

Trabajo integrador Final
**Salud mental en trabajadores sanitarios de la
ciudad de Rosario en contexto de post-pandemia**
Investigación de Campo

Docente Responsable: Rios, Erica

Nicolas Montironi
M-5422/4
nicolasfmontironi@gmail.com



Agradecimientos

Quisiera comenzar por agradecer a mis padres, quienes a lo largo de estos años siempre apostaron por mí y demostraron un apoyo ineludible. Gracias por creer incluso cuando el objetivo parecía inalcanzable, por su aliento en los momentos de incertidumbre y por la fuerza en los días en que esto parecía imposible.

A los profesores responsables de mi investigación, cuyo conocimiento, paciencia y orientación fueron fundamentales para que este trabajo se desarrolle y concluya de la mejor manera. a Erica Rios y al Doctor Fernando Gomez, mi más sentido agradecimiento.

A mis compañeras de facultad y amigos, gracias por el acompañamiento en esta travesía llena de altibajos, intermitencias, victorias, derrotas, risas y llantos. Fueron fundamentales en el camino y agradezco que me acompañen hasta el día de hoy.

Reconozco especialmente al personal de los Hospitales Eva Perón y Provincial, cuya labor y predisposición facilitaron el acceso a información clave y recursos indispensables para esta investigación. Su dedicación diaria en el ámbito de la salud no solo deja una huella en la comunidad, sino que también hace posible estudios como este.

Por último, a la Educación Pública en general y a la Facultad de Psicología de una U.N.R en particular, por haberme permitido una formación de excelencia. A todos mis maestros y profesores un inmenso GRACIAS, por realizar esa tarea (ese imposible) que es el educar, aun en circunstancias y condiciones difíciles, gracias por seguir apostando por nosotros.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Fundamentación.....	3
Marco Teórico.....	5
Planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y metodología.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	11
Conclusiones.....	12
Referencias.....	13

Resumen

Este trabajo indaga en las condiciones de salud mental del personal de enfermería y servicios generales en dos hospitales públicos de Rosario (Hospital Provincial y Hospital Eva Perón) en el contexto post-pandemia de COVID-19. Desde un enfoque cualitativo-cuantitativo, se busca comprender cómo las condiciones laborales afectan el bienestar emocional de trabajadores que ocupan funciones esenciales, muchas veces invisibilizadas. El marco teórico se apoya en los aportes de la medicina social latinoamericana, la psicodinámica del trabajo y la teoría de los riesgos psicosociales del trabajo, articulando conceptos como sufrimiento, reconocimiento y organización del trabajo. Se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó la escala WHO-5 de bienestar emocional, y se realizaron entrevistas en profundidad. La muestra estuvo compuesta por 47 trabajadores no jerárquicos, con predominancia femenina y antigüedad laboral significativa. Los resultados muestran que el 53,2% presentó un nivel alto de bienestar emocional, mientras que un 19,1% se ubicó en niveles preocupantes. Se observan diferencias entre hospitales y puestos, con mayor bienestar en el Hospital Provincial y en los puestos jerárquicos. Se concluye que las condiciones de trabajo y el lugar ocupado dentro de la estructura hospitalaria inciden directamente en la salud mental de los trabajadores. El estudio subraya la necesidad de políticas públicas que reconozcan el desgaste psíquico en el sector salud y promuevan entornos laborales que prioricen el cuidado de quienes cuidan.

Palabras Claves: Salud Laboral, salud mental, Pospandemia, Enfermería, Servicios Generales

Fundamentación

Hacia fines de 2019, la OMS fue informada del brote de un virus desconocido cuyo epicentro comenzó en China y rápidamente se diseminó por todo el globo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). La pandemia de COVID-19 provocó que los Estados del mundo adoptaran diferentes estrategias y medidas para prevenir y paliar las consecuencias de la enfermedad en su población, especialmente en los adultos mayores, quienes eran los más vulnerables a las consecuencias del virus (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

En nuestro país, el gobierno decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) a partir del 20 de Marzo de 2020 (Gobierno de Argentina, 2020), obligando a la población a confinarse en su casa hasta que la amenaza del virus sea controlada. La disposición gubernamental contemplaba ciertas actividades que estaban exceptuadas al ASPO, eran aquellas que se encontraban en relación a la salud, el orden social, higiene y producción y distribución de energía y alimentos (Chequeado, 2020). Es importante resaltar en este punto que es el Estado quien está obligado a garantizar el derecho a la salud de toda la población. En su artículo 42, la constitución de 1994 establece que los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos. También garantiza el derecho a la salud a través de la incorporación de los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos en su artículo 75 inciso 22. (C.N.A., 2013).

En Argentina, el sistema sanitario es de carácter mixto o más precisamente tripartito: Público, de seguridad social y privado. La conformación que adopta nuestro sistema lo hace complejo y fragmentario, constituyéndose estos en los rasgos más marcados del sistema de Salud argentino (Tobar, 2012, p. 17), provocando una atención desigual, impidiendo “la posibilidad de un tratamiento uniforme de los problemas en todos los

niveles y, por consiguiente, de una igualdad de prestaciones y beneficios para el conjunto de la población” (Testa, 1989, p. 152). Por otro lado, el sistema público de salud se organiza en niveles de atención. El primer nivel está conformado por centros de atención primaria, caracterizados por su cercanía a la comunidad y su baja complejidad. El segundo nivel incluye hospitales de baja y mediana complejidad, mientras que el tercer nivel está integrado por hospitales de alta complejidad, destinados a la atención de casos más graves y especializados. (Gobierno de Santa Fe, s.f.)

Esta investigación se centra en aquellos trabajadores del sector público de salud, específicamente en los enfermeros y el personal de servicios generales de hospitales de segundo nivel, ya que a diferencia de todos los demás trabajadores exceptuados del ASPO, son estos los que se expusieron más directamente a ser infectados (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2021), provocando una situación de mayor estrés e incluso peligro (para sí mismo y personas cercanas) que potencialmente podría desencadenar problemas de salud mental.

El personal de salud no sólo tuvo que convivir con el permanente contacto con el virus, siendo trabajadores altamente expuestos a la infección (Arnedo-Pena et al., 2022), sino que se tuvieron que enfrentar a situaciones que cambiaban día a día. Por un lado, vieron su actividad laboral en continuo cambio y emergencia por los estrictos protocolos dispuestos (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Provincia de Santa Fe, 2020), la falta de elementos de seguridad (Organización Mundial de la Salud, 2020) y el fantasma de la saturación del sistema de salud (Infobae, 2020). Por otro lado, su imagen hacia la sociedad fue mutando con el correr de las semanas, pasó por momentos de heroísmo (La Nación, 2020) a situaciones de ambivalencia y de estigma (El País, 2020).

En la ciudad de Rosario (2022), al 24 de abril de 2022, se registraban un total de 267.010 positivos desde el inicio de la pandemia, con 4.171 decesos. Entre los años 2015 y 2019 la principal causa de muerte se debía a “enfermedades del sistema circulatorio”. Esta situación se modifica en los años 2020 y 2021 ante la presencia del COVID19, donde el grupo de ‘enfermedades del sistema respiratorio’ duplica la cantidad de fallecidos de los otros principales grupos de causas. Al considerar al coronavirus como una enfermedad respiratoria viral se puede observar que su inclusión en ‘enfermedades del sistema respiratorio’ provoca un aumento considerado en dicho grupo, siendo la principal enfermedad por la cual fallecen los rosarinos en 2020 y 2021 (Rosario, 2023).

Estos factores, sumados a la incertidumbre que generaba un virus desconocido y el agotamiento de jornadas laborales extensas afectaron de manera negativa en la salud mental de los trabajadores sanitarios. En estudios internacionales sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores sanitarios se destacan niveles elevados de ansiedad, depresión, agotamiento y estrés laboral. Kabir et al. (2022) realizaron una revisión sistemática que evidencia cómo la carga emocional y las largas jornadas laborales durante la crisis sanitaria incrementaron los síntomas de agotamiento y trastornos psicológicos en este grupo. Por su parte, Magee, Heron y Stamatakis (2021) analizaron los efectos específicos del COVID-19 en la salud mental de los profesionales, resaltando que el miedo al contagio y la falta de apoyo institucional fueron factores clave en el deterioro del bienestar psicológico. En la misma línea, Buitrago Ramírez et al. (2022) identificaron que la pandemia exacerbó el desgaste emocional en el personal sanitario, subrayando la necesidad de estrategias de intervención para mitigar estos efectos negativos. Estudios realizados por investigadores chinos sugieren que los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, se enfrentaron al desafío de trabajar en un contexto totalmente nuevo, al agotamiento debido a las grandes cargas de trabajo y el equipo de protección, el miedo a infectarse y contagiar a otros y la sensación de impotencia para manejar las condiciones de los pacientes. (Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., et al., 2020).

Por otra parte, a nivel local, las investigaciones arriban a conclusiones semejantes: Gómez et al. (2023), en su estudio sobre el malestar psicológico en estos profesionales

concluye que la crisis sanitaria exacerbó factores de riesgo psicosociales, afectando su bienestar emocional y desempeño laboral. Cristhian Scatularo et al. (2022) concluye en su investigación que la pandemia ha generado un aumento de depresión, ansiedad, burnout y hábitos de vida no saludables en los trabajadores de la salud de Argentina encuestados.

En nuestra provincia, Bolcatto, V., Rubinzal, M., & Sedrán, P., en su trabajo titulado “Enfermería y subjetividades en la provincia de Santa Fe durante la pandemia” arriban a la conclusión de que la pandemia profundizó algunos tópicos problemáticos previos como el síndrome de Burnout y propició la aparición de nuevas expresiones relacionadas al miedo que provocó esta enfermedad en toda la población (2022).

Marco Teórico

Si bien la definición de la OMS declara que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p. 1) y así supera la rígida diferenciación entre cuerpo y mente clásica del modelo médico hegemónico, la misma mantiene una visión estática y circular que la deja atrapada en una tautología.

Floreal Ferrara, en su trabajo “Teoría social y salud” critica la definición de la OMS y propondrá que “es necesario hallar las referencias lingüísticas que abarquen el sentido dinámico de la salud-enfermedad, que comprendan a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia.” (Ferrara, 1985, p. 11)

En este breve párrafo Ferrara subvierte el carácter individual, biologicista, ahistórico y asocial del paradigma médico hegemónico (Menendez, 1988). Introduciendo la dimensión de la conflictividad de la existencia como inherente a la misma, desplaza la visión estática hacia una concepción dinámica del proceso salud-enfermedad y destaca su carácter social.

Su propuesta invita a pensar a la salud como el continuo accionar de la sociedad, transformando y modificando lo que esté a su alcance para generar las condiciones que posibiliten la creación del ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad (Ferrara, 1985, p. 10).

El pensar el concepto salud enlazado esencialmente a lo histórico y social nos lanza indefectiblemente a considerar el sistema productivo de la sociedad en su tiempo y lugar. Floreal Ferrara dirá que la medicina tradicional, al buscar las causas de la enfermedad en el individuo, no logra captar que el problema real consiste en las maneras de la existencia histórica de las individualidades señaladas por el sistema productivo. (Ferrara, 1985, pp. 13). La conceptualización de salud aportada por Ferrara descarta la concepción del hombre como el objeto eterno, siempre idéntico en su preocupación para introducirlo en un sistema profundo y complejo que a su vez se encuentra englobado en el sistema productivo del cual y por el cual existe.

En consonancia con los desarrollos sobre el concepto de salud de Ferrara, Gastao Wagner de Sousa Campos, médico brasileño especializado en Salud Mental, referente importante en el ámbito de la salud pública en la Argentina, aporta un concepto interesante para pensar al proceso salud-enfermedad y su tratamiento desde el paradigma de la salud colectiva a partir de los desarrollos teóricos en su trabajo sobre la clínica ampliada: “Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad.” (de Sousa Campos, 1997). El adoptar un enfoque donde ‘la enfermedad’ sea puesta entre paréntesis nos posibilita una forma de trabajo con el sujeto y sus condiciones y así se posibilita la escucha de quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. (Ferrandini, 2011).

Cristina Laurell (Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, 1987 p. 61), a propósito de esta conceptualización dirá que “lo específicamente nuevo que ha

surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, es plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado”

La ley de salud mental define, en su artículo tercero a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, 2010).

Christophe Dejours va a abordar la problemática del proceso salud-enfermedad desde la psicodinámica del trabajo, entendido como “el análisis de los procesos implicados en la lucha de los hombres y las mujeres por mantener su equilibrio mental a pesar de las presiones patógenas ejercidas por la organización del trabajo” (Dejours, 2013, p. 5). El autor define a la tarea como lo que está prescripto por la organización del trabajo pero nos advierte que los trabajadores no respetan nunca las prescripciones en su integralidad, los operarios hacen trampa pues hay que enfrentarse a anomalías e incidentes imprevistos que perturban el ordenamiento productivo. “El operario hace trampa para poder hacer lo mejor posible en el tiempo más corto posible a pesar de los incidentes e imprevistos” (Dejours, 2015, p.11). Dirá que “todo trabajo está así salpicado por las irrupciones de la resistencia de lo real. Y lo real entonces se manifiesta primero como un fracaso” (Dejours, 2015, p. 12). Para precisar qué entiende el autor por real podemos decir que este se da a conocer al sujeto por un efecto de sorpresa desagradable, de modo afectivo (Dejours, 2013, p.17). Muy sintéticamente podríamos decir que es el desfase entre el trabajo prescripto y el trabajo efectivo.

"Trabajar es en primer lugar fracasar y trabajar es en segundo lugar sufrir. Y la solución es una producción directa del sufrimiento" (Dejours, 2015, p.13). Es decir que el dilema y su resolución están en el mismo ejercicio de la tarea.

“El sufrimiento no es sólo una consecuencia final de la relación con lo real, es al mismo tiempo protensión de la subjetividad hacia el mundo, en busca de medios de acción sobre el mundo para transformar ese sufrimiento encontrando la manera de superar la resistencia de lo real. (...) En ese movimiento, que parte de lo real del mundo como resistencia a la voluntad o al deseo para culminar en inteligencia y en poder de transformar el mundo, la subjetividad misma se transforma, se incrementa y se revela a sí misma” (Dejours, 2013, pp. 17-18)

El autor también destaca que la transformación del sufrimiento en disfrute pasa por el reconocimiento, entendido como un placer que el trabajador extrae del trabajo y que no depende del otro ni de su reconocimiento y que nos remite al vínculo de uno consigo mismo. (Dejours, 2015, p. 13).

Sin embargo la posición de Dejours lejos está de comprender al trabajo como un fenómeno de relación binómica entre éste y la tarea. La organización del trabajo contempla a otros actores, entre ellos los colegas o compañeros. Así, Christophe Dejours conceptualiza lo colectivo, que designa “un conjunto estable de relaciones entre varios trabajadores fundados sobre las reglas con las cuales ellos se constituyeron como colectivo, en vistas de tratar las dificultades que encuentran en la ejecución de su trabajo.” (Dejours, 2015, p. 21)

Lo esencial serán las reglas comunes que se da el propio colectivo para ocuparse de la tarea, para poder “armonizar entre los trabajadores y las maneras de tratar las dificultades en la ejecución del trabajo” (Dejours, 2015, p. 22)

Neffa, en una línea teórica similar, dirá que

“durante la actividad, el trabajador debe soportar exigencias físicas, psíquicas y mentales que son fuentes de fatiga; si durante el tiempo de reposo la fatiga no se recupera y si la carga de trabajo superó sus capacidades de resistencia y adaptación, el trabajo puede dar lugar a dolor, sufrimiento y predisponer a contraer enfermedades.” (Neffa, 2015, p. 11)

En el enfoque de Neffa, el concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) abarca un conjunto amplio e interrelacionado de factores técnicos, organizativos, sociales, psicológicos y ambientales presentes en el entorno laboral. Estos factores inciden directamente sobre la salud física, mental y social de los trabajadores. A diferencia de visiones más reduccionistas centradas únicamente en lo físico o ambiental, Neffa propone una perspectiva integral que considera desde los elementos materiales del puesto de trabajo hasta los vínculos interpersonales y el modo en que se organiza la producción. En este sentido, las CYMAT no son estáticas ni neutras, sino que expresan relaciones sociales que pueden favorecer o deteriorar el bienestar de quienes trabajan (Neffa, 2015, p. 20).

Dentro del campo de las CYMAT, Neffa desarrolla el concepto de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST), entendidos como aquellos factores derivados de la organización y contenido del trabajo que pueden afectar negativamente la salud de los trabajadores, particularmente en el plano psíquico y emocional. Entre estos riesgos se incluyen la sobrecarga de tareas, los ritmos excesivos, la falta de autonomía, la ambigüedad de roles, la inestabilidad laboral, el acoso, la discriminación y las relaciones laborales conflictivas. Estos elementos, en su acumulación y persistencia, no sólo generan malestar, sino que pueden desencadenar trastornos de diversa índole, como estrés crónico, ansiedad, depresión, burnout, e incluso somatizaciones físicas (Neffa, 2015, pp. 36-37).

El autor sostiene que los RPST son inseparables de los procesos de transformación del mundo del trabajo en las últimas décadas, marcados por la flexibilización laboral, la precarización del empleo y la intensificación del trabajo. Por ello, subraya la necesidad de un enfoque preventivo y participativo que no solo atienda a los síntomas, sino que intervenga sobre las causas estructurales de estos riesgos, promoviendo condiciones de trabajo dignas y saludables (Neffa, 2015, p. 45).

Estas perspectivas coinciden en que el proceso salud-enfermedad en el ámbito laboral está determinado por condiciones estructurales que trascienden lo individual. Desde la Salud Colectiva, Breilh (2021) enfatiza que el “daño a la salud” es un producto histórico de las relaciones de explotación del capitalismo, donde las condiciones laborales hospitalarias —como la intensificación de jornadas o la falta de equipos de protección— actúan como “factores de desgaste acumulativo” (p. 58). Navarro (2020) corrobora esta visión al demostrar cómo las reformas neoliberales en salud precarizaron el empleo médico, convirtiendo a los trabajadores en “recursos ajustables” a demandas institucionales (p. 72).

En el plano psicosocial, el modelo de Demandas-Recursos Laborales (Bakker & Demerouti, 2017) provee un marco para analizar esta dinámica: las exigencias emocionales de la pandemia (demandas) agotaron a los equipos sanitarios, mientras que la falta de apoyo institucional (recursos) profundizó el síndrome de burnout —con su tríada de agotamiento, cinismo y baja eficacia profesional (Maslach & Leiter, 2016, p. 115)—. Estos enfoques se articulan con la psicodinámica de Dejours (2013), pues el 'sufrimiento en el trabajo' no deviene solo de lo real resistente, sino de estructuras que obstaculizan su transformación en disfrute. Así, el WHO-5 no solo mide bienestar subjetivo, sino que opera como termómetro de las condiciones laborales: puntuaciones bajas reflejarían la incapacidad del sistema sanitario para garantizar lo que Neffa (2015) llama 'CYMAT saludables' (p. 45), es decir, entornos que protejan la salud integral de quienes trabajan en ellos.

Esta articulación entre este marco teórico y el WHO-5 permite establecer una relación entre las condiciones estructurales del trabajo y la vivencia subjetiva del bienestar. Si bien el WHO-5 no indaga directamente sobre los factores laborales, su aplicación en contextos organizacionales permite inferir cómo los RPST pueden estar incidiendo sobre los niveles de bienestar reportados por los trabajadores. Así, una puntuación baja en el WHO-5 puede interpretarse, en parte, como un posible reflejo del impacto negativo de condiciones laborales adversas, tal como lo plantea Neffa.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente vincular los RPST con indicadores empíricos del estado psicológico de los trabajadores, como los que proporciona el índice WHO-5 de bienestar psicológico. Este instrumento, compuesto por cinco ítems que evalúan la presencia de afectos positivos (sentirse activo, tranquilo, interesado, descansado y feliz) durante el último mes, ofrece una aproximación sintética pero sensible al bienestar emocional general (Topp et al., 2015).

En el contexto hospitalario post-pandemia, la comprensión de la salud-enfermedad como un proceso complejo, determinado por factores estructurales y subjetivos es clave para la comprensión del fenómeno y el diseño de estrategias de intervención que contemplen las condiciones de trabajo y el bienestar psicosocial del personal sanitario.

Planteamiento del problema

El interés de esta investigación recae en comprender cómo la pandemia incidió en la salud mental de los agentes del sistema sanitario de la ciudad de Rosario, específicamente los del área de enfermería y personal de servicios generales.

¿Cómo afectó la pandemia a estos trabajadores en cuanto a su salud mental?
¿Afectó a todos por igual o tuvieron repercusiones diferentes en relación a edad, sexo, antigüedad y condiciones laborales? Estas son las interrogantes que convocan y que guiarán la investigación.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es el de indagar en la salud mental de los trabajadores sanitarios en efectores públicos de la ciudad de Rosario en las áreas de enfermería y servicios generales en el contexto post pandemia, identificando las repercusiones negativas de la misma.

En cuanto a los objetivos específicos se analizará la percepción de los trabajadores sanitarios en referencia al impacto de la pandemia en su salud mental y se determinará si existen diferencias significativas en cuanto a la salud mental según variables sociodemográficas (edad, sexo) y laborales (antigüedad, puesto, condiciones laborales).

Hipótesis

Sobre la hipótesis, se parte del supuesto que la pandemia tuvo una repercusión negativa en la salud mental de los trabajadores sanitarios y que ciertos indicadores de salud mental se vieron más afectados en aquellos trabajadores de primera línea, con menor antigüedad y en condiciones laborales más precarias.

Metodología

Para el diseño de la investigación se adoptará un tipo de estudio exploratorio con un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos.

La perspectiva epistemológica se encuadra en el paradigma de la complejidad. Es por esto que en esta investigación se entiende al constructo 'salud' y específicamente al de 'salud mental' como una categoría imbricada en los terrenos de diferentes ciencias y disciplinas (biológicas, médicas, sociales, económicas, políticas, psicológicas, culturales, etc.). Dado que la salud mental constituye un constructo complejo, su estudio demanda un enfoque metodológico mixto y multidimensional que permita captar tanto su prevalencia medible como sus significados subjetivos. En esta investigación, se integraron datos cuantitativos con análisis cualitativos, reconociendo que las experiencias del personal sanitario durante la pandemia no solo se expresan en escalas numéricas, sino también en narrativas sobre vulnerabilidades, recursos institucionales y contextos específicos. Esta triangulación metodológica responde a la necesidad de superar

reduccionismos, abordando la salud mental desde sus dimensiones individuales, colectivas y estructurales para poder así captar la trama de factores que incidieron en el bienestar del personal sanitario durante la pandemia.

La metodología en relación a la recolección y análisis de datos tendrá un enfoque mixto y se llevará a cabo mediante entrevistas semi-dirigidas con informantes clave (cuyas preguntas se centrarán en tres ejes: cambios organizativos durante la pandemia, percepción del impacto en la salud mental y estrategias institucionales de contención) y un breve cuestionario autoadministrado que será completado de forma anónima y voluntaria por los trabajadores de las diferentes áreas, con el fin de recoger información sociodemográfica y laboral como género, edad, composición familiar, tipo de contrato, años en la función, etc. A este cuestionario se le anexará la escala WHO-5 Well-Being Index para evaluar el bienestar subjetivo de los participantes (Topp et al., 2015), destinada a medir el bienestar subjetivo, seleccionada por ser una escala corta que cuenta con amplia validación a nivel mundial. Se buscará tener una muestra de al menos 45 trabajadores para el cuestionario y la escala WHO-5 y seleccionar para las entrevistas semi-dirigidas a aquellos que hayan trabajado en pandemia y a jefes de personal de cada área que estén dispuestos a participar de la misma. Primero se recogerán y analizarán los datos cuantitativos del cuestionario y la escala WHO-5 correlacionando las variables sociodemográficas y laborales con los resultados de la evaluación de bienestar psíquico y luego los datos cualitativos aportados por los informantes claves se utilizarán para interpretar, clarificar o ampliar los resultados obtenidos en la fase cuantitativa.

Con respecto a la cuantificación de los resultados del WHO-5, se aporta una breve explicación: Las respuestas se puntúan de 0 a 5 (por ítem), donde 0 corresponde a 'nunca' y 5 a 'todo el tiempo'. La puntuación total va de 0 a 25 (sumando los 5 ítems). Para interpretarla podemos dividirla en tres categorías: bienestar bajo (de 0 a 12) interpretable como un posible riesgo de depresión o malestar emocional. Bienestar medio (de 13 a 17), comprensible como un estado emocional aceptable, pero con posibles áreas de mejora y Bienestar alto (de 18 a 25), que indica un alto bienestar emocional.

En cuanto a la selección de la muestra, la misma se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando participantes entre el personal sanitario del Hospital Eva Perón y Hospital Provincial, que cumplieran con los criterios de inclusión. Los cuestionarios fueron distribuidos a través de los jefes de cada área, quienes facilitaron el acceso a los trabajadores, garantizando que la participación fuera voluntaria y anónima. Este método permitió una recolección de datos rápida y eficiente, aprovechando las estructuras organizativas existentes. Si bien el muestreo por conveniencia presenta ventajas operativas como la viabilidad en entornos complejos, también introduce limitaciones, como el riesgo de sesgo de selección al depender de la disposición de jefes y trabajadores y una posible sobrerrepresentación de áreas con mayor compromiso institucional o con las estructuras jerárquicas.

Esta investigación se atiene a las consideraciones éticas fundamentales según el Código de Nüremberg y Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Los participantes de las encuestas lo hicieron desde el anonimato y entre los ítems a responder se les consultó si estaban de acuerdo con los lineamientos y fines de la investigación. A los informantes clave, aquellos con los que se tenía una entrevista cara a cara, se les solicitó firmar un consentimiento informado donde se les aclaraban los lineamientos y fines de la investigación y se les garantizaba el completo anonimato. Otro aspecto importante a tener en cuenta sobre las consideraciones éticas es el de la voluntad de participación, necesaria en toda investigación con seres humanos pero fundamental en este tipo de trabajos donde se le pide a los participantes relatar vivencias que puedan revivenciar situaciones dolorosas o traumáticas.

Resultados

La investigación contó con la participación de 47 trabajadores de las áreas de servicios generales y enfermería del hospital Eva Perón y Provincial, quienes respondieron un cuestionario sociodemográfico y laboral con la anexión del instrumento WHO-5 y 4 informantes claves quienes aceptaron ser parte de una breve entrevista semi-dirigida. Cada informante era jefe de las áreas de servicios generales o enfermería en cada uno de los hospitales seleccionados.

El 53,2% de la muestra correspondió al Hospital Eva Perón y el 46,8% al Hospital Provincial. El 44,68% de los encuestados pertenece al área de enfermería, el 38,30% al área de servicios generales y el 17,02% a jefaturas y administración (indistintas en cuanto a sus áreas de competencia)

El 80,9% se encuentra en condición de planta permanente, mientras que el 14,9% es contratado. El restante 4,2% se definió autónomo/monotributista.

El rango etario de los trabajadores seleccionados estuvo representado en un 42,6% por personal entre 40 a 49 años, 23,4% a personal de más de 50 años, 21,3% a personal entre 30 y 39 años y sólo un 12,8% a aquellos entre 20 y 29 años. La media aproximada es de 43 años.

En cuanto al género, el personal se identificó en un 63,8% como femenino y 36,2% como masculino. Esta relación porcentual va en consonancia con la noción de feminización de trabajos de cuidado paliativo. También cabe destacar que masculino y femenino fueron las únicas opciones seleccionadas habiendo otras en el cuestionario.

El 8,51% de los trabajadores declaran vivir solos, el 27,66% viven solo con sus hijos bajo el mismo techo, el 34,04% con sus parejas e hijos, el 21,28% únicamente con sus parejas y el 8,51% en familias extensas o multigeneracionales (junto a hermanos, tíos, padres, parejas, hijos, etc).

Respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, el 8,7% está entre 0 y 3 años en la actividad, el 37% de los trabajadores se encuentran en el rango de los 3 a los 6 años, el 17,4% entre 6 y 10 años, el 30,4% entre los 10 y 20 años y sólo el 6,5% está hace más de 20 años en la función.

La relación entre las condiciones socio-laborales con los resultados del WHO-5 nos permite clarificar cuestiones atinentes a la hipótesis que guía esta investigación: Del total de la muestra, el 53,2% presenta un bienestar alto, 27,7% un bienestar medio y un 19,1% un bienestar bajo. A grosso modo podría decirse que 1 de cada 2 trabajadores presenta bienestar emocional y 1 de cada 5 se encuentra en riesgo.

En un primer desglose, podemos ver que en el hospital provincial el 59,1% de los trabajadores presentó un bienestar alto, en tanto en el Eva Perón el porcentaje fue de 48%. En cuanto al bienestar medio fue del 22,7% de los trabajadores del Provincial y 32% de los del Eva Perón. El bienestar bajo representó el 18,2% en los trabajadores del Provincial y el 20% de los del Hospital Eva Perón.

En cuanto a la relación de resultados entre cargos administrativos y de jefatura y el resto de los trabajadores se pudo rastrear que los primeros presentan un bienestar excepcionalmente alto (83.3% vs. 48.8% en trabajadores rasos). Por otro lado, ningún jefe reportó bienestar bajo, mientras que 22% del personal no jerárquico sí lo hizo.

Según el tiempo en función vemos que los trabajadores con más de 20 años en servicio presenta el mayor bienestar alto (80%) y 0 casos de bienestar bajo (aunque tenemos que considerar el sesgo que provoca lo escaso de la muestra en este segmento particular). En los trabajadores de 10 a 20 años hay mayor estabilidad, habiendo solamente un 14,3% de resultados de bienestar bajo. Los trabajadores de 3 a 6 años, aquellos en los cuales hay una gran atención por ser los ingresados en periodo pandemia, presentan un "pico" de bienestar bajo (23,5%) que lo pone por sobre la media.

Con relación al género las mujeres presentaron un 50% de bienestar alto y los hombres un 60%. El bienestar medio resultó ser de 28% en mujeres y 26.7% en los hombres. Respecto al bienestar bajo en mujeres es de 22% y en varones 13.3%. Los

resultados muestran que los hombres tienen un 10% más de bienestar alto que las mujeres y a su vez estas casi duplican a aquellos en el bienestar bajo.

Cuando se observan los ítems del WHO-5 individualmente y se los interrelaciona con las variables de antigüedad, género y condición laboral, se ponen en evidencia cuestiones de gran interés. Como se pudo observar en los datos, en cuanto al ítem de alegría y buen humor, se evidenciaron diferencias significativas según la antigüedad en el puesto. El 78% de los trabajadores con más de 20 años de antigüedad reportaron sentirse alegres la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, mientras que este porcentaje descendía al 42% entre aquellos con 0-3 años de antigüedad. En relación al género, los hombres presentaron un 15% más de respuestas positivas que las mujeres (65% contra 50%).

Respecto a la condición laboral, el 70% del personal de planta permanente manifestó altos niveles de alegría, frente a solo el 38% de los contratados. En cuanto a la tranquilidad y relajación, los resultados mostraron que solo el 33% de los trabajadores con 3 a 6 años de antigüedad reportaron sentirse tranquilos "más de la mitad del tiempo", porcentaje que ascendía al 80% entre los trabajadores con más de 20 años. Como se pudo ver en los datos, se mantuvo la brecha de género, con un 60% de los hombres manifestando alta tranquilidad frente al 40% de las mujeres. En relación a la condición laboral, el 75% de los trabajadores autónomos/monotributistas reportaron baja frecuencia de tranquilidad.

En el ítem de energía y actividad, como se anticipó en la hipótesis, el personal de enfermería mostró los niveles más bajos (la opción 'activos la mayor parte del tiempo' solo representó al 36.4%), mientras que las jefaturas alcanzaron el 83.3%. Según lo analizado, los hombres de 40-49 años fueron los más enérgicos (68% respuestas positivas), en contraste con las mujeres jóvenes de 20 a 29 años, donde el 62% reportó baja energía.

Respecto al descanso y frescura, los resultados confirman que el 45% de los contratados declaró sentirse 'nunca' o 'menos de la mitad del tiempo' descansado, frente al 18% del personal permanente. Como se evidenció, solo el 28% de las mujeres con hijos a cargo reportó sentirse descansada con frecuencia.

Finalmente, en relación al interés en la vida cotidiana, los datos muestran que el personal con 10-20 años de antigüedad presentó mayor interés (72% respuestas positivas), mientras que el grupo con 0 a 3 años de antigüedad mostró un 50% de respuestas negativas.

Discusión

Los resultados de esta investigación confirman que la pandemia de COVID-19 impactó negativamente en la salud mental del personal sanitario de Rosario, particularmente en enfermería y servicios generales, validando así la hipótesis inicial. Sin embargo, este impacto no fue homogéneo, sino que se articuló con condiciones estructurales preexistentes, en línea con los planteamientos de Ferrara y Laurell, quienes conciben la salud como un proceso social e histórico.

El estudio reveló que la precariedad laboral, expresada en contratos temporales, fue un determinante clave en el deterioro del bienestar, con un 42.9% de trabajadores no permanentes en situación de bienestar bajo, frente a solo un 15% entre los empleados permanentes. Este dato adquiere mayor relevancia al considerar el contexto pandémico, donde la inestabilidad laboral se exacerbó como factor de estrés crónico, tal como señala Neffa en su análisis de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo.

Se puede pensar que la pandemia no sólo intensificó la vulnerabilidad de los trabajadores temporales, sino que también normalizó condiciones laborales aún más desfavorables bajo la justificación de la emergencia sanitaria. En sectores críticos, como enfermería, la falta de inducción adecuada para el personal recién incorporado (dato que emerge de la entrevista con uno de los jefes de servicio) con seguridad agravó la

sobrecarga emocional y física, exponiendo a los profesionales a errores y frustración en un contexto poco propicio para resolver estas situaciones.

La intersección entre género y salud laboral se hizo más evidente durante este período: las mujeres, particularmente aquellas entre 40 y 49 años, presentaron mayores niveles de malestar (21.9% en bienestar bajo vs. 13.3% en hombres). La brecha de género, evidente en cada uno de los ítems del WHO-5, expone cómo la pandemia profundizó desigualdades preexistentes. Como se pudo ver, las mujeres reportaron resultados un 15% menor en el ítem que consulta por la alegría y un 20% menor en aquel que indaga sobre la tranquilidad que los hombres, con picos alarmantes en el ítem de descanso. Esta realidad dialoga con lo teorizado por Dejours: la falta de reconocimiento social y autonomía, sumada a la presión por adecuarse a condiciones laborales degradadas durante la pandemia, intensifica el sufrimiento psíquico, especialmente en ámbitos feminizados y precarizados.

En relación con los bajos niveles de energía reportados por el personal de enfermería (36.4% se sintió activo "la mayor parte del tiempo"), Dejours ofrece una explicación estructural clave. Según el autor, la imposibilidad de dominar lo real, es decir, adaptarse creativamente a imprevistos, acerca al trabajador a un estado de frustración y sufrimiento. Durante la pandemia, esto se materializó en la rigidez de los protocolos sanitarios, que limitaron la autonomía de las enfermeras para ajustar sus prácticas ante situaciones críticas. Esta brecha entre el trabajo prescrito y el real no sólo agotó físicamente al personal, sino que erosionó su motivación intrínseca. Así, la falta de reconocimiento institucional hacia sus propuestas sumado a factores como la precarización y jornadas laborales demasiado extensas imposibilitó convertir el esfuerzo en logro, lo que explica en parte los bajos niveles de energía registrados en el WHO-5. Como advierte el autor, cuando el trabajo niega la capacidad de transformar(se), el malestar se traduce en síntomas concretos, como en este caso es el agotamiento.

Por otro lado, se puede rastrear que la antigüedad mostró un efecto protector. Los trabajadores con más de 20 años en el puesto alcanzaron un 80% de bienestar alto, seguramente gracias a redes de apoyo colectivo y dominio de habilidades, tal como propone Dejours al analizar la transformación del sufrimiento mediante el reconocimiento y la acción colectiva. En las entrevistas con los jefes surgió con recurrencia el comentario de la charla con el equipo y con otros trabajadores dentro del hospital ('acá adentro nos conocemos todos' comentó una jefa al explicar la situación de los intercambios en los espacios comunes con médicos y administrativos del hospital para compartir los malestares del momento y evacuar dudas sobre el virus y las vacunas). Estos espacios que pueden construirse con la constancia y la recurrencia que permite el tiempo dentro de la institución fueron con seguridad un dispositivo que garantizó la protección de la salud mental de los trabajadores.

Conclusiones

Esta investigación evidenció que la pandemia de COVID-19 exacerbó las desigualdades estructurales preexistentes en el sistema de salud público de Rosario, impactando de manera diferenciada en la salud mental del personal de enfermería y servicios generales, tal como se hipotetizó inicialmente. Según lo trabajado en los apartados anteriores, los hallazgos cuantitativos y cualitativos confirman que la precariedad laboral fue un determinante crítico del malestar psíquico, en línea con los riesgos psicosociales descritos por Neffa. El género y la antigüedad articularon el impacto: las mujeres (especialmente la franja etaria que va de los 40 a los 49 años) mostraron mayor vulnerabilidad, mientras que la experiencia acumulada, como son los casos de los trabajadores con más de 20 años de antigüedad, actuó como factor protector, coherente con la noción de colectivo de trabajo de Dejours.

La exposición directa al virus en roles de primera línea se correlacionó con niveles elevados de agotamiento, validando los postulados de la psicodinámica del trabajo sobre el sufrimiento frente a lo real. En cuanto al marco teórico desarrollado, se concluye que la

concepción dinámica de salud-enfermedad como proceso histórico-social permite interpretar estos resultados no únicamente como efectos aislados de la pandemia, sino también como manifestaciones de conflictos estructurales del sistema sanitario como lo son la fragmentación, la precarización y la feminización del cuidado entre otros factores.

Como se pudo ver en los resultados, incluso en contextos críticos, la organización colectiva demostró ser un mecanismo clave para transformar el sufrimiento en estrategias de resistencia.

Finalmente, a partir de lo analizado, esta investigación evidencia la urgencia de políticas públicas que aborden los determinantes laborales de la salud mental, como la precariedad y la sobrecarga de roles de género, que emergieron como factores clave del deterioro psíquico, pero también que promuevan espacios de participación donde los saberes del personal sanitario, especialmente de aquellos con mayor experiencia y reconocimiento laboral, sean incorporados en el diseño de intervenciones.

Como se pudo ver en los resultados, la pandemia no sólo exacerbó el sufrimiento individual, sino que expuso fallas estructurales en el sistema de salud, donde la falta de políticas de conciliación y seguridad laboral profundizó las brechas preexistentes. En consecuencia, se concluye que las intervenciones post-pandemia deben priorizar la estabilidad laboral para reducir la precarización, principal determinante del malestar, desarrollar estrategias con enfoque de género que alivien la sobrecarga de cuidados en trabajadoras y espacios de contención psicológica para roles críticos, articulados desde una mirada sistémica que vincule la salud con las condiciones materiales de existencia. Solo así se podrá transformar el enfoque individualista del malestar y se transformarán las estructuras que hoy reproducen el sufrimiento evitable.

Referencias

Constitución de la Nación Argentina. (2013). *Constitución de la Nación Argentina: Edición actualizada*. Buenos Aires: Infojus.

Gobierno de Argentina. (2020). *El Gobierno Nacional decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-nacional-decreto-el-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio>

Gobierno de Argentina. (2021). *Impacto de la COVID-19 en el personal no médico de la salud en Argentina*. Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/impacto_covid-19_personal_no_medico.pdf

Gobierno de Santa Fe. (s.f.). *Red de atención en salud*. Recuperado el 5 de abril de 2025, de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Provincia de Santa Fe. (2020, 8 de abril). *Resolución N° 41/2020*.

Municipalidad de Rosario. (2022). *Presentación general COVID-19*. Informe técnico. Rosario.gob.ar.

Municipalidad de Rosario (2023). *Impacto del COVID19 en las defunciones. Rosario 2020-2021*. Informe especial. <https://datos.rosario.gob.ar/sites/default/files/2023-05/Impacto%20de%20la%20pandemia%20por%20Covid19.%20Rosario%202020-21.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *Las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y la COVID-19*.

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/publication/wcms_838983.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): preguntas y respuestas*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 3 de marzo). *Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide*. Nota de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]. (1948). *Preámbulo*.

Organización Panamericana de la Salud. (2020, 30 de septiembre). *Las personas mayores de 60 años han sido más afectadas por la COVID-19 en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Artículos científicos y académicos

Arnedo-Pena, A., Bellido-Blasco, J. B., Montañez-Carrillo, P. J., & Royo-Bordonada, M. Á. (2022). Riesgo de infección por SARS-CoV-2 en trabajadores sanitarios altamente expuestos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 68(266), 1-13. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602022000100002

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>

Bolcatto, V., Rubinzal, M., & Sedrán, P. (2022). *Enfermería y subjetividades en Santa Fe durante la pandemia*. *Cuadernos de H ideas*, 16(16), e065. <https://doi.org/10.24215/23139048e065>

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. C., Tizón, J. L., & Grupo de Salud Mental del PAPPS. (2022). *Pandemia de la COVID-19: efectos en la salud mental de los profesionales sanitarios*. *Atención Primaria*, 54(6), 101036. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.101036>

Gómez, P., Cerino, S., Díaz, E., Coronado, M., Catalini, S., Fernández, R., & Romero, D. (2023). Malestar psicológico en trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Revista de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba: Suplemento JIC XXIV*. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/42651>

Kabir, M. A., Alam, M. A., Ahammed, N., & Sultana, S. (2022). *Mental health impacts of COVID-19 pandemic on healthcare workers: A systematic review*. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.13300>

Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8*(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

Magee, C. A., Heron, L., & Stamatakis, E. (2021). *Mental health and COVID-19: The effect of the pandemic on mental health in healthcare workers*. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.13309>

Scatularo C., Battioni L., Bellia S., et al. (2021) Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. *Rev Argent Cardiol* 2021;89:204-210. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20231>

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>

Medios de comunicación y páginas web

Chequeado. (2020). *Quiénes están exceptuados del aislamiento obligatorio*. <https://chequeado.com/hilando-fino/quienes-estan-exceptuados-del-aislamiento-obligatorio/>

CNN Argentina (2020). *Hospitales en la provincia de Santa Fe avisan de la saturación de pacientes con covid-19*. <https://cnnespanol.cnn.com/video/hospitales-santa-fe-rosario-saturacion-pacientes-covid-coronavirus-pkg-ignacio-pellizzon-perspectivas-buenos-aires>

El País. (2020). *“Andate porque nos vas a contagiar, hdp”*: médicos argentinos sufren el repudio de sus vecinos. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-08/andate-porque-nos-vas-a-contagiar-hdp-medicos-argentinos-sufren-el-repudio-de-sus-vecinos.html>

Infobae. (2020). *Argentina en emergencia sanitaria: terapias intensivas colapsadas y contagios y muertos que crecen*. <https://www.infobae.com/salud/2020/09/02/argentina-en-emergencia-sanitaria-terapias-intensivas-colapsadas-y-contagios-y-muertos-que-crecen/>

La Nación. (2020). *En fotos: aplausos en los barrios para los trabajadores de la salud que combaten el coronavirus*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/en-fotos-aplausos-barrios-trabajadores-salud-combaten-nid2348519/>

Libros y documentos académicos

Breilh, J. (2021). *La determinación social de la salud: una perspectiva emancipadora*. Lugar Editorial.

Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y Emancipación*. Editorial Topía.

Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Editorial Topía.

Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos Editora.

Laurell, C. (1987). *Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción*. En *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Burnout. En G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351-357). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>

Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451-464). Buenos Aires.

Navarro, V. (2020). *El ataque neoliberal a la salud y al Estado de bienestar*. Anagrama.

de Sousa Campos, G. (1997). *La clínica del sujeto*. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sou%20Campos.pdf

Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: Contribución a su estudio* (1.^a ed.). CEIL-CONICET; Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Ciencias Económicas; Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Económicas; Universidad Nacional de Moreno, Departamento de Economía y Administración; Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, Centro de Innovación para los Trabajadores.

<https://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/Los-riesgos-psicosociales-en-el-trabajo-Julio-C%C3%A9sar-Neffa.pdf>

Testa, M. (1986). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud*. En *Pensar en Salud* (pp. 149-163). Lugar Editorial.

Tobar, F. (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud". En Garay, O (Coordinador) "Responsabilidad Profesional de los Médicos, Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012.