis, consideramos que el primer resultado significativo que obtuvimos fue conocer la alta motivación que poseen los y las trabajadores sociales para desempeñarse en el ámbito hospitalario, fundado en la complejidad del proceso salud – enfermedad – atención y los desafíos que esto implica para los profesionales de nuestra disciplina.

Por otro lado, la feminización del trabajo social hospitalario ha sido un punto relevante en los resultados obtenidos. Estos evidencian lo que la literatura ya ha confirmado en torno a la tensión que atraviesan las mujeres en los ámbitos de salud, donde se observa una “doble presencia”. Es decir, estar en el trabajo ocupándose de cuestiones familiares y en el hogar, atendiendo situaciones laborales.

Los resultados también muestran que un alto porcentaje de los encuestados ha vivenciado alguna situación de trato injusto. El mismo no está dado por la disciplina en sí sino por la expectativa de eficiencia y el desconocimiento de la profesión de trabajo social por parte del equipo médico. Subyacen todavía viejos conceptos del trabajo social como una profesión subsidiaria a la médica, punitiva, de control social, moralizante, que le otorga una carga a la intervención profesional generando un desgaste en el trabajador social. Esto, debido a la constante necesidad de estar argumentando nuestra intervención frente al resto del equipo, más que ocuparnos del abordaje en sí.

Otro aspecto relevante que advertimos en el análisis es que los y las trabajadores sociales reconocen una autonomía relativa en su intervención que

les otorga libertad a la hora del abordaje en situaciones específicas. Sin embargo, no se encuentran insertos ni tienen injerencia en los espacios de toma de decisiones ni de formulación de políticas públicas. No obstante, los colegas han podido desplegar estrategias formales e informales para hacer frente al impacto de las decisiones de las cuales no han sido participados. Se trata de parte de nuestra esencia poder reconocer aquellas fisuras institucionales por las cuales podemos transitar y darle nuestra impronta al trabajo fortaleciendo los espacios adquiridos.

Como aprendizajes de esta investigación, podemos señalar que el concepto de *trabajo decente* se nos ha presentado como una noción dinámica y novedosa para analizar nuestras condiciones de trabajo, que entendemos se podría adaptar al análisis de otros ámbitos como ya hemos afirmado previamente.

Las vicisitudes a las que nos expuso el ámbito de estudio nos llevaron a realizar un ejercicio permanente de adaptación del proyecto inicial, replanteándonos de forma continua todos los elementos que conforman a la investigación. Eso mismo nos obligó a reflexionar respecto de nuestra implicancia en el proyecto, acercándonos y alejándonos todo el tiempo para poder observar y analizar el fenómeno con rigurosidad.

Finalmente, reconocemos la gran importancia que tiene el respaldo del Colegio Profesional de Trabajo Social en la financiación y acompañamiento de esta investigación, que esperamos pueda contribuir a otros estudios y a mejorar las condiciones de empleo de los trabajadores sociales de nuestra provincia. Alentamos a que este sea el puntapié inicial para otros estudios mediante la noción de *trabajo decente*.

## BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, G., Farías, A., Sanchez, J., Astegiano, C., & Fernandez, A. (2012). Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del Trabajo Decente. *Revista Argentina de Salud Pública*.
- Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., & Ritter, J. (2003). La medición del Trabajo Decente con indicadores estadísticos. *Revista Internacional del Trabajo*.
- Aspiazu, E. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquén*.
- Cazzaniga, S. (2007). *Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Galvez Santillán, E. (2015). Trabajo decente. Una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional. *Trayectorias*.
- Iamamoto, M. (2002). Intervención profesional frente a la actual cuestión social. En S. Severini, *Trabajo Social y mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión*. Buenos Aires: Espacio.
- Lanari, M. (2010). *Realidad y percepción del déficit de trabajo decente. El caso de los médicos que desempeñan sus tareas en hospitales de Mar del Plata*. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- Lopez, S., & Campagna, V. (2015). El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional. En M. Rozas, & M. Gabrinetti, *El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional*. La Plata: Universidad de la Plata.
- Marmor, T. (1997). Cambiando la gestión de servicios sanitarios: nuevas condiciones, misiones y habilidades. *Ponencia en la Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada, España.
- Neffa, J. (1995). Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, presentación de la concepción dominante y de una visión alternativa aplicable al estudio de docentes de la escuela primaria. *National Scientific and Technical Research Council*.
- OPS, O. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. OMS - OPS.
- Quintana Zavala, M., Valenzuela Suazo, S., & Paravic Klijn, T. (2014). Enfermería desde la perspectiva del Trabajo Decente. *Enfermería Global*.

- Sanchez, J. (2010). La situación de la fuerza laboral del sector salud de Argentina bajo la perspectiva del trabajo decente. Córdoba, Argentina.
- Somavia, J. (2014). *Trabajo Decente. Una lucha por la dignidad humana*. OIT.
- Vasilachis, I. (1992). *Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico - epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina SA.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1. Carta de presentación del estudio**

Mendoza, 23 de febrero de 2018

Estimada/o colega:

*Como te transmitimos de manera verbal, estamos realizando una investigación cuyo propósito es describir y analizar las condiciones de trabajo de los trabajadores sociales que se desempeñan en hospitales públicos del Gran Mendoza atendiendo a las dimensiones contempladas en la noción de trabajo decente.*

*La OIT (Organización Internacional de Trabajo) caracteriza el trabajo decente como “el trabajo productivo, en el cual los derechos son respetados, con seguridad y protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que afectan a los trabajadores” (Quintana Zavala, M. y otros, 2014).*

*El estudio cuenta con el acompañamiento y es financiado por el Colegio de Trabajo Social de Mendoza y su realización fue aprobada a partir de la “Convocatoria de la Secretaría de Formación, Investigación y Supervisión del Colegio de Trabajo Social de Mendoza para PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2017”.*

*Conformamos el grupo de trabajo: Lic. Graciela Quinteros, Lic. Yanina Roslan Angeloni, Lic. Viviana Varela y Lic. Analía G. Correa, con la dirección de la Dra. Cecilia Molina.*

*Como equipo de investigadores nos motivó estudiar las condiciones de trabajo de quienes nos desempeñamos en los hospitales públicos del Gran Mendoza porque aspiramos a realizar aportes, que contribuyan al efectivo ejercicio del derecho al trabajo, en condiciones de dignidad atendiendo a las dimensiones contempladas en la concepción de trabajo decente.*

*La población del estudio son los trabajadores sociales que se desempeñan en los hospitales del Gran Mendoza en sus diferentes modalidades de inserción (personal de planta, contratados, residentes, integrantes del servicio social del hospital o incorporados a los mismos a partir de programas de salud nacionales y provinciales).*

*Es nuestra intención que los resultados que obtengamos sean útiles para los trabajadores sociales que se desempeñan en el ámbito hospitalario del Gran Mendoza y pueda ciertamente contribuir con nuevos aportes al Colegio Profesional de Trabajo Social, identificando la factibilidad de transferir el constructo teórico de trabajo decente al análisis de otros contextos institucionales donde se insertan los colegas.*

*El trabajo de campo al que queremos convocarte a participar contempla el llenado de un cuestionario autoadministrado (estimamos que te llevará aproximadamente 10 minutos responderlo) y grupos de discusión para profundizar en los resultados que arroje el cuestionario.*

*De considerar participar nos comprometemos a aclarar cualquier duda acerca de la investigación y a respetar la libertad de retirar tu consentimiento o responder parcialmente al cuestionario.*

*Para preservar la confidencialidad de la información hemos tomado las siguientes medidas:*

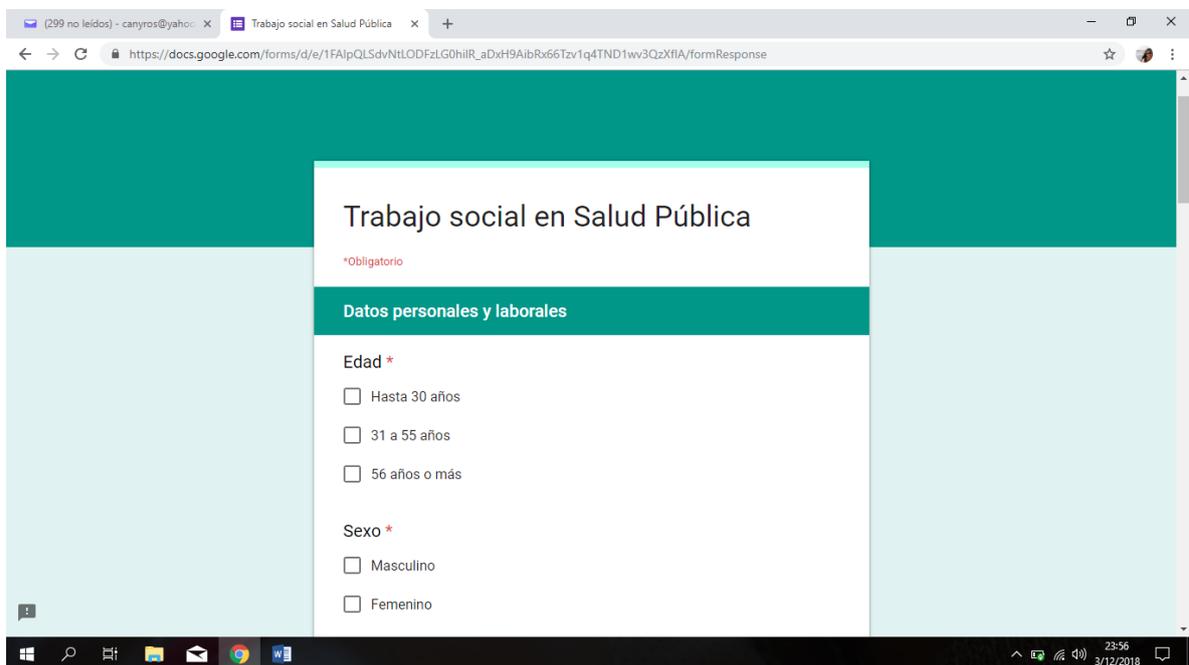
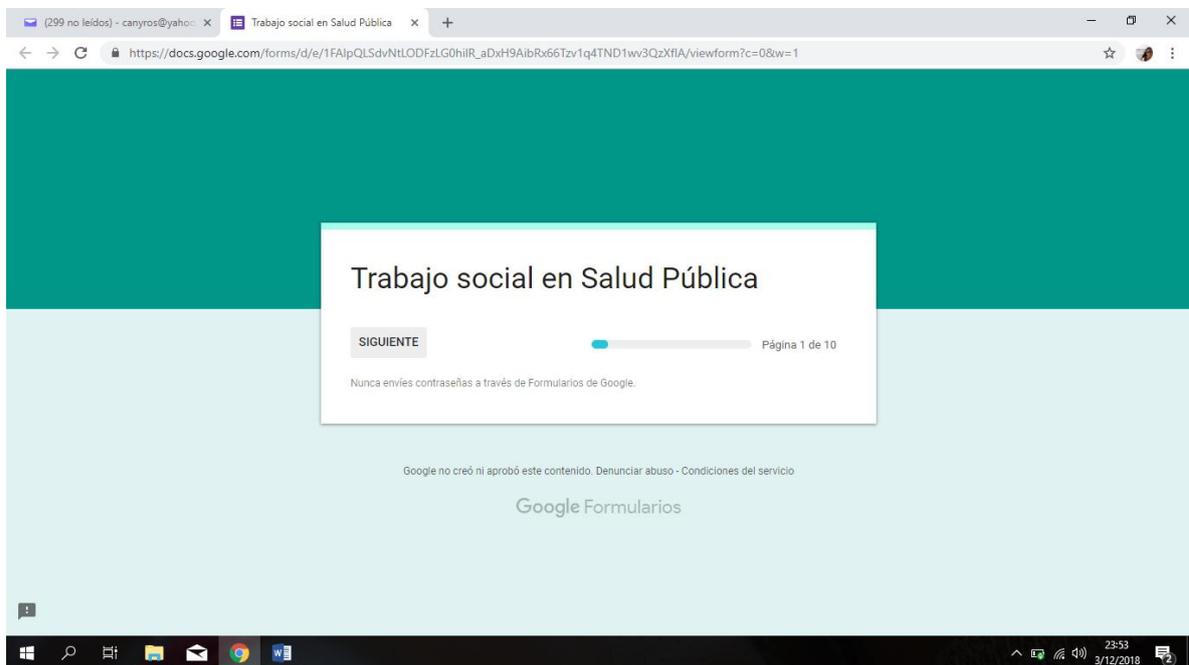
- ✦ el cuestionario no contempla la identificación del lugar de trabajo,*
- ✦ omitimos preguntas que pudieran inducir la identificación de los participantes,*
- ✦ las respuestas se volcarán en una base de datos cuya administración hemos delegado en una profesional de las ciencias sociales experta en cuestionarios y sin vínculo con los patrocinadores de la investigación (Colegio Profesional) ni con los empleadores (Ministerio de Salud),*
- ✦ la plataforma diseñada posibilita volcar y analizar resultados de manera agregada,*
- ✦ los grupos de discusión serán voluntarios, tendrán lugar fuera de los espacios de trabajo y serán coordinados por profesionales externos.*

*Te agradecemos nos hagas llegar tu decisión de participar o no por este medio, en que instancia del estudio (Cuestionario/ grupo de discusión/ ambos/ Jornada de transferencia de resultados) y la dirección de correo /teléfono a través del cual preferís contactarte con el equipo de investigación.*

*Saludamos atentamente.*

*Equipo de Investigación:  
Directora  
Dra. Cecilia Molina  
Integrantes  
Lic. Graciela Quinteros  
Lic. Yanina Roslan Angeloni  
Lic. Viviana Varela  
Lic. Analía G. Correa*

## ANEXO 2. Modelo de cuestionario



(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

← → ↻ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse ☆

**Vínculo laboral con el Hospital \***

- Personal de planta permanente
- Personal de planta temporaria
- Contratado de locación de servicios
- Contratado de locación de obra
- Residente
- Personal de un programa ministerial afectado al Hospital
- Personal de otra área de salud adscripto al Hospital
- Otros: \_\_\_\_\_

**Desde que ingresó al Hospital, ¿cambió en algún momento ese vínculo?**

- Sí
- No
- Otros: \_\_\_\_\_

23:57  
3/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

← → ↻ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse ☆

**¿Cómo fue ese cambio?**  
(Responda sólo si cambió su situación laboral)

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**¿Cuántas horas en total por semana trabaja en el Hospital?**

- 24 horas
- 36 horas
- 44 horas
- Otros: \_\_\_\_\_

**¿Trabaja en otro lugar además del Hospital? \***

- No
- Sí

**¿Dónde trabaja?**  
(Responda sólo si trabaja también fuera del Hospital, puede marcar más de una opción)

- En otra repartición pública de salud
- En una repartición pública de otra política social

23:58  
3/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo... x Trabajo social en Salud Pública x +

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1wv3QzXfIA/formResponse

En una ONG

En una empresa u organización privada

Otros: \_\_\_\_\_

**¿Cuántas horas trabaja por semana EN TOTAL?**  
(Conteste sólo si trabaja también fuera del Hospital)

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de formación de posgrado ha realizado en Salud?**  
(Puede marcar más de una opción)

No tengo formación de posgrado en Salud

Posgrado

Curso/s de posgrado

Diplomatura

Maestría

Especialización

Residencia

23:58  
3/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo... x Trabajo social en Salud Pública x +

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1wv3QzXfIA/formResponse

Especialización

Residencia

Otros: \_\_\_\_\_

**¿Cuántos años de antigüedad tiene en el trabajo hospitalario? \***  
(Puede considerar periodos discontinuos y años trabajados en otros hospitales)

Menos de 2 años

Entre 3 y 10 años

Más de 10 años

ATRÁS SIGUIENTE

Página 2 de 10

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio

Google Formularios

23:58  
3/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

← → ↻ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse ☆

## Trabajo social en Salud Pública

\*Obligatorio

### Ingreso al Hospital

¿Cómo surgió para usted la posibilidad de ingresar a trabajar al Hospital? \*

(Puede marcar más de una opción)

- Por concurso
- Por un contacto personal
- Por un contacto del ámbito académico
- Por recomendación de un colega
- Presenté un proyecto
- Otra

23:59 3/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

← → ↻ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNtLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse ☆

¿Por qué decidió trabajar en el Hospital? \*

(Puede marcar más de una opción)

- Me gusta el área salud
- Fue la única oportunidad laboral en ese momento
- Fue la mejor oportunidad laboral en ese momento
- Por la posible estabilidad del empleo público
- Me formé específicamente en salud
- Otra

ATRÁS SIGUIENTE

Página 3 de 10

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio

Google Formularios

00:00 4/12/2018

Trabajo social en Salud Pública

\*Obligatorio

### Remuneración

¿En qué rango de ingresos se encuentra el salario de bolsillo que percibe por su trabajo en el Hospital?  
(Figura como referencia la Canasta Básica Total -CBT- publicada por el INDEC para el mes de noviembre de 2017)

Hasta 16.000 pesos inclusive

Más de 16.000 pesos

¿Cómo valora su salario en relación a la tarea que realiza en el Hospital? \*

Más que suficiente

Suficiente

Insuficiente

Muy insuficiente

¿Qué aspectos toma en cuenta para considerar su salario de esa manera? \*

(Puede marcar más de una opción)

Mi carga familiar

El salario promedio de los trabajadores

La escala salarial de los trabajadores de la Salud

La responsabilidad que implica mi tarea

Mi formación académica

La cantidad de horas trabajadas

Los riesgos a los que estoy expuesto/a diariamente

Otros: \_\_\_\_\_

ATRÁS SIGUIENTE

Página 4 de 10

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Trabajo social en Salud Pública

Estabilidad laboral

¿Qué tan estable considera que es su trabajo en el Hospital en este momento? \*

Estable

Poco estable

Inestable

¿Siente algún tipo de temor de que su situación laboral cambie negativamente el próximo año? \*

Sí

No

¿Qué factores considera que pueden influir en ese cambio negativo?  
(Responda sólo en caso de temer algún desmejoramiento de su situación)

Tu respuesta

ATRÁS SIGUIENTE

Página 5 de 10

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Trabajo social en Salud Pública

\*Obligatorio

Ambiente laboral

En el hospital, ¿recibió alguna vez un trato discriminatorio o injusto? \*

Sí, frecuentemente o en varias oportunidades

Sí, pero sólo excepcionalmente

No, nunca

¿Por qué motivo?  
(Responda sólo si recibió trato discriminatorio, puede marcar más de una opción)

Edad

Género

Profesión

Ideología política

Diferencias en la formación académica

Otros:

Trabajo social en Salud Pública

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNTLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse

**¿Por parte de quién o quiénes?**  
(Responda sólo si recibió trato discriminatorio, puede marcar más de una opción)

Directivo/a u otra autoridad del Hospital

Colega

Jefe/a de servicio

Profesional médico/a

Otro profesional de la salud

Usuarios/as

Otros: \_\_\_\_\_

**¿Informó sobre esa situación discriminatoria?**  
(Responda sólo si recibió trato discriminatorio, puede marcar más de una opción)

Sí, realicé una denuncia formal en el Hospital

Sí, informé al Colegio Profesional

Sí, informé a mi gremio

Sí, informé de manera informal a mi jefe u otros mandos

No, sólo lo comenté con mis compañeros más cercanos

No, no lo informé ni hablé con nadie del ámbito laboral sobre esa experiencia

00:03  
4/12/2018

Trabajo social en Salud Pública

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNTLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse

**En una escala del 1 al 10 donde 1 equivale a una autonomía casi nula y 10 a una total autonomía profesional, ¿qué puntaje le pondría a su desempeño cotidiano dentro del Hospital en este momento? \***  
(\*Autonomía es, en este contexto, la libertad para aplicar el conocimiento especializado de la profesión empleando el criterio y el conocimiento propios para tomar decisiones)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**En caso de tener usted hoy alguna disconformidad o conflicto en el trabajo, ¿considera que sería fácil expresarlo y obtener una solución justa? \***

Seguramente sí

Probablemente sí

Probablemente no

Seguramente no

**¿Cómo cree que es la valoración de su rol profesional en el Hospital, por parte de...? \***

	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Directivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

00:04  
4/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNTLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse

¿Cómo cree que es la valoración de su rol profesional en el Hospital, por parte de...? \*

	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Directivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros profesionales de la salud (psicólogos, enfermeros/as, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociedad en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras instituciones (municipios, ONG's, Desarrollo Social, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿En qué medida participa usted en a toma de decisiones del Hospital que afectan su desempeño profesional? \*

05:42 4/12/2018

(299 no leídos) - canyros@yahoo.com x Trabajo social en Salud Pública x +

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvNTLODFzLG0hiIR\_aDxH9AibRx66Tzv1q4TND1w3QzXfIA/formResponse

Otras instituciones (municipios, ONG's, Desarrollo Social, etc.)

¿En qué medida participa usted en a toma de decisiones del Hospital que afectan su desempeño profesional? \*

Mucho

Bastante

Poco

Nada

ATRÁS SIGUIENTE

Página 6 de 10

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio

Google Formularios

05:42 4/12/2018

Trabajo social en Salud Pública

\*Obligatorio

### Seguridad laboral

En su trabajo en el Hospital, ¿qué tan expuesto/a está a riesgos tales como...? \*

	Muy expuesto/a	Medianamente expuesto/a	Poco o nada expuesto/a
Accidentes o inseguridad en la realización de entrevistas fuera del Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accidentes o inseguridad en la realización de entrevistas dentro del Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trato violento por parte de los usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de supervisión en casos conflictivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trato irrespetuoso o injusto por parte de otros trabajadores del Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Existe otro riesgo al que se encuentre expuesto/a que no figure en la tabla anterior? ¿Cuál/es?

Tu respuesta

---

En caso de que usted sufriera un daño por estar expuesto/a a esos riesgos, ¿quién le resulta más confiable para recurrir en busca de una solución?

(No se pregunta a qué actor DEBE recurrir por norma, sino en quién confía más. Puede marcar más de una opción)

- Al área de Recursos Humanos del Hospital
- Al Colegio de Trabajadores Sociales
- Al sindicato
- A los compañeros de trabajo
- Intentaría resolverlo por mi cuenta, sin recurrir a nadie
- Otros: \_\_\_\_\_

ATRÁS SIGUIENTE

Página 7 de 10

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Trabajo social en Salud Pública

\*Obligatorio

**Representación sindical y colegiada**

¿Está usted afiliado/a a algún gremio en este momento?

Sí

No

¿Qué tan dispuesto/a está a afiliarse a algún sindicato en el próximo año?  
(Responda sólo si no está afiliado en este momento)

Mucho

Bastante

Poco

Nada

Mucho

Bastante

Poco

Nada

¿Está usted matriculado en el Colegio de Trabajadores Sociales en este momento? \*

Sí

No

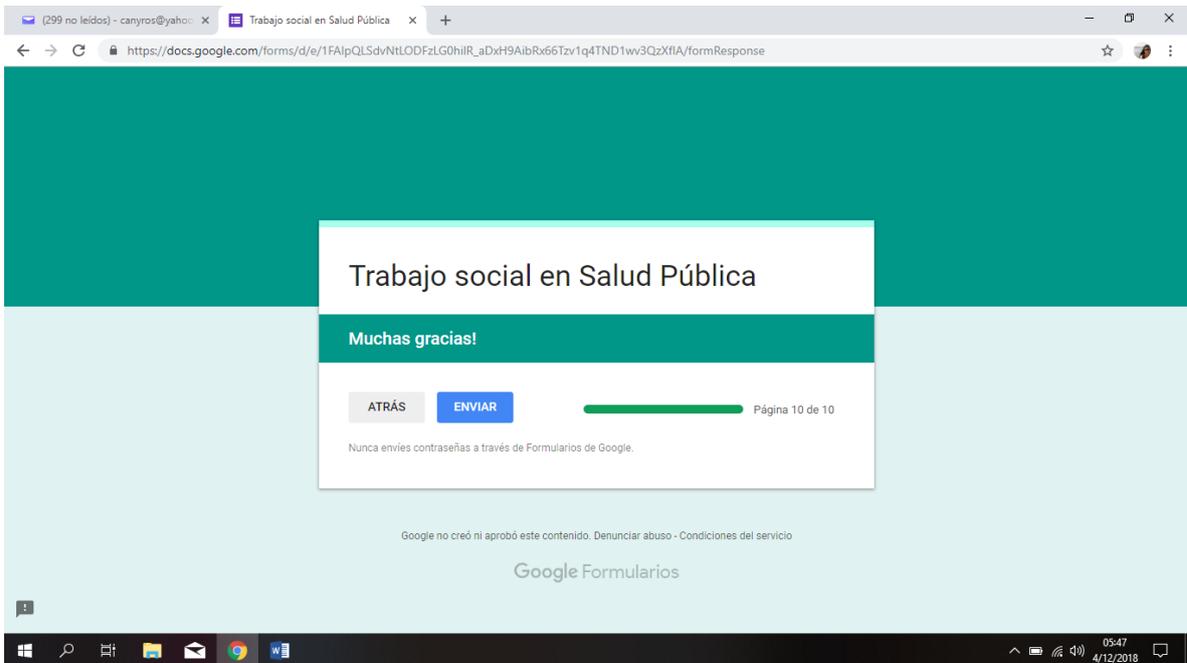
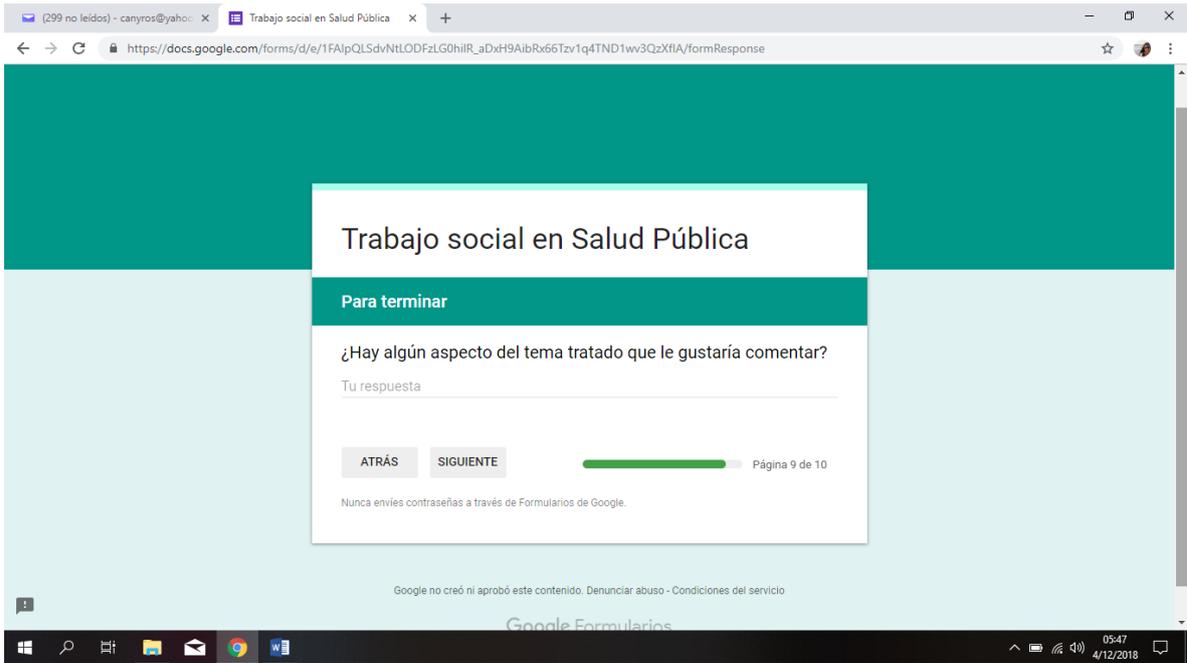
ATRÁS SIGUIENTE

Página 8 de 10

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio

Google Formularios



## ***ANEXO 3. Guía orientadora de las entrevistas***

### **Ejes a profundizar en las entrevistas a colegas**

- 1) Los resultados de los cuestionarios arrojan que la mayor parte de los TS de los hospitales tienen cargos de 24 hs. semanales. Pero hay un porcentaje que acumula más del doble de horas semanales de trabajo ¿por qué razón? ¿Sólo ingresos? Y en todo caso ¿Cómo repercute para su trabajo en el hospital la carga externa? ¿Y en su vida personal, familiar etc.?
- 2) ¿Qué consecuencias cree que tiene el hecho de que el TSH está altísimamente a cargo de mujeres?
- 3) Forma de reclutamiento ¿Cuáles son los otros que no son concurso, contacto personal, contacto del ámbito académico, recomendación de un colega o presentación de un proyecto? La opción otro es la más relevante junto a la recomendación de un colega y seguido de cerca por los concursos (que se debe corresponder con los residentes, según entiendo
- 4) En relación a lo anterior y dado que en el trabajo social hospitalario hay una instancia de formación de posgrado sistemática como lo es el sistema de residencias sería bueno indagar (o reflejar en el informe ya que eso lo deben saber ustedes) si, una vez finalizada la residencia, es un antecedente de peso para ingresar (como personal de planta o contratado) a trabajar en el ámbito hospitalario. O saber si, por el contrario, un egresado de la residencia se encuentra tan a expensas como cualquiera de la posibilidad de acceder a trabajar con cierta
- 5) Es muy alta la proporción de entrevistados que dicen que trabajan en salud porque “les gusta el área” ¿qué es lo que les gusta del área? ¿qué posibilidades de gratificación profesional ofrece salud respecto a otras posibles áreas de intervención del TS, incluso en el campo de la salud?

- 6) Las entrevistas no arrojan una marcada insatisfacción con los ingresos que se perciben en el TSH ¿a qué lo atribuyen? ¿Cuáles son los parámetros desde lo que se juzgan que los ingresos son medianamente suficientes?
- 7) Se puede leer cierto temor entre los TSH, aun los de planta, por las condiciones de trabajo ¿En qué factores del contexto general (o particular de su hospital) se asientan esos temores?
- 8) Es muy alta la proporción de respondientes que identifica haber vivido situaciones de discriminación en su lugar de trabajo y que ese trato discriminatorio tiene relación con la profesión que se ejerce ¿cómo se interpreta esta percepción?
- 9) Los médicos y otros integrantes del equipo de salud aparecen como los principales discriminadores... ¿podrían identificar situaciones cotidianas significativas que ejemplifiquen estas discriminaciones?
- 10) Resulta llamativo tanta discriminación entre los que teóricamente son “pares” con quienes ejercen funciones jerárquicas... (en el hospital, en los servicios...) ¿Cómo explica el fenómeno?
- 11) El planteo anterior es contradictorio con las respuestas que arrojan una poca valoración del rol del TS entre las autoridades de los hospitales ¿qué creen? ¿no nos discriminan porque directamente nos ignoran?
- 12) Frente a las situaciones de discriminación se recurre casi exclusivamente a los grupos de contención cercanos. Las instancias más formales de protección del trabajo (gremio, colegio TS, autoridades del hospital son mucho menos consideradas ¿Por qué cree que pasa esto? Y qué consecuencias cree que tiene en orden a erradicar prácticas de discriminación.
- 13) Es muy alta la proporción de entrevistados que siente que goza de una alta autonomía en su trabajo. ¿en qué se expresa esa autonomía? ¿Qué posibilidades abre en el ejercicio de la profesión en el hospital?

14) ¿Por qué se cree que el TS participa poco o nada en decisiones institucionales?

15) La percepción de alta autonomía profesional y de baja participación en las decisiones institucionales ¿significan algo así como que podemos hacer más bien lo que queremos total somos medio invisibles?

## ***ANEXO 4. Resultados de metodología cuantitativa***

### **Trabajadores sociales y trabajo digno en el sistema público de Salud**

#### **Informe de resultados de encuesta<sup>3</sup>**

##### METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta a través de un **formulario electrónico** que fue enviado por email durante el mes de mayo de 2018 para su autoadministración por 55 trabajadores sociales que trabajan en hospitales públicos del Gran Mendoza. Se obtuvo respuesta efectiva en **41 casos**, lo que representa el 75% de la población bajo estudio, aunque por la modalidad de relevamiento se trata de una muestra no probabilística, dado que la participación fue voluntaria.

En el cuerpo del email se incluyó una breve descripción de la investigación y un consentimiento informado que se consideró aceptado con el llenado del formulario.

El cuestionario estaba compuesto por **33 preguntas**, la mayor parte con opciones predefinidas de respuesta, distribuidas en 6 bloques correspondientes a las dimensiones del trabajo decente según la operacionalización del trabajo decente realizada por el equipo de investigación. En todos los casos, cuando la posible respuesta correspondía a una categoría no definida ("otro/a") se abrió un campo para su explicitación por parte del encuestado. Se agregó un último campo para comentarios libres y comentarios y se preguntaron datos de base (edad y sexo).

Cabe resaltar que, por las características de la herramienta con la cual se realizó la encuesta, la **confidencialidad** de las respuestas quedó totalmente garantizada ya que la misma no permite identificar el email desde el cual se respondió el formulario, figurando sólo día y hora del llenado del mismo.

---

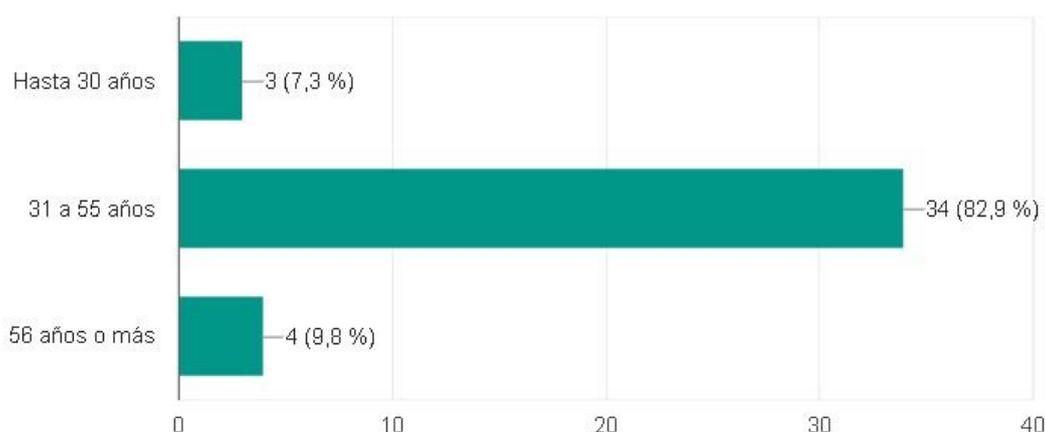
<sup>3</sup> Trabajo elaborado por la Lic. Cecilia Silva, socióloga, profesional externa al equipo de investigación.

## RESULTADOS

### 1) DATOS DE BASE PERSONALES Y LABORALES

**Edad y sexo.** El 85% de los encuestados tiene entre 31 y 55 años. Sólo dos son varones (5%).

*Gráfico 1: Edad de los encuestados*



**Vínculo laboral y función en el Hospital.** La mitad de los encuestados pertenece a la planta permanente de los hospitales, de los cuales 1 de cada 3 fueron efectivizados luego de un período de contrato de locación de servicios. Un 20% se encuentra haciendo una residencia y un porcentaje similar pertenece a un programa del Ministerio de Salud y está afectado al Hospital en el que trabaja. Sólo el 5% son contratados de locación de servicios.

En dos casos puntuales se verificó un cambio en la función desempeñada por obtención del título de trabajador social (enfermera, administrativa). En otro caso, la encuestada estuvo adscripta por cargo de mayor jerarquía en otra repartición. Se trata en los tres casos de empleadas de planta.

**Horas trabajadas y pluriempleo.** El 73% de los encuestados trabaja en el hospital un total de 24 horas semanales. Un 17% trabaja casi el doble de horas, entre 44 y 49.

Además, 1 de cada 3 encuestados trabaja en otro lugar, en general otro organismo público. La mayor parte de este grupo trabaja 24 horas en el hospital pero suma como mínimo otras 10 horas semanales en su otro empleo. El máximo de horas trabajadas por semana es 55.

En términos generales, entonces, sólo la mitad de los encuestados trabaja sólo 24 horas semanales, un 20% entre 25 y 39 horas y el 30% restante 40 horas o más.

*Tabla 1: ¿Cuántas horas trabaja por semana en total?*

Horas	%	Casos
18	2	1
24	49	20
32	5	2
34	2	1
35	5	2
36	2	1
39	2	1
40	7	3
43	2	1
44	7	3
48	2	1
49	7	3
50	2	1
55	2	1

**Formación de posgrado en salud.** Sólo el 20% de los encuestados declaró que hasta el momento no ha realizado ninguna formación de posgrado en la temática.

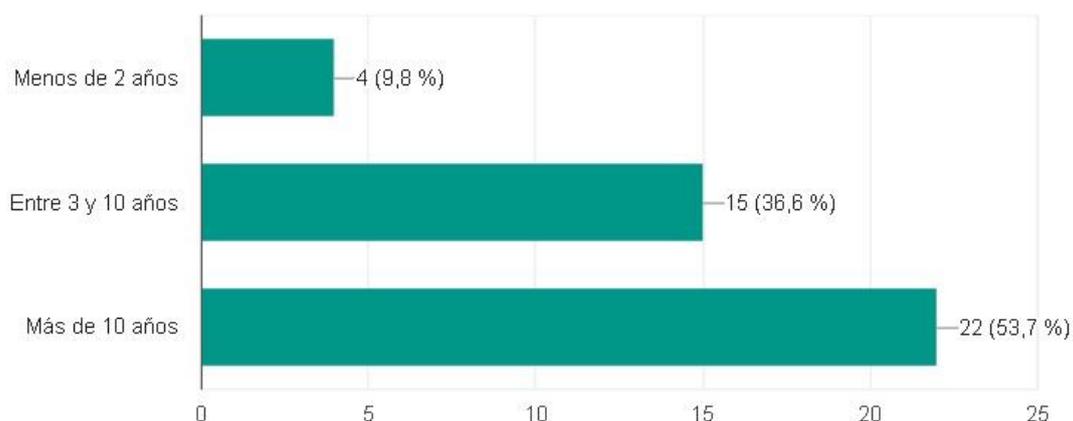
Del 80% que sí se ha formado, la gran mayoría combina distintas instancias de formación, es decir, se ha formado a distintos niveles y en más de una oportunidad. La formación más frecuente son los cursos de posgrado, ya que la mitad de los encuestados ha realizado al menos uno. Sigue en orden de importancia la residencia (30% de los encuestados) y la menos común es una maestría, ya que sólo el 7% presenta esa formación.

*Tabla 2: ¿Qué tipo de formación de posgrado ha realizado en Salud?*

	%	Casos
Curso/s de posgrado	49	20
Residencia	27	11
Posgrado	17	7
Especialización	17	7
Diplomatura	12	5
Maestría	7	3
Jornadas, cursos	5	2

**Antigüedad en el trabajo hospitalario.** Poco más de la mitad de los encuestados trabaja en el hospital desde hace más de 10 años. Sólo 1 de cada 10 tiene una antigüedad menor a dos años.

*Gráfico 2: Antigüedad en el Hospital*



## 2) INGRESO AL HOSPITAL

**Oportunidad de trabajo<sup>4</sup>.** Sólo 1 de cada 4 encuestados ingresó al hospital por concurso. Casi la mitad lo hizo por la intervención de colegas u otros contactos personales o académicos.

<sup>4</sup> ¿Cómo surgió para usted la posibilidad de ingresar a trabajar al Hospital? (Puede marcar más de una opción)

- Por concurso
- Por un contacto personal
- Por un contacto del ámbito académico
- Por recomendación de un colega
- Presenté un proyecto

*Tabla 3: ¿Cómo surgió la posibilidad de ingresar a trabajar al Hospital?*

	%	Respuestas
Por recomendación de un colega	25	11
Por concurso	23	10
Por un contacto personal	16	7
Por un contacto del ámbito académico	7	3
Presenté un proyecto	5	2
Otra	25	11

**Motivación para trabajar en el Hospital<sup>5</sup>.** El motivo más mencionado es que al encuestado le gusta o le interesa el campo sanitario, de hecho, la opción de la lista elegida como motivo *único* por el 35% de los encuestados.

Otro grupo de encuestados que refieren este motivo refieren además que se formaron específicamente para trabajar en esta área o que fue la única/mejor oportunidad de trabajo que apareció en el momento de la búsqueda; pero en el total de respuestas estos dos motivos aparecen como algo más bien secundario.

*Tabla 4: ¿Por qué decidió trabajar en el Hospital?*

	%	Respuestas
Me gusta el área salud	45	28
Fue la mejor oportunidad laboral en ese momento	23	14
Me formé específicamente en salud	21	13
Fue la única oportunidad laboral en ese momento	6	4
Por la posible estabilidad del empleo público	5	3

### 3) REMUNERACIÓN

**Relación con la canasta básica total<sup>6</sup>.** Sólo 3 encuestados tienen una remuneración inferior a \$16.000 (7%).

**Valoración en relación a la tarea<sup>7</sup>.** 1 de cada 4 encuestados considera que su remuneración es suficiente teniendo en cuenta la tarea que hace en el Hospital. Un

<sup>5</sup> ¿Por qué decidió trabajar en el Hospital? (Puede marcar más de una opción)

Me gusta el área salud

Fue la única oportunidad laboral en ese momento

Fue la mejor oportunidad laboral en ese momento

Por la posible estabilidad del empleo público

Me formé específicamente en salud

Otra

<sup>6</sup> ¿En qué rango de ingresos se encuentra el salario de bolsillo que percibe por su trabajo en el Hospital?

Hasta 16.000 pesos inclusive

Más de 16.000 pesos

<sup>7</sup> ¿Cómo valora su salario en relación a la tarea que realiza en el Hospital?

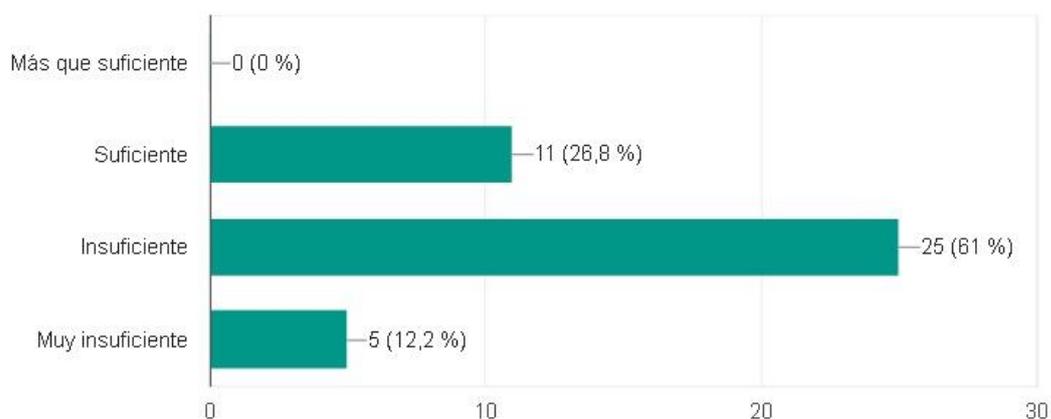
Más que suficiente

Suficiente

Insuficiente

grupo más pequeño, de alrededor del 10% de los encuestados, tiene una valoración negativa marcada y la considera "muy insuficiente". No obstante, la mayor parte de los encuestados (60%) está disconforme de manera más moderada y la considera sólo "insuficiente".

*Gráfico 3: Valoración de la remuneración percibida en relación a la tarea en el Hospital*



Los motivos<sup>8</sup> más frecuentemente mencionados por aquellos que están disconformes con su remuneración tienen que ver con la responsabilidad y los riesgos que implica el trabajo hospitalario.

*Tabla 5: ¿Qué aspectos toma en cuenta para considerar su salario (muy) insuficiente?*

	%	Respuestas
La responsabilidad que implica mi tarea	30	24
Los riesgos a los que estoy expuesto/a	20	16
Mi formación académica	18	14
La cantidad de horas trabajadas	13	10
La escala salarial de los trabajadores de la Salud	10	8
El salario promedio de los trabajadores	6	5
Mi carga familiar	3	2
El costo de vida/inflación	1	1

<sup>8</sup> ¿Qué aspectos toma en cuenta para considerar su salario de esa manera?(Puede marcar más de una opción)

Mi carga familiar

El salario promedio de los trabajadores

La escala salarial de los trabajadores de la Salud

La responsabilidad que implica mi tarea

Mi formación académica

La cantidad de horas trabajadas

Los riesgos a los que estoy expuesto/a diariamente

Otro

Los motivos más frecuentemente mencionados por aquellos que están conformes con su remuneración tienen que ver con la cantidad de horas trabajadas y el promedio salarial de los trabajadores en general. En este grupo encontramos profesionales que trabajan 24 y también 44 horas.

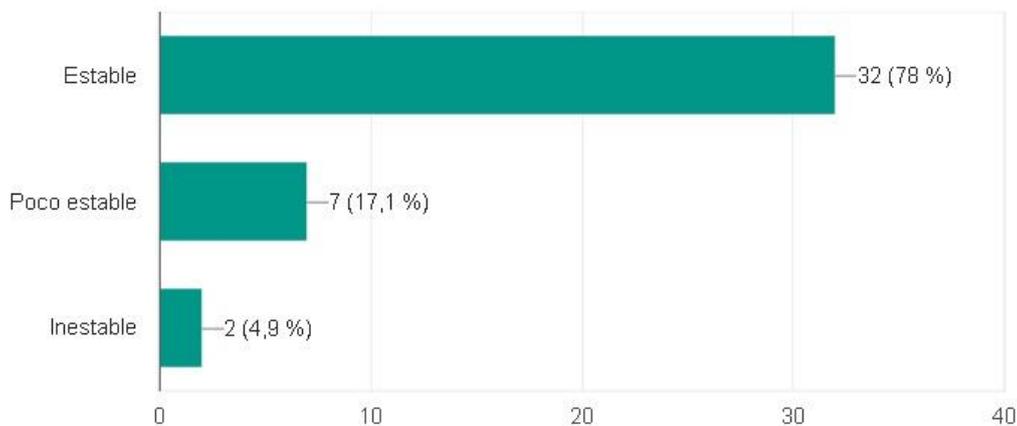
Tabla 6: ¿Qué aspectos toma en cuenta para considerar su salario suficiente?

	%	Respuestas
La cantidad de horas trabajadas	23	7
El salario promedio de los trabajadores	17	5
Mi formación académica	17	5
La escala salarial de los trabajadores de la Salud	13	4
La responsabilidad que implica mi tarea	13	4
Los riesgos a los que estoy expuesto/a	10	3
Mi carga familiar	7	2

#### 4) ESTABILIDAD LABORAL

**Estabilidad<sup>9</sup>.** El 80% de los encuestados considera que su trabajo es estable. Dentro del otro 20% que considera que está en situación de inestabilidad encontramos residentes, contratados y personal de programas adscriptos al Hospital.

Gráfico 4: Valoración de la remuneración percibida en relación a la tarea en el Hospital



**Cambios negativos en el próximo año<sup>10</sup>.** El 40% de los encuestados manifiesta sentir incertidumbre o temor respecto de posibles cambios negativos en la situación

<sup>9</sup> ¿Qué tan estable considera que es su trabajo en el Hospital en este momento?

Estable

Poco estable

Inestable

<sup>10</sup> ¿Siente algún tipo de temor de que su situación laboral cambie negativamente el próximo año?

laboral. En este grupo encontramos trabajadores sociales con distintos vínculos con el Hospital, entre ellos empleados de planta, dado que esta percepción pesimista no tiene que ver exclusivamente con la estabilidad laboral individual, sino que entran inconsideración factores contextuales relacionados con las transformaciones neoliberales de la economía, el mercado de trabajo y el sector salud.

Algunas respuestas...

*"El presupuesto del programa"*

*"La reorganización de la política sanitaria"*

*"La falta de presupuesto gubernamental para pagar prestaciones indispensables"*

*"La pésima situación actual del país"*

*"La política de gobierno actual"*

*"Las horas de mayor dedicación se renuevan anualmente por decreto de gobernación, lo cual implica que no se sabe cuando pueden finalizar o continuar"*

*"No tener definido mi traslado en forma permanente al Hospital por ser adscripta"*

*"Las condiciones laborales"*

*"La depreciación de los salarios y pérdida de derechos laborales"*

*"Los cambios previsionales"*

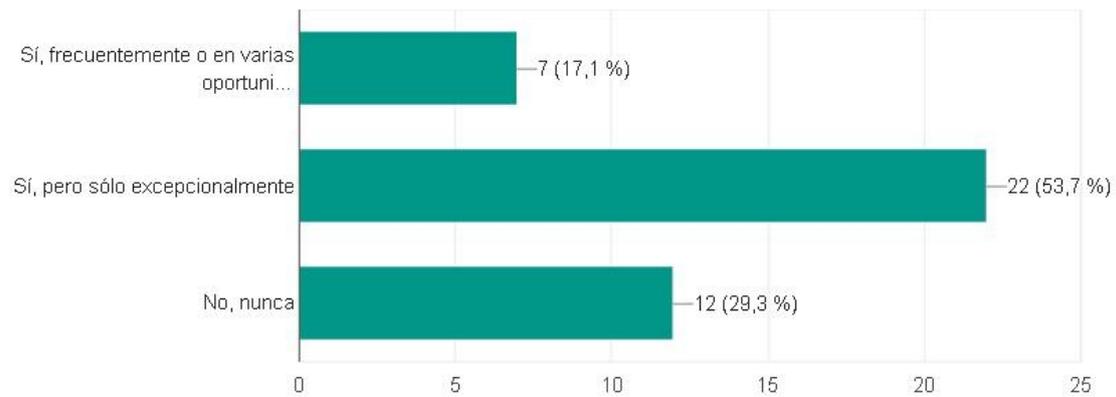
## **5) AMBIENTE DE TRABAJO**

**Trato discriminatorio**<sup>11</sup>. 2 de cada 3 encuestados afirmaron haber sufrido trato discriminatorio o injusto en al menos una oportunidad dentro del Hospital, aunque la mayor parte de ellos lo consideran excepcional. La causa más frecuentemente atribuida<sup>12</sup> a esta situación es la profesión.

---

	Sí
	No
11	En el hospital, ¿recibió alguna vez un trato discriminatorio o injusto?
	Sí, frecuentemente o en varias oportunidades
	Sí, pero sólo excepcionalmente
	No, nunca
12	¿Por qué motivo? (Puede marcar más de una opción)

*Gráfico 5: Situaciones de trato discriminatorio o injusto*



*Tabla 7: ¿Por qué motivo recibió trato discriminatorio?*

	%	Respuestas
Profesión	40	19
Diferencias en la formación académica	21	10
Ideología política	15	7
Género	11	5
Edad	6	3
Por el espacio físico	2	1
Antigüedad	2	1
Poder	2	1

Los profesionales de la salud, en especial médicos y médicas, aparecen con mayor frecuencia como los dispensadores de este tipo de trato<sup>13</sup>. Las autoridades del Hospital son los/as menos mencionados/as.

---

13

Edad  
 Género  
 Profesión  
 Ideología política  
 Diferencias en la formación académica  
 Otro  
 ¿Por parte de quién o quiénes? (Puede marcar más de una opción)  
 Directivo/a u otra autoridad del Hospital  
 Colega  
 Jefe/a de servicio

*Tabla 8: ¿Por parte de quién/es recibió trato discriminatorio o injusto?*

	%	Respuestas
Profesional médico/a	42	22
Otro profesional de la salud	17	9
Colega	12	6
Usuarios/as	12	6
Jefe/a de servicio	10	5
Directivo/a u otra autoridad del Hospital	8	4

En el 90% de los casos, los encuestados que se sintieron discriminados o maltratados no informaron ni denunciaron formalmente la situación ante ninguna autoridad u organización<sup>14</sup>.

*Tabla 9: ¿Informó sobre esa situación discriminatoria?*

	%	Casos
Sólo lo comenté con mis compañeros más cercanos	55	21
Informé de manera informal a mi jefe u otros mandos	32	12
Realicé una denuncia formal en el Hospital	3	1
Informé al Colegio Profesional	3	1
Informé a mi gremio	3	1
Otro	5	2

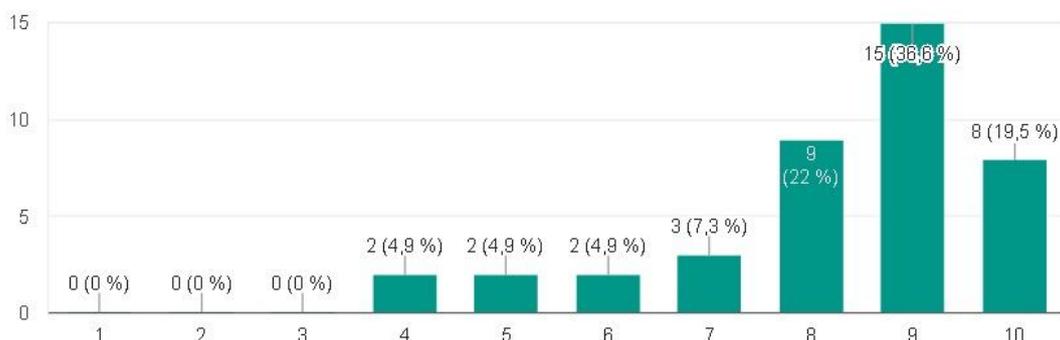
**Autonomía<sup>15</sup>.** La gran mayoría de los encuestados considera que goza de un grado considerable de autonomía, considerando ésta como la libertad para aplicar el

---

	Profesional médico/a
	Otro profesional de la salud
	Usuarios/as
	Otro
14	¿Informó sobre esa situación discriminatoria? (Puede marcar más de una opción)
	Sí, realicé una denuncia formal en el Hospital
	Sí, informé al Colegio Profesional
	Sí, informé a mi gremio
	Sí, informé de manera informal a mi jefe u otros mandos
	No, sólo lo comenté con mis compañeros más cercanos
	No, no lo informé ni hablé con nadie del ámbito laboral sobre esa experiencia
	Otro
15	En una escala del 1 al 10 donde 1 equivale a una autonomía casi nula y 10 a una total autonomía profesional, ¿qué puntaje le pondría a su desempeño cotidiano dentro del Hospital en este momento?

conocimiento especializado de la profesión empleando el criterio y el conocimiento propios para tomar decisiones. En una escala del 1 al 10 donde 1 significa una autonomía nula y 10 una autonomía absoluta, el 80% de los encuestados ubicó su desempeño en el hospital en los puntos 8, 9 y 10.

*Gráfico 6: Puntaje otorgado al grado de autonomía en el trabajo*

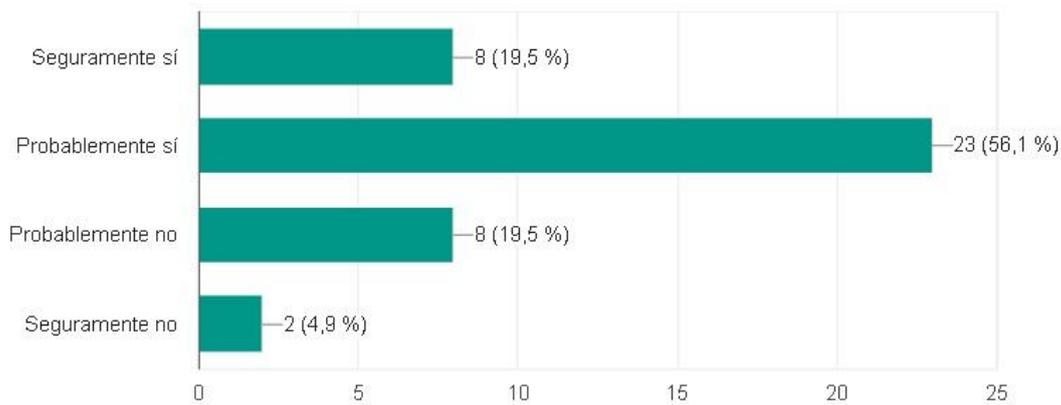


**Resolución de conflictos<sup>16</sup>**. 3 de cada 4 encuestados considera que, en caso de tener alguna disconformidad o conflicto en el trabajo, sería probable o seguramente fácil expresarlo y obtener una solución justa.

*Gráfico 7: Probabilidad de resolver conflictos o problemas en el trabajo*

<sup>16</sup> En caso de tener usted hoy alguna disconformidad o conflicto en el trabajo, ¿considera que sería fácil expresarlo y obtener una solución justa?

- Seguramente sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Seguramente no



**Valoración del rol de trabajador social hospitalario por otros actores sociales<sup>17</sup>.** La amplia mayoría de los encuestados (85% - 100%) opina que tanto los actores del sistema sanitario (profesionales de la salud, usuarios, autoridades) como la sociedad en general, los colegas y otras instituciones valoran positivamente su rol profesional dentro del hospital.

Los actores a los que los encuestados atribuyen más casos de poca valoración de su rol son las autoridades hospitalarias y la sociedad en general. Dentro del hospital se sienten más valorados por los usuarios/as y mucho menos por los médicos/as.

---

<sup>17</sup> ¿Cómo cree que es la valoración de su rol profesional en el Hospital, por parte de...?

- Directivos
- Médicos/as
- Usuarios/as
- Otros profesionales de la salud (psicólogos, enfermeros/as, etc.)
- Colegas
- Sociedad en general
- Otras instituciones (municipios, ONG's, Desarrollo Social, etc.)

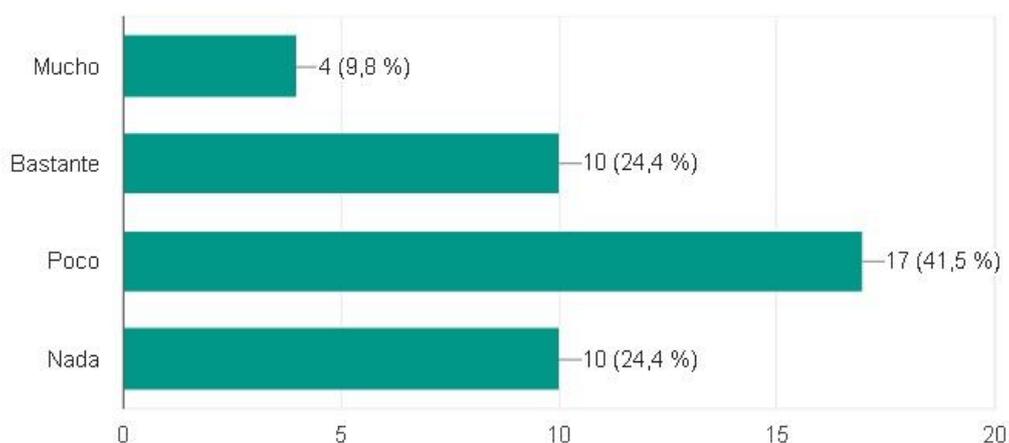
Tabla 10: ¿Cómo cree que es la valoración de su rol profesional en el Hospital?

	Muy buena	Buena	(+)	Regular	Mala	(-)
Directivos	34	51	<b>85</b>	12	2	<b>15</b>
Médicos/as	32	59	<b>90</b>	10	0	<b>10</b>
Usuarios/as	63	34	<b>98</b>	2	0	<b>2</b>
Otros/as profesionales de la salud	46	49	<b>95</b>	5	0	<b>5</b>
Colegas	63	37	<b>100</b>	0	0	<b>0</b>
Sociedad en general	39	46	<b>85</b>	15	0	<b>15</b>
Otras instituciones	44	49	<b>93</b>	7	0	<b>7</b>

(En porcentaje de casos, suma 100 en forma horizontal)

**Participación en las decisiones**<sup>18</sup>. Sólo 1 de cada 3 encuestados considera que participa en las decisiones del Hospital que repercuten de una manera u otra en su desempeño profesional.

Gráfico 8: Grado de participación en las decisiones que afectan el trabajo



## 6) SEGURIDAD LABORAL

<sup>18</sup> ¿En qué medida participa usted en la toma de decisiones del Hospital que afectan su desempeño profesional?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

**Exposición a riesgos<sup>19</sup>.** La mayor parte de los encuestados se siente expuesta a accidentes, inseguridad o violencia en su trabajo dentro del hospital, concretamente en la relación con los usuarios/as. En el caso del trato violento por parte de éstos, el 90% contestó en forma afirmativa. No obstante, la sensación de exposición a éstos y otros riesgos es, en general, moderada.

*Tabla 11: En su trabajo en el Hospital, ¿qué tan expuesto/a está a estos riesgos?*

	Muy expuesto/a	Medianamente expuesto/a	Poco o nada expuesto/a
Accidentes/inseguridad por entrevistas fuera del Hospital	10	39	51
Accidentes/inseguridad por entrevistas en el Hospital	22	54	24
Trato violento por parte de los usuarios/as	24	63	12
Falta de supervisión en casos conflictivos	22	41	37
Trato irrespetuoso por parte de otros trabajadores	15	34	51

(En porcentaje de casos, suma 100 en forma horizontal)

**Soluciones ante el daño<sup>20</sup>.** Para los encuestados, los actores más confiables para recurrir a buscar una solución si sucediera un daño son los compañeros de trabajo y el Colegio de Trabajadores Sociales. El 60% mencionó el primer punto, mientras el 40% mencionó el segundo. El gremio aparece en tercer lugar por la mención del 20% de los encuestados.

<sup>19</sup> En su trabajo en el Hospital, ¿qué tan expuesto/a está a riesgos tales como...?

- Accidentes o inseguridad en la realización de entrevistas fuera del Hospital
- Accidentes o inseguridad en la realización de entrevistas dentro del Hospital
- Trato violento por parte de los usuarios/as
- Falta de supervisión en casos conflictivos
- Trato irrespetuoso o injusto por parte de otros trabajadores del Hospital

<sup>20</sup> En caso de que usted sufriera un daño por estar expuesto/a a esos riesgos, ¿quién le resulta más confiable para recurrir en busca de una solución? (Puede marcar más de una opción)

- Al área de Recursos Humanos del Hospital
- Al Colegio de Trabajadores Sociales
- Al sindicato
- A los compañeros de trabajo
- Intentaría resolverlo por mi cuenta, sin recurrir a nadie
- Otro

Tabla 12: ¿Quién le resulta más confiable para recurrir por la solución a un daño?

	%	Respuestas
Compañeros de trabajo	63	26
Colegio de Trabajadores Sociales	41	17
Sindicato	22	9
Area de Recursos Humanos del Hospital	20	8
Intentaría resolverlo por mi cuenta	7	3
Consulta externa	2	1

(Debe interpretarse como porcentaje de los encuestados que mencionan, no suma 100)

## 7) REPRESENTACIÓN SINDICAL Y COLEGIADA

**Afiliación sindical.** Sólo el 65% de los encuestados se encuentra afiliado a algún gremio en este momento. De los que no están afiliados, sólo una minoría (15%) se declara dispuesta a afiliarse próximamente.

**Matriculación.** Todos los encuestados están inscriptos en el Colegio de Trabajadores Sociales de Mendoza.

## 8) COMENTARIOS Y SUGERENCIAS<sup>21</sup>

Sólo 3 encuestados completaron este campo:

- 1) "Deberían desarrollarse talleres en los espacios laborales del "acoso laboral" para que los profesionales conozcan sus derechos y qué medidas tomar en caso de sufrirlo. Además tener en cuenta de brindarles herramientas a los jefes, asimismo cuando los colegas no cumplen sus obligaciones profesionales".
- 2) "La falta de sensibilización del personal de la salud que hace que las problemáticas sociales no puedan ser abordadas de forma correcta para generar cambios significativos en el nivel de atención a usuarios y en el trabajo interdisciplinario".
- 3) "La ocupación e invasión del espacio profesional por operadores sociales".

---

<sup>21</sup> ¿Hay algún aspecto del tema tratado que le gustaría comentar?

## ***ANEXO 5. Resultados de metodología cualitativa***

### **Trabajadores sociales y trabajo digno en el sistema público de Salud<sup>22</sup>**

#### **Informe de resultados de entrevistas**

##### METODOLOGÍA

Se realizaron cuatro entrevistas en profundidad a trabajadores sociales que trabajan en hospitales públicos del Gran Mendoza con el objetivo de profundizar algunos datos obtenidos en la encuesta y enriquecerlos con datos descriptivos, como también comprobar algunas hipótesis que el equipo elaboró en base a los resultados cuantitativos.

Los entrevistados fueron tres mujeres y un varón que trabajan en los hospitales Notti y Lagomaggiore. La relación con el hospital de los entrevistados es variada: una de ellos es empleada de planta con 30 años de antigüedad, otra es residente de quinto año, otra trabajadora social de un programa asignada al hospital y el trabajador social empleado de planta incorporado hace cinco años.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados y desgrabadas en su totalidad. El análisis se realizó agrupando categorías alrededor de las hipótesis y líneas de análisis definidas por el equipo previamente.

---

<sup>22</sup> Trabajo elaborado por la Lic. Cecilia Silva, socióloga, profesional externa al equipo de investigación.

## RESULTADOS

### 1) CARGA LABORAL

*Los resultados de los cuestionarios arrojan que la mayor parte de los trabajadores sociales (TS) de los hospitales tienen cargos de 24 hs semanales. Pero hay un porcentaje que acumula más del doble de horas semanales de trabajo, ¿por qué razón? ¿Sólo ingresos? Y en todo caso, ¿cómo repercute para su trabajo en el hospital la carga externa? ¿Y en su vida personal, familiar, etc.?*

Los motivos de trabajar más horas son variados: exigencia de la residencia (49 horas), horas compartidas con el programa (30 horas), aumento de la cantidad de horas por mayor antigüedad (36 horas). Sólo el TS varón trabaja 24 horas porque trabaja en otra área de política pública, acumulando 37 semanales. En todos los casos, la cantidad de horas trabajadas implican una adaptación de otros espacios personales, se ve claramente en el caso de las mujeres la tensión trabajo-crianza de los hijos.

Estoy estoy hasta las 18. Eh... como soy residente, ahora este año ya jefe de residentes, durante estos últimos 4 años no, hago 49 horas incluido sábados en la mañana, así que hacemos un total de casi 49 horas (...) Mira sí, porque... o sea, más allá de que soy residente y nos pagan por formarnos y hay una diferencia de sueldo en cuanto a... y también porque si bien soy trabajadora social está como en un régimen médico, o sea, basado en un régimen médico de guardia que cumplimos acá... y ítem que como trabajadora social no tendría, uno es el de Guardia, uno es ese... pero con mis compañeras que hacen 48 horas o que tienen trabajos dobles por ejemplo, cuando me saben contar, incluso ganan menos. (...) Y en realidad desde el cansancio mucho, porque no me deja como mucho tiempo para actividad externa porque yo de acá hoy salgo a las cinco, así que llego a mi casa -que vivo en las Heras- llego a las seis. Así que si quiero plantearme una actividad tiene que ser inmediatamente estar antes acá, y si vuelvo a mi casa tiene que ser planteada después de las siete, así que mucha... hay cosas que hago, turnos, terapias que hago, que ya son después de las ocho... Hay otras que tengo que son a las 10, 9 de la noche que es donde he podido. Y también implica

una búsqueda, porque no todo el mundo tiene estos horarios, no todo el mundo hace... así que implica mucho, me ha costado adaptarme, o sea, buscar actividad de ocio, poder fuera de acá hacer otras cosas, básicamente por el horario. Pero bueno, en estos cinco años llega un momento que no sé si te adaptás... no te puedo decir que me he adaptado, en el sentido de afuera, desde el afuera te digo, sino que voy buscando los espacios. Pero sí, es como mucho. Yo no tengo hijos, no estoy casada, así que me queda como muy poco tiempo para juntarme con amigos, incluso para compartir con la familia, la charla, para algo.

(Más horas...) no, tenés que tener... estar bien, tener todos los sentidos y la problemática acá, es muy difícil de llevar con niños. Quedás muy cansada, y no me parece que fuera una intervención apropiada estar más horas (...) No, yo he tratado de ir armonizando con el tiempo, también van cambiando las obligaciones personales, la edad de tus hijos, entonces bueno, como que se va adaptando en el camino. Yo tengo 30 años de antigüedad que cumplí ahora el 1 de agosto, entonces bueno, al principio no tenía tantas horas, tenía uno solo y más chico, ahora como que están un poco más grandes, lo voy armonizando como puedo.(...) Sí, tengo reclamos igualmente, de los más grandes “que no fuiste a todos los actos, que no me fuiste a buscar a la escuela nunca”, que bueno, son cosas, reclamos que ellos han sentido... lo he tratado de llevar lo mejor posible.

Sí, doy clases, en la tarde doy clases. Entonces como por ahí, está bueno eso... pero bueno te ofrecen como mejoras, mejoras salariales, por decirlo de alguna manera, pero te exigen el doble de horario. (...) (Es por una cuestión económica) No, no, una cuestión de vocación, me gusta, te conectas de otro espacio.

## 2) FEMINIZACIÓN DEL TRABAJO HOSPITALARIO

*¿Qué consecuencias tiene el hecho de que el TSH esté altísimamente a cargo de mujeres?*

Hay una gama de opiniones al respecto. El varón opina que sí tiene consecuencias y otra entrevistada también relata prácticas que implican diferencias o inequidades de género, pero coinciden todos que no se trata tanto del tipo o la naturaleza de la intervención o del ámbito hospitalario, sino más bien de sesgos de género que pueden estar influyendo en las relaciones, con consecuencias para las mismas TS.

Mirá, la verdad es que para algunas cuestiones en el Notti también estaba XX que era... nosotras notábamos sí diferencias a ver, no sé yo... tiene más llegada, tenía en algunas cuestiones... como por ejemplo en el Centro de Salud, XXX tenía mucha más llegada al coordinador, pero jamás quiso recibir a las trabajadoras sociales, pero XXX iba... como tenía otras actividades donde lo conocía, él tenía mucha más llegada y siempre tenía llegada al coordinador, eso me parecía muy loco. O sea, que no tuviera una buena llegada con las trabajadoras sociales y si con él. XX era el que iba y el que obtenía la reunión, el que veía si hoy nos va recibir, el que tenía mucha llegada con los médicos, hay... había un médico que era cirujano pero funcionaba como médico de familia, tenía como mucha mejor llegada con todos ellos.(...) No, varón con varón. Incluso la directora del Centro de Salud había tenido como muchas conflictivas con las trabajadoras sociales o con colegas que habían venido antes, pero porque ella era como... a ver, como bastante intensa; y ¿qué decidieron? Poner al trabajador social hombre, y él se llevaba como mucho mejor porque hay cuestiones... no sé, no te puedo explicar, distintas. (...) (Influye en la intervención) Para mí es indistinto, incluso no sé, podés tener hijos e ir a la maternidad y no entender al otro, podés no tener hijos y sin embargo agarrar y decir "sí..." Para mí tiene que ver como trabajo con más perspectiva. Puede ir un hombre perfectamente y no entender y no saber y no se va a sentir incómoda. Tiene que ver siempre mucho más en cómo vos mires a la mujer y desde y cómo definís eso, ¿entendés? Quizás que no son madres solamente, que son mujeres, que hay toda una situación detrás de esto, y qué perspectivas intervención sostenés en función a la maternidad, de la mujer; y qué perspectiva de género tenés a la hora de trabajar acá -que es muy necesario que lo tengas- y cómo mirás, porque si no vas a criminalizar actos (...) Sí en áreas como en el Notti también noté que había mucha más facilidad del trabajador, del XX para la llegada con los médicos que por ahí no... Era como muy distinto a XX, era el único que no usaba guardapolvo por ejemplo. Era el único que no usaba chaqueta, las demás todas usaban chaquetas, él no usaba

por una cuestión ideológica y era el único que no usaba chaqueta. XXX, por ejemplo, del Centro de Salud, tampoco lo hace y es a los únicos que se les permite.

No, yo creo que es indistinto. Me trato de imaginar por ahí un varón en la maternidad, ¿no? Que si sería tan... digamos , que por ahí un médico ingresa a la sala y qué sé yo, está la mujer casi prácticamente... si se tiene que sacar el camión se lo saca... y que ingresa un trabajador social cuando la mujer a lo mejor está... qué sé yo, en bombacha. No sé la verdad qué... no sé, yo creo que es indistinto. Por ahí los hombres prefieren otros ámbitos laborales de Trabajo Social, el ámbito penitenciario, o el ámbito de juzgado, las municipalidades, por lo que yo he visto.

Mmm... puede ser, puede ser, tiene que ver con el género, y tiene que ver con la disparidad de género entre los directivos, que generalmente suelen ser varones, y el colectivo de trabajadores sociales que suelen ser más mujeres. La carrera, el Trabajo Social está como ligado como cuidado, como a lo femenino a lo sensible, que haya un varón por ahí genera otras cuestiones. Igual ahora, yo he visto varios cambios.

### 3) "OTRO" RECLUTAMIENTO

*¿Cuáles son los "otros" que no son concurso, contacto personal, contacto del ámbito académico, recomendación de un colega o presentación de un proyecto? La opción otro es la más relevante junto a la recomendación de un colega y seguido de cerca por los concursos.*

Una de las entrevistadas pasó a Salud desde Seguridad cuando un familiar cercano fue víctima de la inseguridad, mientras que otra fue reasignada por cambios en el área de política pública de origen. Por otra parte, los entrevistados comentan que, por lo que han sabido por parte de colegas, se trata de vacancias en los servicios para las cuales no se llama a concurso y se difunde de manera informal en el colectivo, se presenta un currículum y se obtiene un contrato.

Estaba en el instituto de la vivienda, por una descentralización del IPV, en la época de... cuando era gobernador Lafalla decidió descentralizar la política vivienda en los municipios, y nos dieron opciones, éramos muchísimos trabajadores sociales, adónde queríamos... adónde nos gustaría ingresar. Y bueno, yo ingresé al Ministerio de Salud

en ese momento era el plan materno-infantil, y bueno de ahí pidieron trabajadores sociales acá en el Notti y me ofrecieron venirme para acá y me vine.

No, lamentablemente fue por el hecho... una tragedia familiar, porque yo había trabajado casi 10 años en la Penitenciaría, y yo venía de otro ministerio, y matan a un hermano mío en un hecho de inseguridad. Entonces, tuve que decidir a dónde irme y la gente del programa de víctimas del delito me ayudó durante un mes a reinsertarme laboralmente en algún lugar. No sabía para dónde disparar y bueno, fui a Salud, y bueno, me recomendaron el programa, como diciendo "es un trabajo muy light"... Con una entrevista medio tonta que tenés que hacer y nada más. Y otros me dijeron "no, no está bueno porque vas a ver a muchas mujeres que se hacen abortos, muchas mujeres que se le mueren los hijos..." Y bueno, entre todas las opciones que tenía, no tenía muchas... no sé, fue el instinto lo que me llevé a decidir. Obviamente me entrevisté con varias personas de diferentes servicios de donde yo más o menos quería volver a trabajar. Sí, siempre como que me llamó. Al irme de la Penitenciaría yo como que buscaba otro ámbito diferente y hace ya casi 5 años que estoy en el programa. Y por una cuestión de distancia de mi domicilio, más o menos por dónde yo quería trabajar, y ahí me ofrecieron en el Lagomaggiore.

#### 4) PESO DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS

*En relación a lo anterior y dado que en el trabajo social hospitalario hay una instancia de formación de posgrado sistemática como lo es el sistema de residencias, ¿es un antecedente de peso para ingresar (como personal de planta o contratado) a trabajar en el ámbito hospitalario?*

La entrevistada que se encuentra en el último tramo de la residencia opina que es un antecedente de peso a la hora de ingresar a un hospital en lo disciplinar, pero siempre sujeto a variables que tienen que ver con los prepuestos y la política de empleo público más amplia.

Básicamente la instancia práctica, porque si bien tenés una instancia teórica donde refutás, donde te formás, donde estás evaluado, donde tenés que leer, donde estás constantemente haciendo... en esto tenemos que usar las otras 24 horas, hay una

instancia donde esto lo ponemos en práctica, donde estás como... a ver, de decirlo de alguna forma en criollo, en la trinchera, estás como en la trinchera... decir bueno, a ver, y acá qué hago con esto que me están enseñando (...) podés confrontar tus propias categorías de intervención con lo que realmente estás viendo acá; o sea, cuando vos ves que las cosas no se dan, creo que esa es la diferencia. (...) la formación siempre tiene peso, la trayectoria siempre, no se desmerece alguien que ha hecho una maestría porque alguien que está en niveles como todavía más altos de formación... (...) La residencia sí tiene peso. Me paso a mí cuando salí a buscar trabajo, no sabía qué quería hacer, tenía todo... un montón de colegas con especialidades en campos en Salud Mental, dando cuenta de la formación de muchos otros espacios donde era difícil competir, y donde ahí me planteé, cuando ves estas posibilidades de encuentro, bueno, esto sería un... tendré que empezar a formarme porque la realidad es que no podía competir con alguien tan bien formado en campo de salud.

## 5) MOTIVOS PARA TRABAJAR EN EL HOSPITAL

*Es muy alta la proporción de entrevistados que dicen que trabajan en salud porque "les gusta el área". ¿qué es lo que les gusta del área, qué posibilidades de gratificación profesional ofrece salud respecto a otras posibles áreas de intervención del TS, incluso en el campo de la salud?*

Los entrevistados se refieren a distintos aspectos: la interdisciplina, la complejidad, la capacitación permanente y, finalmente, los cambios que pueden significar una intervención en el bienestar de las personas. En general sienten que es un campo "desafiante" desde lo profesional, muy dinámico. Todos están satisfechos y comprometidos con lo que hacen.

Y, básicamente, a ver, la salud. La salud como el eje a trabajar, y también cómo lo social repercute en la salud, como está en juego. Desde el Trabajo Social... o cómo desde un área social hay repercusiones en la salud de las personas y cómo está repercutiendo, cuando en realidad hay una patología de base, hay cuadros clínicos, pero cómo lo social es lo que está dando cuenta de este cuadro y cómo se explica cómo se explica este flujo en la manifestación, cómo las personas muestran esta trayectoria, y cómo muchas veces por ahí se explican algunas situaciones de

adherencia al tratamiento, de cómo llegan acá, la accesibilidad; y cómo está implicado por ahí de los campos sociales. Es todo un desafío acá, porque un modelo... con un modelo de trabajo, acá, en los hospitales generalmente -que he visto en la mayoría, con más o con menos, pero la mayoría igual- modelo médico hegemónico implica todo un trabajo arduo, esto estarle mostrando que acá hay un problema social, y que acá hay algo que la persona está mostrando... eso me gusta mucho. (...) En realidad lo que te da el trabajo hospitalario, por lo menos a mí me ha pasado acá, que te da variedad de intervención, nunca vas a ver una... si bien vas a ver cuadros clínicos, o una situación de salud, por ahí... en realidad ves maternidad que en realidad no es una cuestión patológica, sino una cuestión de un proceso natural -un embarazo un puerperio- y vas a ver ahí una situación de violencia de género, una falta de recursos, disfunciones familiares, el vínculo con ese bebé... entonces un abanico de posibilidades como muy amplio y donde el Trabajo Social es el que puede dar cuenta desde... es como una tarea ardua todo el trabajo interdisciplinario con el otro.

Sí, yo que puedo comparar. Incluso, vengo de una institución total con ciertas lógicas, con ciertas características... y, en realidad, Salud lo que te permite, y sobre todo el Programa de Salud Reproductiva y el momento actual por el que estamos atravesamos, con mi jefa actual que es una persona muy activa, es la capacitación permanente (...)

- La salud te da la satisfacción de ver un... tenés todas las facetas, desde ver a un niño sano, hasta bueno, lamentablemente un desenlace que no... que entendemos que es parte de la vida, pero bueno, la muerte de un paciente es muy dolorosa. De ahí pasás por todas las etapas. Pero la satisfacción es que un padre te diga “gracias por escucharme, nunca me explicaron esto”, “mi hijo siempre se acuerda de ustedes y está muy agradecido”... Ver una sonrisa, por ahí tengo una imagen que no está puesto en palabras pero si en gestos, un abrazo, que te den la mano. Todas esas pequeñas cosas. Y desde lo profesional, haber hecho lo imposible dentro de mi capacidad y de equipo de salud para que salgan las cosas bien. (...). Aparte que los cambios sociales también llevan a la apertura del hospital en distintas especialidades, no solo médicas, vos tenés acá un equipo de educación física, que está formado por profesores de educación física, que hacen la rehabilitación de los niños, en la pileta, porque el hospital tiene

alquilada una pileta para rehabilitación. Y bueno, es sumarse también a especialidades que no son médicas, a los equipos de salud, juntarnos con los profes y los profes decirnos “mirá, no puede venir porque no tiene para el colectivo o veo que la madre no está muy...” Entonces, darle ciertos tips a ellos, para que ellos sepan cómo interconsultar con nosotros y a los médicos decirles también “mirá, sería importante también que, más allá de la historia clínica, me parece que a Juancito sería bueno que lo vayas a ver a la pileta, porque yo he visto un cambio, como que lo veo que está más conectado ¿no?” Y bueno, son cosas que vamos aprendiendo de otros colegas que no hacen a la parte de salud concretamente, y lo transmitimos a todo el equipo.

Y está bueno, porque vos trabajás la complejidad, un desafío desde lo técnico del Trabajo Social, articulás. La institución así como te da un techo para un montón de gestiones, te da un sostén, en cuanto al trabajo estable, entonces por ahí eso... Lo valoramos un montón, entonces por ahí como que te da esas herramientas, no te exponés tanto a situaciones de peligro como otras colegas por ahí pasan. Bueno, lo interdisciplinario que me gusta; trabajar directamente con personas, su proceso de salud y enfermedad, acá en el hospital.

## 6) SATISFACCIÓN SALARIAL MODERADA

*Las entrevistas no arrojan una marcada insatisfacción con los ingresos que se perciben en el TSH ¿a qué lo atribuyen? Cuáles son los parámetros desde los que se juzgan que los ingresos son medianamente suficientes?*

Los entrevistados se encuentran medianamente conformes con sus ingresos sobre todo teniendo en cuenta los ingresos de colegas que se encuentran en otros ámbitos. En concreto, que la carrera esté sujeta al régimen médico dentro del hospital es una clara ventaja porque categoriza ampliamente el salario. En el caso de la entrevistada que pertenece a un programa, la cantidad de horas es la variable que considera para juzgar satisfactoriamente su situación.

Siempre Salud ha sido como un espacio como que me parece que ha tenido un sueldo más valorizado o más valorado. Seguimos en lo mismo, me parece que tiene que ver con la hegemonía médica, por eso Salud siempre ha tenido un espacio de privilegio. No así con colegas que trabajan acá en frente de hecho, ya hay una diferencia de sueldos

impresionante, que me parece que no tiene nada que ver con lo que hacemos, a veces hacemos lo mismo, o a veces hacen o un poco más, no tiene que ver con la tarea propiamente, sino con políticas que se toman desde arriba. Obviamente que no estoy conforme, en base a la relación de carga horaria, y con la tarea que hacemos y las exigencias que...

Mira sí, porque... o sea, más allá de que soy residente y nos pagan por formarnos y hay una diferencia de sueldo en cuanto a... y también porque si bien soy trabajadora social está como en un régimen médico, o sea, basado en un régimen médico de guardia que cumplimos acá... y ítem que como trabajadora social no tendría, uno es el de Guardia, uno es ese... pero con mis compañeras que hacen 48 horas o que tienen trabajos dobles por ejemplo, cuando me saben contar, incluso ganan menos. (...) Sí, una clara ventaja, porque ellas... a ver, harán... te hablé a veces de montos altos, de 10 mil, 9 mil pesos menos, haciendo quizás la misma cantidad de horas.

Y es más o menos, yo creo que sí, que está más o menos acorde, razonable. Siempre uno aspiraría a... bueno a... de todo lo que hacés, porque dejás mucho acá, dejás mucho, por ahí no son solamente las horas de trabajo, sino que tenés como hablábamos al principio renunciamientos de tu vida privada que uno lo trata de compensar, y cosas por ejemplo que no están dentro de tus horarios de trabajo, pero que si te llaman vos estás. Yo no tengo una guardia y yo siempre contestaba el celular. Cuando paso el accidente de Tur Bus en la montaña, por darte un ejemplo, yo estuve acá el domingo sin que nadie me convocara, ni me llamara; viste hay cuestiones que por humanidad a vos te nace, y vos la hacés y venís sea domingo, sea la hora que sea, el día que sea, y que después ni siquiera pido que me devuelvan las horas, que las haces por una cuestión de responsabilidad.(...) Tenemos la misma ley de carrera que los médicos. Tenemos el mismo régimen que los médicos, o sea, ministeriales, clases, la asignación de clase, la responsabilidad profesional, todo igual que... como todos los hospitales, igual que los médicos. Los plus de los médicos no, los contratos grupales, y eso no... nunca se ha justificado.

## 7) TEMOR POR LAS CONDICIONES DE TRABAJO

*Se puede leer cierto temor entre los TSH, aún los de planta, por las condiciones de trabajo. ¿En qué factores del contexto general (o particular de su hospital) se asientan esos temores?*

En el caso de la TS residente, se encuentra en el último año de su residencia y se abre un espacio de incertidumbre respecto a si va a ser incorporada al hospital o no. En el caso del TS varón, es una situación particular ya que su pase a planta se ha visto cuestionado por el gobierno provincial en el contexto de políticas de ajuste. En los otros dos casos no hay temor y hasta la sensación de un “buen momento” laboral. Probablemente, que el temor no esté generalizado tiene que ver con lo anterior, con que se trata de un área con ciertos “privilegios” dentro de la política pública.

Si por ahí lo gremial, lo tiene que ver con el gremio, que tenemos un gremio actualmente afín al gobierno actual, entonces como muy negociando hacia eso, y deteriorando hacia los trabajadores. Si bien por ahí a lo mejor no tiene que ver con el sueldo, tiene que ver con prestación en negro, aumento de la carga horaria, entonces, eso repercute. No... digamos que la lucha gremial no se está dirigiendo a mejorar las condiciones sino a mantener el salario. Hace años atrás pedíamos el 30% de aumento y si no hacíamos un paro que salíamos todos a la calle; ahora nos dan el 15 y nos largamos todos a llorar y asentimos, gracias, gracias ¿entendés? Entonces por ahí eso muy poco acompañado de lo gremial, y bueno... (...) Bué, vamos a ver hasta cuándo, viste que las paritarias quieren desestimar las de 2015 así que bueno, esa es mi estabilidad. Me parece que se ha visto cómo la presión de las políticas públicas y del gobierno de decir “bueno, los que pasaron a planta en el 2015, está por verse”.

Sí, incertidumbre, porque la verdad que el campo laboral de salud para Trabajo Social está como... o sea, en salud en el último tiempo el importante es el médico, eso lo he visto en todas las áreas, no sólo acá, en el área también... en el área sanitaria completa, el importante es el médico. O sea, se prioriza un pediatra por sobre un trabajador social, se prioriza un médico sobre una profesión no médica, y hay como un

auge de que el importante es el médico, así que al temor está... (...) Y hay poca plata, y se sigue con el recorte, te da como un temor, así que empezás a buscar otros campos y ver qué han hecho compañeras. Y bueno, ¿hoy qué me queda, qué posibilidad? Y ahorrás para el año que viene, si no sale posibilidad acá, empezar a buscarlas. O sea me genera como temor y incertidumbre también como por el tiempo...

## 8) DISCRIMINACIÓN POR LA PROFESIÓN POR PARTE DE MÉDICOS

*Es muy alta la proporción de respondentes que identifica haber vivido situaciones de discriminación en su lugar de trabajo y que ese trato discriminatorio tiene relación con la profesión que se ejerce, ¿cómo se interpreta esta percepción?*

*Los médicos y otros integrantes del equipo de salud aparecen como los principales discriminadores. ¿Se podría identificar situaciones cotidianas significativas que ejemplifiquen estas discriminaciones?*

*Resulta llamativo tanta discriminación entre los que teóricamente son “pares” con quienes ejercen funciones jerárquicas (en el hospital, en los servicios.) ¿Cómo explica el fenómeno?*

*Frente a las situaciones de discriminación se recurre casi exclusivamente a los grupos de contención cercanos. Las instancias más formales de protección del trabajo (gremio, colegio TS, autoridades del hospital) son mucho menos consideradas. ¿Por qué pasa esto y qué consecuencias tiene en orden a erradicar prácticas de discriminación?*

Los entrevistados reconocen que hay situaciones donde existe una especie de subestimación o trato injusto –más que discriminatorio- por parte de los médicos, sobre todo cuando se trata de especialistas. Que sea “por la profesión” no tiene que ver con un menosprecio hacia la disciplina en sí sino alrededor de un punto de conflicto muy concreto, que tiene que ver con la urgencia o la rapidez de la resolución de los casos, por la necesidad de camas en los hospitales. En este punto, donde la complejidad de algunas situaciones

implica otros tiempos, es donde los criterios divergen y se suscitan desencuentros.

Los más maltratadores son los médicos, totalmente, en este caso en particular, en este hospital, por ahí algunas especialidades como mucho más. Sí, me ha pasado, eh, me ha pasado con un servicio de acá del hospital, que me demandaba mucho el alta y la médica nos decía lo que teníamos que hacer, entonces nosotros planteamos... Por ejemplo, "tienen que llamar a la familia porque esa familia no viene, mándenla al Juzgado, llamen a la policía que vaya a la casa y los traiga". La verdad que no es una forma de trabajar, nosotros no nos podemos quedar pegados a eso. Claro, "doctora, mire, disculpe, pero eso nosotros no lo vamos hacer, no necesitamos llegar hasta esa instancia", "pero ¿por qué? Si es la vida de su hijo", "bueno, pero el concepto de maternidad que usted tiene no es el que maneja la familia", y como ir planteando esas cosas. Y "¿por qué me dice esto a mí? Dígaselo a la madre", nos decía la doctora. "Doctora, no vamos a hablar más este tema, no podemos trabajar con usted". Traté de que trabajemos con otro profesional, primero se lo expliqué de una manera accesible, después cuando vemos que no podemos trabajar generalmente los médicos que hacen, nos cambian o nos puentean digamos, tratan de hablar con otros profesionales, colegas nuestros, "bueno con vos no puedo, te voy a... claro con vos no pude voy con otro". Entonces bueno, ir como lidiando con eso.

Sí, alguna cuestión como "bueno, no sé, necesito la firmita de ustedes" y están viendo que es una situación grave, no es una firmita. No es una firmita. O cuando viene por ahí el médico acá, y vos sabés que ante complejidades se hacen circuitos amplios, entrevistas, es anexar este informe que tenemos, y viene acá y te dice "una firmita", y te dice una firmita y se enoja cuando no es una firmita y no le explicás. Ayer nos había pasado con una doctora, que la habían llamado desde el Nottipara que ubique a un bebé, pero según el Notti el que se comunica con ella había llamado acá a Trabajo Social pero que no se había podido comunicar porque los fines de semana no venimos. Los sábados venimos los residentes, así que imposible que no se comunicara, es muy raro. Eh... "bueno, les pasó el nombre del bebé"... No, se debe pasar en una nota por escrito dirigida al jefe de servicio diciendo qué quiere, por qué quiere que busquemos a este bebé y para cuándo se cita. Porque esa es la información que nosotras le damos a la colega, que lo tiene que hacer en el área sanitaria, no es "mire, me llamó..." ¿Qué

me contestó? “¿Tanto protocolo para esto? Haceme una firmita, si es lo que tienen que hacer, es una tomadita de datos...” Eso fue lo que me dijo, “una tomadita de datos”. (...) Sí, con los médicos sobre todo, es con el que más tenés... y con algunos servicios, no sé... con Neurocirugía por ejemplo, el neurocirujano que hay sólo se dirige a jefes de servicio, jamás a nadie más. Si querés pedirle algo por un paciente, o si querés charlar por algo, tenés que hablar con tu jefe y que tu jefe vaya porque se dirige a jefes nada más.

Con los médicos que yo te diga, el problema eterno que hay es la rapidez. Y bueno, todavía estamos esperando que la OALdefina, todavía estamos esperando que vengan y lo vean otra vez... Y todavía, y todavía. (La complejidad) No la manejan tanto. Los tiempos, por ahí los tiempos “todavía no van a verlo al domicilio”... bueno y por ahí, hemos tenido intervenciones, donde las internaciones han tenido hasta 3/4 meses por un problema de vivienda. Por ejemplo, es muy difícil de solucionar, ¿quién te acondiciona una vivienda en una villa para que podás tener un toma para un bipap, o las condiciones para un trasplante? Por ejemplo. No estás pidiendo... Claro por ahí el tema es más complejo porque tenés los recursos de contingencia de la Provincia, de un alquiler por tres meses, pero esos padres tienen trabajos por ahí inestables, son changarines, no tienen los garantes para alquilar esa vivienda, entonces ya esa... esa opción la podés trabajar hasta ahí, porque hay una parte que tienen que cumplir los padres y no lo pueden cumplir, no porque no quieran sino porque no tienen recursos para poder hacerlo. Entonces empezás al municipio, si le puede construir una habitación pero son terrenos fiscales, son terrenos que no saben quiénes son los dueños... Por eso te digo, acá está todo el abanico de posibilidades de casos. Y las barreras, los impedimentos... entonces bueno, bien viste, tenemos un techo en la intervención como todo. Es difícil de entender.

Como en todos los espacios, a veces es más flexible que otras veces, lo que nos cuesta mucho por ejemplo, es sostener una internación, eso es como lo más difícil al nivel institucional por una cuestión económica, por una cuestión... “necesitamos el espacio, la guardia está saturada...” Sí puedes decir “mirá, aguántame hasta mañana, que va a pasar esto, esto y esto, necesitamos que esté”, bien, lo podemos negociar, con algunos equipos mejores que otros, pero bueno...

Yo sé que acá por ahí las intervenciones están más asociadas a la urgencia y a la rapidez de responder algo en un hospital general, en la inmediatez del alta, porque Trabajo Social en el caso de la maternidad está como muy asociado al alta. Si el médico ve un problema con esa mamá y ese bebé, entonces retenés un alta, entonces estás siempre pensando que se necesita la cama. En cambio, vos sabés que en un Centro de Salud amplitud para la intervención hay, procedimiento hay, pero qué bueno si no tuviera experiencia, si no pudiera confrontarlo con esto que sé yo de acá que uno ...

Igual me gusta, el hospital acá me gusta, la urgencia me gusta, me he acostumbrado, pero reconozco que hay momentos en el que estaría bueno estar en otro espacio donde la urgencia no te persiga tanto. Por ahí los demás servicios están como nosotros o más. Nosotros en realidad... la urgencia por ahí acá está dada por la necesidad de la cama y también por la posibilidad para atender situaciones, entonces estas variables se conjugan y tenés que... pero bueno, nunca dejamos que estos criterios nublen la intervención o se hagan cosas que no corresponden, y bueno, si este paciente se tiene que quedar para que se reevalúe, se quedará, contra viento y marea se quedará, es así. (...) No puedo, yo no pongo firma en esto, y esperará y esperará. Y bueno, el médico se arma todos los días, dentro de todo respeta, o sea, con un argumento no hay problema.

Lógicamente, la concepción de la salud de médicos y TS tienen grandes diferencias, pero en lo cotidiano no es hay una disputa conceptual o epistemológica sino práctica; y el TS tiene las herramientas institucionales (formales e informales) para resolverlo más o menos felizmente. No se sienten avasallados, tal vez sí un poco cansados de lidiar siempre con lo mismo.

No se recurre a instancias formales de resolución de conflictos porque no es discriminación abierta, sino más bien disparidad de criterios que generan algunos conflictos que no son graves o muy disruptivos. En el peor de los casos recurre a las jefaturas de servicio, pero lo en general "se va llevando". Los TS

han generado estrategias para negociar, imponer el criterio técnico y construir ciertos consensos con el equipo médico; pero es un trabajo constante, una construcción permanente.

Y no, prima el criterio médico, pero sí que me hayan tenido en cuenta. “Doctor, no me parece bien que continúe el tratamiento acá por seguimiento, cuando tiene una obra social, tiene un factor que lo pueda...” “Ah, mirá no sabía que tenía Obra Social...” que pasa, ahora no tanto, porque bueno, está más aceitado de este sistema de aranceles y de la oficina pero pasa de decirle “doctor, mire, para mí el problema no radica en la mamá, radica en que se yo, en el padre que es muy duro con, a ver, los dichos al niño entonces se siente mal por eso y eso genera...” Lo vas haciendo en el camino. (...) Es como que bueno siempre el rol, el estatus de médico prevalece en el equipo de salud. No, nosotros acá hemos ido construyéndolo con el tiempo, y bueno, hemos logrado que varias especialidades antes de entrevistar a los pacientes con los padres nos llaman. Lo vamos logrando sí, en varias especialidades sí. (...). Es algo que se construye, es algo que ha venido en ascenso también, porque por ahí para tomar una decisión también nos llaman, “qué pasó con esto, qué pensás?”

Creo que es... acá como es hospital escuela también hay mucho movimiento de residentes, porque los residentes todos están los cuatro años y cada año se renueva este cupo y cada año entra gente nueva. Entonces todos los años es como un... a ver, como pararte de nuevo y explicarle al otro nuevo que viene que vos no hacés esto, así que esto implicaría un poco porque estamos en constante discutiendo temas con los médicos. Al haber personal nuevo siempre y todos los años, esto implica... es todos los años con esta discusión y que se va bajando en líneas para abajo porque, por eso lo sabe el nuevo que entra y... pero también bueno, tener que ser como estratégica y agarrarlo vos antes y decir “bueno, yo no hago esto”. Pero bueno, a veces muchas veces nos dice el residente “a mí me dieron esta orden desde arriba”. Y es una pelea, entonces eso también explica, me parece, por qué esto siempre, por qué esta cuestión con el médico siempre.

Entonces, cuando yo le expliqué todo este contexto a la médica, bueno, se quedó callada, pero lo primero que me dijo en la mañana “no, ¿cómo se fue?”... Lo primero que me dijo en la mañana, “viste que está la paciente...” “no, le digo, se fue de alta, te aviso”. Cuando le expliqué todo “ah, bueno...” Como que yo creo que de a poco van entendiendo que... Exacto, la decisión es de la mujer. No es ni siquiera nuestra la decisión, nosotros podemos ver cuál es el mejor método. (...) También depende, yo en el piso donde trabajo son médicos bastante jóvenes y en realidad sí, tenemos buena relación. Pero sí por ejemplo he sabido otra compañera o en otros hospitales sí, por ahí la personalidad del médico también a lo mejor es conflictiva o es muy... Entonces eso ha generado cierto roce o cierta competencia. No, no es mi caso, y en tal caso como te digo es la decisión de la mujer en definitiva. Porque no es que yo estoy debatiendo con el médico mi postura o la de él, y en general cuando yo tengo muchos argumentos para decirle porqué esa mujer, como en este caso, no se puede quedar, ahí lo entienden, pero porque no la escucharon, porque no se tomaron el tiempo para escuchar qué le pasaba a esa mujer.

## 9) ALTA AUTONOMÍA EN EL TRABAJO

*Es muy alta la proporción de entrevistados que siente que goza de una alta autonomía en su trabajo. ¿En qué se expresa esa autonomía, qué posibilidades abre en el ejercicio de la profesión en el hospital?*

Los entrevistados sienten una gran autonomía en el trabajo que se expresa en la posibilidad de tomar decisiones acordes a criterios técnicos y a las normas sociales relacionadas. Muchas veces, como vimos arriba, esos criterios son contrarios o confrontan con los del médico o con las normas institucionales, que suelen ser bastante más normativas o punitivas con los sujetos. Muchas veces sienten que se espera que los TS ejerzan una especie de “función de policía” sobre los pacientes o sus familias, que moralicen o “normalicen” conductas y relaciones.

Bueno, hace muy poquito esa situación, la semana pasada, siempre... bueno, las instancias de los niños... por ahí pensarlo en un hogar, no es lugar para un niño, y veníamos trabajando un montón con la familia, 12 tíos, el niño, un montón de red familiar para trabajar. Entonces bueno, los equipos médicos nos decían “que vaya a un hogar”, que con esa familia no podía estar. Nosotros con el equipo de Salud Mental sosteniendo no, que por ahí podemos trabajar con otro tío, y buscábamos a otro tío y nos decía “no, se porta muy mal”, bue, terminamos... el niño continuo internado, se va de alta volvía, se iba de alta y volvía, se iba de alta y volvía, volvía y volvía, y bueno finalmente pensamos en una familia vecina, que pudiera acompañarlo, que no era su familia, no era su familia biológica. Eran 12 tíos u 8 tíos, no me acuerdo, y ninguno quería, ninguno podía por cuestiones personales, entonces por ahí pensar en unos vecinos. Y el cuestionamiento era ¿por qué unos vecinos, por qué no se va a un hogar? ¿Y por qué no un vecino? Porque el niño vive cerca de ese barrio, el niño va a querer estar cerca de su familia, continuar revinculándose, y con ese criterio sostenerlo. (...) Porque un hogar no es por ahí el es mejor lugar para un chico, y eso es difícil de... Y con los médicos eso, es re complejo, si no es la familia... No es la familia = es un hogar. Y no, hay otra, hay otra, el niño puede decidir con quién estar. El niño estaba muy bien vinculado con su vecino, iba a ver a su mamá que estaba al lado, a su tío, a lo mejor la mamá hoy no podía, no quiere decir que mañana no pueda. Y también lo que implica institucionalmente lo que un niño vaya a un hogar, todo lo que tarda después para salir. Exactamente, y eso es lidiar institucionalmente, porque tenés que explicarle cómo a 10 equipos distintos, por qué está fundamentada esa intervención, “¿por qué eso, y pero eso quién lo va decir, lo van a decir ustedes o van a...?” Lo estamos proponiendo.

Generalmente trabajan con la demanda institucional, si hay algo que a ellos les aprieta el zapato, nos mandan a llamar. Si el niño se escapó, llamen al trabajador social. El niño se escapó punto, o sea, ¿qué vamos hacer nosotros? ¿Vamos a ir agarrarlo, ponerle las esposas y traerlo a la internación?

Los residentes estamos como... tenemos autonomía pero estamos como bastante supervisadas, o sea nos debemos a nuestros supervisores, y yo como jefa de residentes en realidad superviso a las residentes que tengo a cargo. Es así, y ellas a su vez se

deben a sus supervisores de campo y los instructores de inmediatos que tengan, así que... pero siempre supervisado. Pero tenemos la libertad de intervenir y de sugerir, de sugerir una intervención, incluso movernos libremente, o sea, esa libertad por lo menos acá nosotros como residentes acá la hemos tenido siempre. Pero siempre si... o sea, el firmar sola y derivar sola no, siempre estamos supervisadas y tienen que avalarlo.

Y, a nosotros nos ven como que... como el policía del niño, no como el seguimiento. (...) Ese es el rol de nosotros, "pero es que no vino a la consulta, y yo a ustedes les hice la interconsulta" y vino después, bue, y hizo la interconsulta, se habló con el padre, o sea no podés venir de una interconsulta, irte jugado, tenés que darle una cuestión de consejería al padre: "papá mire, acuértese que, están los derechos del niño, el derecho a la salud, usted los está vulnerando, le hace mal". No podés poner en tal caso poner en marcha una metodología... Claro, tenemos que ir de a poco viendo y buscando, bueno si ya no vino la segunda vez, y lo llamaste y no vino bue, ahí si, ahí nos ponemos más firmes y vamos viendo, pero también son estrategias de intervención, sino mirar la parte de metodología, la parte científica en nosotros, ver también la parte de que cada familia es un mundo, como dirían los viejos, y es así, cada familia tiene su particularidades, su patrón de vida, sus normas de vida. Sus recursos, claro, sí, y bueno hay que irlo trabajando. "Mire doctora, yo no estoy de acuerdo, ¿qué le parece si le damos al papá la posibilidad de que..." O decirle "no, esto es ya, esto es para ya, avisalo al OAL, porque esto es una negligencia explícita".

Por espacios de poder, por ahí los jefes o los mandos más altos están como concentrados en otras cosas, que vos cuando le planteás una situación de este tipo dicen "bueno, ustedes son técnicos, ya lo tendrían que haber resuelto", una cosa así. Y en lo interpersonal, problemas personales de pares o con otras profesiones, bueno, es como todo, a veces podés hacer equipo y a veces no podés.

Yo tuve muy buena eh... apoyo y te digo, se ha tenido en cuenta lo que yo con el gerente asistencia anterior, será porque era un médico que bueno, ellos también, estuvo formado siempre en el hospital, entró como residente en el mismo año que

entro yo y cuando ya me hicieron la resolución de jefatura, porque hicimos años después, ya estaba él, era gerente asistencial; y me permitió sacarle al servicio social, todo lo que era de tilde administrativo, que fue con expediente, fundamentádoselo, me escucho, hizo resoluciones y bueno, pudimos dejarle al servicio social lo que concretamente hacía a las tareas y a las funciones. Pero no me costó con él, te soy sincera, se lo fundamenté, se lo expliqué, fui varias veces; hoy no me podía atender, bueno volvía al otro día, pero lo pudimos plasmar por escrito en expediente y todo y le sacamos te digo el 80% de tareas que no nos corresponden.

## 12) BAJA PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES

*¿Por qué se cree que el TS participa poco o nada en decisiones institucionales?*

Los entrevistados relatan distintas experiencias respecto de su participación y la percepción es que muchas veces no han participado de ciertas decisiones pero no es lo común, o al menos, hay un margen variable para ciertas negociaciones con las autoridades del hospital.

Se llama al equipo, o si no se llama nosotras pedimos... Por ejemplo mirá, nuestra jefa quiso... "quiso" no, nos dio una consigna y para nosotras cumplir esa consigna no era cumplirla porque sí, implicaba reunirnos nosotras, las de los hospitales, y unificar criterios y a lo mejor hacer un instrumento para aplicar a lo mejor lo que ella pedía. Y ella lo entendió, o sea porque también es una persona muy abierta. Entonces nosotras nos tomamos nuestro tiempo, no lo implementamos cuando ella quiso, nos reunimos, vimos como lo íbamos... y ahora lo estamos implementando. Pero sí, también tenemos la posibilidad de hablar con nuestra jefa y decir "mirá, nos parece importante que nos reunamos y que unifiquemos criterios y tengamos una reunión previa".

Eso sucedió por ejemplo cuando se lanzó el registro único de salud, el RUS, que fue así, salió en el servicio a encontrarse con todos, ¿que pasó? "no, no, esto lo empiezan a llevar desde hoy ustedes, la ficha" y ¿quién nos capacitó, cómo se hace esto? ¿qué...? Mirá, mi jefa en ese momento lo aceptó, lo aceptó y bueno, por ahí no te queda mucho por decir que no. O si poder decir "bueno, pero no en este momento, sí lo

vamos hacer pero nos vamos a dar unos días para charlar, para ver cómo, cómo nos organizamos, en qué momento, en qué horario”.

Yo nunca he ido, porque en las reuniones son como a de jefe a jefe o del que esté a cargo al que esté a cargo, siempre la saben contar las chicas en otra... sí, en la última que hubo cuando era de la lactancia e inhibición de la lactancia y el consentimiento informado respecto de que la mamá se le inhibe la lactancia porque hay consumo de sustancias... se le inhibe para que no afecte al bebé por si ella va a seguir, no puede consumir porque los análisis le han dado... están basados en el análisis, entonces ¿para qué se le manda a Trabajo Social? Porque si la madre no quería firmar este consentimiento informado iban a mandar a Trabajo Social, ahí era uno de los puntos que habían establecido... y dijimos ¿para qué, para que la...? (...) era un no saben qué hacer y lo mandan a Trabajo Social, ¿para qué, cual es la visión que vos sostenes de eso? Criminalicemos un acto, podíamos diferir un montón de cosas pero gracias a que se lo invita, podemos decir “no, a mí no me mandes esto porque no me corresponde, si la madre no quiere adherir vean ustedes como equipo de salud como se las van arreglan”.

## 11) VISIBILIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL

*La percepción de alta autonomía profesional y de baja participación en las decisiones institucionales ¿significan algo así como que el TS puede hacer más bien lo que quiere porque es medio invisibles?*

No se sienten invisibles, creen que el rol es valorado aunque deban afirmarse cotidianamente ante el cuerpo médico en la intervención y ante las autoridades en la gestión institucional.

Si yo creo que sí, yo considero que sí es visible y que es valorado por el hospital, pero que esta valoración y esta visibilidad es del trabajo arduo que hay desde el servicio, desde tener una residencia, y desde el trabajo que hace cada uno en su piso. Y cada una este trabajito de hormiga, de explicar año a año qué hacemos a los residentes nuevos, al médico nuevo que no tiene idea para que está, por ahí no sabe que está. Por ahí tienen experiencia que nos han contado, de que en otra área o en otros

hospitales hay trabajadores sociales pero que jamás tocaron esa puerta, jamás supieron para qué estaba, y depende un poco esto el trabajo arduo que se hace y se debe seguir haciendo. Y gracias a eso es visible.

Aparte nuestro trabajo es muy bien recibido y en el piso te relacionás con el enfermero, con el médico, con la mensajera que tiene que ir a llevar una interconsulta, con el médico psiquiatra que a lo mejor viene y te ponés hablar que la mujer se le va a realizar una ligadura al otro día, eh... qué sé yo, con el pediatra que viene y te deriva tal caso porque realmente le interesa la salud entonces que también que se cuide la madre... Entonces sí, vos llegás al piso... ¡un día que no vamos porque que vamos al programa, y ya nos están extrañando! O te mandan Whatsapp en otro lado.

Tiene que ver con se haya construido la profesión, el inicio, un montón de cosas. Entonces como ante la demanda institucional ahí está el Trabajo Social, cuando se agotaron las instancias, ahí está Trabajo Social. Ahora, gestionemos recursos, necesitamos más personal: no hay presupuesto. Un colega se quiere cambiar de servicio, se va a quedar sin personal, siempre como en ese...

Somos valorados pero es algo tenemos que hacer que... trabajar día a día. Se va ganando, en la charla ésta del psiquiatra que te digo que viene acá, que vino acá, que viene del Durán, del hospital nombró a todo el equipo de salud, menos al trabajador social. Hubo que preguntarle, levantar la mano y preguntarle, si tenía un trabajador social en su equipo. Y estaba el colega que le hizo la pregunta, pidió a todos los trabajadores sociales que levantáramos la mano y te puedo decir que éramos un 30% de toda la gente que... Éramos un número muy significativo, habían venido hasta de San Juan y no había sido digno en la presentación de él si tenía un trabajador social...

Estresante, no, la verdad que eso es lo más... si lo tengo que poner en como en algún lugar de lo que no me gusta eso es lo más desgastante, trabajar con... como estar todo el tiempo exigiendo cosas que uno cree que por ahí deberían estar o deberían suceder por una cuestión de derecho de las personas. Y bueno, esto hay que manejarlo técnicamente digamos, desde nuestro punto de vista, de nuestra profesión, me parece que técnicamente tiene que estar esto; y por ahí la institución o los grandes mandos

de poder piensan que tiene que ser de otra manera. Entonces eso, lidiar con eso, permanentemente te desgasta. Sí, pertenece a lo médico y aparte se dedica a los espacios de gestión, que no necesariamente la gestión tiene que ver con necesidades y recursos que el hospital necesita. No tiene que ver con la necesidad de las personas sino con la necesidad de la institución, que no es lo que la persona necesita. Entonces una contradicción y una lógica que vos manejas permanente entre lo que... la necesidad de la persona, la necesidad de la disciplina o el equipo que está trabajando y la necesidad institucional, entonces en ese digamos... Por ahí me parece que, como trabajadores sociales, estaría bueno como que asumamos espacios que tiene que ver con la gestión, por ahí no... Me parece, una opinión personal, a lo mejor sí hay un montón de colegas que les gusta mucho la gestión pero no todos se animan. No sé qué pasa ahí, no hay acceso al poder. Me parece que tiene que ver con algo que se juega ahí, puede que tenga que ver con la profesión, con la gestión de recurso, con la disputa de poder, y el poder... nosotros, los trabajadores sociales, tenemos todo un tema con el poder (...) Sí, a las propias condiciones hospitalarias, a hacer una voz escuchada para generar algún tipo de modificación.