



RASIC
Red Argentina de Salud Integral
Informe 02.
Serie "Salud mental, cuidados y trabajo".
Colección Investigaciones UDC.
Editorial Universidad del Chubut.

Género y Salud Mental en contexto de Pandemia. Hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina

Investigación internacional multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud"



SALUD MENTAL EN PERSONAL DE SALUD

Informe N°2 Argentina

Género y Salud Mental en contexto de Pandemia. Hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina

Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC)

Investigación internacional multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud"



RASIC - Red Argentina de Salud Integral y Cuidados

Género y Salud Mental en contexto de Pandemia. Hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina: investigación internacional multicéntrica / fotografías de Anibal Aguaisol. - 1a ed. - Rawson : Universidad del Chubut, 2021.

Libro digital, PDF - (Investigaciones UDC. Salud Mental, cuidados y trabajo ; 1)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN XXX-XXX-XXXXX-X-X

1. Estrés Psicológico. 2. Pandemias. 3. Trabajadores. I. Aguaisol, Anibal, fot. II. Título. CDD 158.72

Con el apoyo de:



Con el financiamiento de:



Licencia Creative Commons Atribución - NoComercial - CompartirIgual 4.0 Internacional.
Sitio web: <https://saludmentalcovid19.org> - Correo: saludmentalcovid19@udc.edu.ar

ÍNDICE

Introducción	1
Contextualización	2
Metodología	4
Análisis descriptivo sobre composición	6
Dimensiones de cuidado	8
Impacto en la salud mental	11
Conclusiones	14
Aspectos destacados	16
Glosario	17
Referencias	19
Integrantes de RASIC	20

*Queremos agradecer especialmente a **Rubén Alvarado, Franco Mascayano, Sara Schilling, Eric Tapia** y a todo el equipo de programadores del Nodo Chile, quienes sin ellos esta encuesta no se hubiera podido llevar adelante.*

Diseño y maquetación: Rodrigo Jaldo.

Fotografías de tapa e interiores: Aníbal Aguaisol.

Sobre la accesibilidad digital en este libro:

La Editorial de la Universidad del Chubut, en conjunto con la RASIC, pretende adecuar su producción documental institucional con el objetivo de garantizar la accesibilidad a la información más allá de la condición física o las facultades cognitivas de los lectores. En esta primera etapa, se contemplan tres aspectos que permiten planificar y elaborar recursos digitales de calidad:

- Algunas pautas del diseño universal o **diseño sin barreras**;
- La experiencia del Usuario centrada en el **destinatario** con eficiencia, considerando la comodidad en la accesibilidad;
- La **lectura fácil** que considera aspectos de la discapacidad cognitiva, y el Tratado de Marrakesh y la discapacidad visual.

En esta oportunidad, se aplican las Normas APA para las citas y referencias bibliográficas. Se implementa en el documento algunas buenas prácticas universales que son recomendadas considerando al destinatario de la obra. Para ello, utiliza lenguaje conocido por la audiencia, fuente sin serifa, espaciado entre líneas y entre párrafos, **no justifica el texto**, ni utiliza columnas. Además, utiliza un buen contraste entre texto y fondo e incorpora los índices interactivos respetando el azul como color para los hipervínculos. Otorga además a los textos de anclaje, la información del destino. Nuestra Universidad promueve el compromiso de producir documentos de calidad académica e impulsa la accesibilidad digital ya que facilita la inclusión, la lectura y el aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

Este informe forma parte de la serie de análisis realizados por el equipo de Argentina, en el marco del proyecto “**Impacto de la pandemia de COVID-19 en la Salud mental de los trabajadores en centros de Salud. Estudio internacional multicéntrico**”. Esta investigación se llevó a cabo por una red de colaboración internacional formada por instituciones sanitarias y académicas de diversos países de Latinoamérica y el Caribe (Argentina, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala, México, y Puerto Rico), Europa y países vecinos (España, Italia, Holanda, Alemania, Armenia, y Turquía), Medio Oriente y África del Norte (Líbano y Túnez), en África Subsahariana (Nigeria), así como en Asia (China y Mongolia). Tiene su origen en Chile, y su objetivo principal consiste en evaluar el impacto de la pandemia del COVID-19, tanto en la Salud mental como en otros aspectos psicosociales, en las personas trabajadoras de diversos dispositivos sanitarios.

En **Argentina** participan equipos que abarcan cinco provincias: Chubut, Río Negro, Buenos Aires, Mendoza y Salta, quienes conformaron y crearon la Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC), que se integra a la red internacional. En el año 2021, se incorporaron nuevas regiones de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes. En dicho marco, y luego de la publicación del “1º Informe: Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras en Salud”, se pretende desarrollar un 2º Informe que considere la **dimensión de género** en el análisis de los participantes, atendiendo la composición de género en la fuerza laboral del sector Salud, el derecho al cuidado en sus diferentes esferas y el impacto diferenciado en la Salud Mental que tuvo y tiene la pandemia por COVID 19 en las personas trabajadoras del sector (en especial las mujeres). Asimismo, se pretende reflexionar estas dimensiones en correlación con la composición de la población en general, tanto para el sostenimiento social de cuidado en la vida cotidiana, como para el sostenimiento de un servicio esencial en este contexto.

Nota: atento que la herramienta de medición no ha sido pensada y estructurada desde un enfoque de género, los hallazgos del presente informe visibilizan la necesidad de indagación transversalizada a partir de las dimensiones de género. Se propone dejar abierta la posibilidad de realizar futuras intervenciones de la RASIC en estas temáticas.

CONTEXTUALIZACIÓN

Se valora como información de referencia los datos sobre la **composición** de la fuerza trabajo del sector Salud en Argentina, del cual surge que existe un total de 611623 profesionales de la medicina y enfermería, con una composición altamente feminizada y un sostenido proceso histórico de feminización en la pirámide poblacional de profesionales. En el mismo se observa el aumento del número de feminización en niveles de menor profesionalización (sectores menos pagos) y rango etario (mayor carga laboral según la composición de personas donde el factor de riesgo es la edad) (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2020). Según el informe “Género en el sector Salud: **feminización y brechas laborales**” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018), las personas trabajadoras de la Salud representan más del 6% del total de la población ocupada y un 20,3% del total de profesionales (es decir que 2 de cada 10 profesionales pertenecen al sector Salud). En cambio, la participación es sensiblemente menor respecto al personal técnico y operativo (5,3% del total de profesionales). En la misma línea, en el reciente Informe Técnico “COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la Salud en Argentina” de la Organización Internacional del Trabajo se da cuenta del mayor riesgo que han asumido las mujeres en relación a sus funciones laborales y sociales en la primera línea de atención, debido a la feminización de los sectores laborales de Salud, educación y cuidados remunerados y no remunerados (East, Laurence, y López Mourelo, 2020). Así, detalla que un 70% de la composición de la fuerza laboral del sector Salud está representado por mujeres, y conforman el 9,8 por ciento del total de las mujeres ocupadas del país. También se muestra la persistencia de brechas salariales existentes, producto de la segmentación de la población laboral del sector.

Se debe considerar a las trabajadoras del sector Salud como sujetas de derecho al Cuidado, teniendo en cuenta no sólo las condiciones laborales en que se prestan los servicios, sino también el impacto producido por las medidas de aislamiento preventivo y obligatorio imperante en al momento de tomar la muestra. Por ejemplo, el cierre de escuelas y espacios de cuidado produce una mayor carga física y mental a partir de la doble jornada laboral (la remunerada y la no remunerada), debido a que son las

mujeres quienes asumen en mayor porcentaje las **tareas domésticas y de cuidado** en Argentina. Se estima que las tareas domésticas y de cuidado, consideradas como un todo, son la actividad que más aportaría a la economía, ya que los cuidados representan un 16% del PBI, pero son tareas realizadas en su mayoría de manera gratuita. Según Informe “Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto”, las mujeres argentinas dedican más de 96 millones de horas diarias a tareas de cuidado sin ningún tipo de remuneración, pero con un gran costo en términos de tiempo (Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, 2020).

Estos resultados abonan el supuesto desde el cual se analizan los datos del presente informe: el sostenimiento del servicio esencial en Salud, más las tareas de cuidado desarrolladas hacia el interior de cada hogar, que se han extendido durante la pandemia como efecto del retiro del Estado en los ámbitos de la educación, entre otros, impacta de **manera diferenciada**, y en mayor medida, en las mujeres que en los varones. En este sentido, se calcula que el 48% de las trabajadoras del sector de Salud son jefas de hogar, y el 53,8 % tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7% tiene hijas o hijos menores de 5 años (East et al., 2020). Por otro lado, mientras muchos sectores productivos presentaron caídas en su nivel de actividad en el contexto de COVID-19, el trabajo de cuidados aumentó su nivel al 21,8% del PIB, y muestra un aumento de 5,9% con respecto a la medición “sin pandemia”.

También, se recogen para la contextualización aportes del documento técnico “Hablemos de Cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de Cuidados” (Mesa Interministerial de Políticas de Cuidados del gobierno de la Nación Argentina, 2020). Este informe da cuenta de la **problemática social del cuidado** como base para el desarrollo de la vida cotidiana como forma de garantizar el bienestar de todas las personas, y un ejercicio pleno de derechos en igualdad y equidad. El documento advierte sobre la centralidad de la temática de cuidados como núcleo duro de la desigualdad de género y de las brechas laborales que afectan a las mujeres. Entre algunos factores relevantes se mencionan los sesgos de género en el tipo de ocupaciones a las cuales acceden las mujeres, que tienden a estar asociadas al estereotipo del cuidado (sector Salud, educación, doméstico); las menores posibilidades de desarrollo vital (personal, formativo y laboral) por la sobrecarga de tareas de cuidado; y las dificultades de acceso a puestos de toma de decisiones para las mujeres; cuestiones que pueden verse reflejadas en la hallazgos de la muestra bajo estudio en este informe.

METODOLOGÍA

A finales de marzo del 2020 se formó un grupo internacional multicéntrico, de 32 países de los 5 continentes, para estudiar el impacto del COVID-19 en la Salud mental de las personas trabajadoras de la Salud. La investigación propuesta consistió en un diseño de cohorte prospectivo durante un año, con una evaluación al inicio y un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. El estudio está destinado a personal sanitario de diferentes dispositivos y labores (atención de la Salud, administración, mantenimiento, transporte, etc.). Para la evaluación inicial se construyó un **cuestionario online** de 101 preguntas con aportes de un comité internacional. La encuesta se desarrolló con una lógica condicional, la cual permite desplegar preguntas adicionales en función de las respuestas previas. Esto implica que no todas las personas tienen que responder la totalidad de preguntas del cuestionario. La encuesta incluyó preguntas de instrumentos de evaluación psicológica con propiedades psicométricas conocidas para Argentina, como el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Burrone et al., 2015) y la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Urtasun et al., 2019). Es importante aclarar que, si bien estos 2 cuestionarios se utilizan para el diagnóstico clínico de trastornos como la ansiedad y la depresión, jamás se deben obtener conclusiones por sí mismos. Para la presente investigación solo se utilizó el GHQ-12 y el PHQ-9 con fines de cribado (screening) en la detección precoz de posibles patologías.

El 1 de junio se inició en Argentina la difusión previa de la encuesta, para comenzar a visibilizar el estudio. A partir del 23 de junio, se enviaron las primeras invitaciones a participar de la encuesta, mediante la utilización de correos electrónicos, redes sociales y mensajes de Whatsapp a contactos personales y referentes de cada área. Aquellas personas interesadas en participar completaron primero un pequeño formulario de contacto en donde facilitaban su email, y posteriormente desde el equipo de investigación se enviaba un correo electrónico con la información detallada de la investigación y sus derechos como **participantes**. Si las personas deseaban continuar, podían acceder a la encuesta online desde un enlace que se ofrecía al final del correo informativo. Sin embargo, el equipo decidió modificar a partir de septiembre la metodología de la difusión de la encuesta, por lo que los consiguientes mensajes de difusión incluyeron el enlace directo a la encuesta. Esto se realizó con la finalidad de aumentar la participación en la encuesta. De esta manera, la información recabada hasta el 20 de diciembre incluye datos sobre 1036 participantes, fecha del cierre del estudio. Por último, se descartaron 16 participantes que no completaron ningún dato de la encuesta, por lo que la muestra final se compone de 1020 personas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 22 para procesar los datos.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

Para el análisis y la descripción de resultados de la muestra, se tomó en cuenta la propuesta metodológica del material “La transversalización del enfoque de género en políticas y programas” (Organización de los Estados Americanos, sf), de la cual se derivan algunos principios básicos que guían epistemológicamente el informe. Se propone la implementación del **enfoque de género** para poder dilucidar las diferencias en el impacto de la crisis social y sanitaria que afectó al mundo, pero acentúo su efecto negativo sobre la Salud de las mujeres. A través de este enfoque, se intenta detectar las necesidades e intereses de mujeres trabajadoras de servicios de Salud durante la pandemia de COVID-19 y cómo impacta en detrimento de su Salud mental, en ausencia de tomar en cuenta estas necesidades propias del género. También, se busca visibilizar factores estructurales que se relacionan con la dimensión de género, como la división sexual del trabajo, tanto en el trabajo remunerado como en el no remunerado, especialmente en tareas de cuidado. Es fundamental destacar que la **transversalización** de la perspectiva de género al momento del análisis de esta investigación forma parte de una estrategia general, direccionada a generar un mayor



Fotografía 1: Intervención realizada durante una marcha del derecho al aborto seguro, legal y gratuito.

reconocimiento de esta herramienta como metodología de investigación. Queremos forjar un camino que ya ha sido iniciado por los movimientos feministas en las calles y en el interior del campo científico, a lo largo de Latinoamérica y el mundo. Un cambio de paradigma acerca de cómo analizar los fenómenos sociales sin un sesgo de género. Con ello, la intención es contribuir a la **deconstrucción** de patrones hegemónicos y patriarcales dentro del ámbito de la episteme. Estos patrones muchas veces han infravalorado las contribuciones de las investigaciones o descubrimientos realizado por los aportes epistemológicos feministas. Además, es una metodología de análisis que se opone a la construcción de políticas públicas que no tengan perspectiva de género. Por lo cual, con este informe esperamos aportar insumos para la elaboración e implementación de políticas públicas que persigan la corrección de desigualdades.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE COMPOSICIÓN

Para poder desarrollar las categorías de análisis y descripción sobre las personas participantes se cruzaron como parámetros la composición y representación por género del personal del sector Salud con datos e información existente a nivel nacional disponible en informes mencionados supra. En dicho marco, entendemos que la participación en la respuesta al instrumento se relaciona en que el **sector** se encuentra mayormente compuesto por mujeres, lo cual representa un sector de fuerza laboral altamente feminizado. De la información recabada se desprende que fueron las quienes respondieron al instrumento en mayor proporción que los varones (80,2% de mujeres). Además, no hubo participación significativa de personas identificadas con otros géneros, por lo cual las descripciones y análisis del presente se formulan con el binomio mujer/varón. Por otro lado, la mirada respecto de algunas respuestas similares y/o con dígitos mínimos, no puede ser comparado entre representaciones iguales, sino precisamente resaltar el mayor porcentaje de ésta representación en relación con el total de población en general.

Respecto al máximo nivel de **estudios finalizados**, las mujeres indicaron tener en un 16,4% educación técnica, un 38,1% un nivel universitario y un 33% con formación especializada de posgrado. Por su parte, los varones indicaron un 18,5% de profesionalización técnica, un 30,5% con estudios universitarios y un 33,5% con estudios especializados (ver Tabla 1). Además, el 18,5% de las mujeres respondieron que se encuentran realizando alguna instancia de formación profesional de posgrado en calidad de residente, concurrente o becaria, mientras que un 15,7% de los varones participantes indicaron estar realizando instancias de formación en este sentido.

En cuanto al **lugar de trabajo** y, por ende, la exposición al riesgo en su función, un 20,5% de los varones respondieron que se encuentran en áreas administrativas u otras unidades fuera de un centro de Salud, mientras que un 18,05% de las mujeres respondieron que se encuentran trabajando en este sector. En cambio, el 55,7% de mujeres y el 57,4% de varones indicaron encontrarse trabajando en centros de Salud hospitalarios (ver Tabla 2).

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

Tabla 1: Máximo nivel de estudios finalizados según género

Nivel	Mujeres	Varones
Estudios primarios sin completar	0,10%	0,50%
Estudios primarios	1,70%	2,00%
Estudios secundarios	10,70%	15,00%
Formación técnica-profesional	16,40%	18,50%
Estudios universitarios	38,10%	30,50%
Estudios de posgrado	33,00%	33,50%

Pese a que las mujeres tienen un mayor nivel de formación y están representadas en mayor cantidad en el nivel de respuesta, cuando se desagrega la información por género, profesión y tarea asignada, existe una diferencia mínima de representación en cargos de gestión y dirección (mayor remuneración). De las mujeres que respondieron, 8 tienen cargos jerárquicos. En cambio, de los varones que respondieron 7 se encuentran representados en dichos cargos. La situación es inversa respecto a las áreas relacionadas con las tareas de cuidado físico, emocional y/o social (menor remuneración), donde la representación de mujeres se triplica (ver Tabla 3). Esto permite visibilizar formas de segregación horizontal y vertical, también conocidas como, **paredes y techos de cristal** según la división sexual del trabajo (ver glosario).

Tabla 2: Tipo de centro en el que trabaja según género

Centro	Mujeres	Varones
Centro de salud no hospitalario	25,7%	22,1%
Centro de salud hospitalario	55,7%	57,4%
Unidad administrativa fuera de un centro de salud	5,8%	10,5%
Otras unidades o centros de atención fuera de un centro de salud	12,7%	10,0%

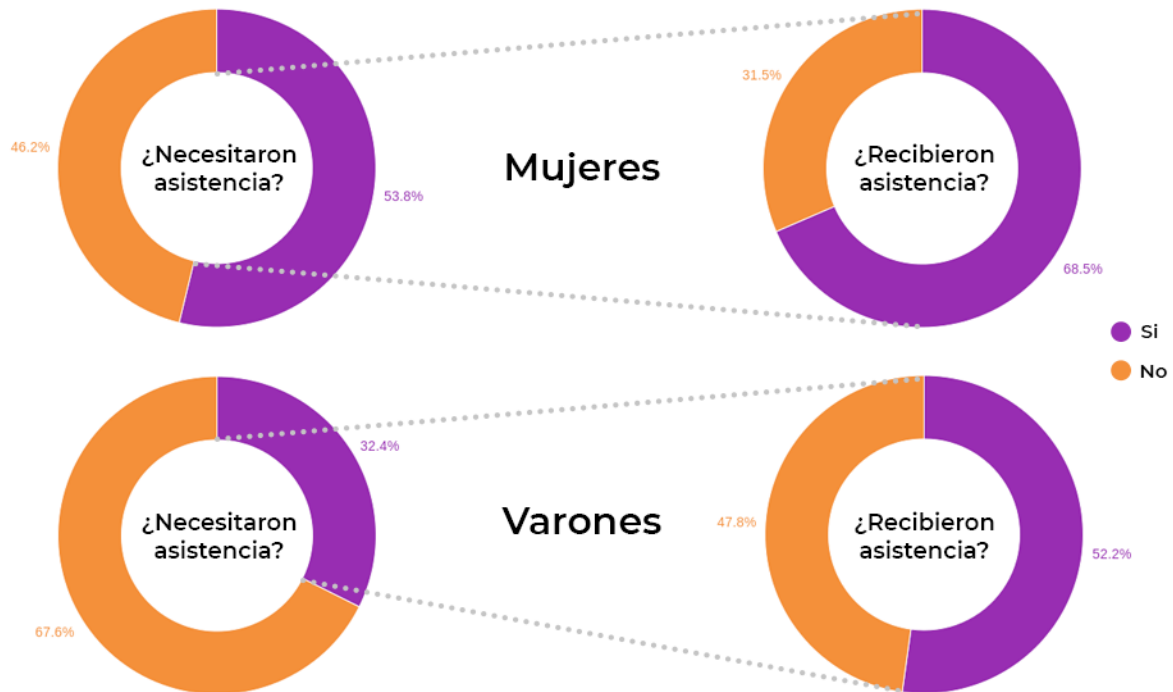
Tabla 3: Distribución de tareas según jerarquía y género

Tareas relacionadas con el Cuidado físico/emocional y doméstico	Mujeres	Varones	Tareas relacionadas con cargos de gestión o mayor jerarquía	Mujeres	Varones
Enfermero/a	15,1%	10,0%	Gestión / dirección clínica	0,9%	3,2%
Psicología	11,8%	7,4%	Gestión / dirección no clínica	1,5%	4,7%
Trabajo Social	6,5%	2,1%	Médico/a	22,05%	27,09%
Limpieza	3,02%	0,5%	Quirófanos / Pabellón / Cirugía / Procedimientos	0,98%	3,48%

DIMENSIONES DE CUIDADO

La encuesta permitió extraer información sobre algunas de las dimensiones del cuidado (autocuidado, cuidar a otros, ser cuidado). Respecto a la dimensión del autocuidado, la encuesta no indaga este aspecto. En cambio, si se pueden extraer algunas observaciones sobre la dimensión de **cuidado a otras personas**, que incluye las necesidades específicas (cuidados) de infancias, adolescencias, personas adultas mayores y con discapacidad. De las respuestas válidas se desprende que el 62,6% de las mujeres y el 57,9% de varones conviven con menores de 18 años; que el 10,8% de las mujeres y el 18,2% de varones conviven con mayores de 65 años; y el 4,4% de las mujeres y el 12,4% de varones conviven con personas con discapacidad. Dentro de estas categorías, el 53,8% de las mujeres y el 32,4% de los varones que conviven con menores de 18 necesitaron asistencia en sus cuidados. Cuando se les preguntó a las personas que necesitaron asistencia en el cuidado de menores si la habían recibido, el 68,5% de las mujeres y el 52,2% de los varones contestaron de manera afirmativa (ver Gráfico 1). Por su parte, necesitaron asistencia en sus cuidados el 31,5% de las mujeres y el 31% de los varones que conviven con mayores de 65, o con personas con discapacidad. Cuando se les preguntó a las personas que necesitaron asistencia si la habían recibido, el 56,5% de las mujeres y el 22,2% de los hombres contestaron de manera afirmativa.

Gráfico 1: Necesidad y asistencia recibida en el cuidado de personas menores de 18 años según género



Cabe destacar que la proporción de mujeres que necesitaron asistencia en el cuidado de menores es prácticamente el doble a la de los varones (53,8% vs 32,4%), pese a no haber diferencias significativas en los porcentajes de convivencia con los mismos. Algo similar se observa en el momento de recibir asistencia, en donde una mayor proporción de mujeres accede a la misma respecto a los varones, tanto para personas menores, mayores y con discapacidad. Estos resultados refuerzan la idea que **el peso de los cuidados** de familiares a cargo recae sobre las mujeres. Tal como se viene expresando en el presente informe, resulta importante poder indagar en profundidad las percepciones de cuidado aquí detalladas, que permitan analizar la persistencia o deconstrucción de subjetividades estereotipadas, respecto a la falta de corresponsabilidad en el cuidado por parte de varones y la naturalización de estas tareas en las mujeres, como así también el registro de necesidades de cuidado y su correspondiente atención.

Tabla 4: Tengo seres queridos que me apoyan cuando lo necesito según género

Grado	Mujeres	Varones
Muy en desacuerdo	4,40%	4,60%
En desacuerdo	1,60%	3,30%
De acuerdo	29,00%	32,00%
Muy de acuerdo	65,00%	60,10%

Por último, en relación a la dimensión de **sentirse cuidado**, ambos géneros registraron y valoraron ampliamente sus redes de cuidado, en especial las redes de seres queridos. Un 65% de mujeres y un 60,1% de varones indicaron valorar de manera muy positiva las redes de seres queridos que les apoyan (ver Tabla 4), mientras un 32,5% de mujeres y un 30,1% de varones estuvieron muy de acuerdo en tener una red fiable de compañeras y compañeros de trabajo (ver Tabla 5). Ambas redes de apoyo resultan relevantes como **factores de protección** personal, ya que se observó una correlación significativa negativa de $\rho = -0.166$ ($p < 0.001$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo laboral y de $\rho = -0.194$ ($p < 0.001$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo de seres queridos (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados, 2020). Aunque estas correlaciones no se deben interpretar de manera lineal o causal, las mismas sugieren que a mayor fortaleza de las redes de apoyo resulta menor la intensidad o presencia de los síntomas de la ansiedad y la depresión.

Tabla 5: Cuento con una red fiable de compañeras y compañeros de trabajo según género

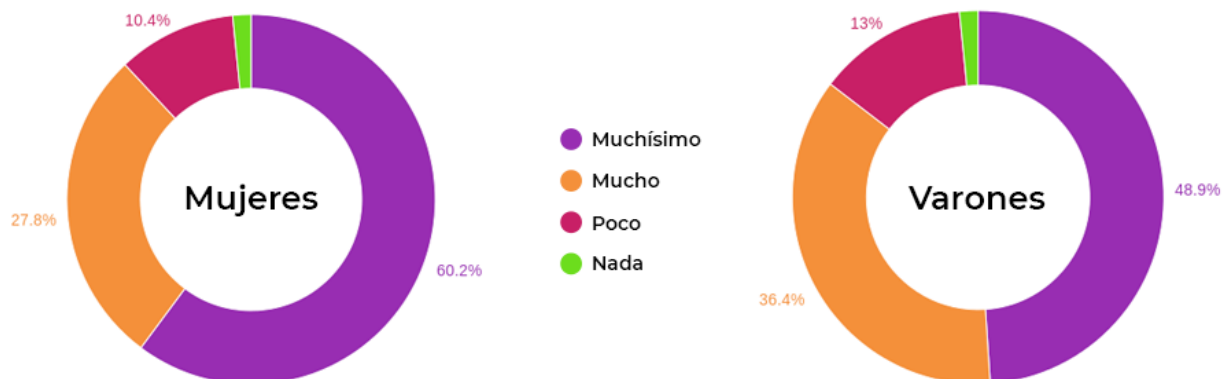
Grado	Mujeres	Varones
Muy en desacuerdo	6,30%	7,20%
En desacuerdo	11,80%	11,80%
De acuerdo	49,50%	51,00%
Muy de acuerdo	32,50%	30,10%

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

Cuando se analizaron las categorías mujer y varón de la variable género como muestras independientes, se observó que identificarse y ser identificada como mujer puede ser un aspecto directamente vinculado con el **sufrimiento mental** y sus formas de procesarlo. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney en las respuestas a las preguntas ¿Cuánto le preocupa contagiarse?, ¿Cuánto le preocupa contagiar a un ser querido?; a los resultados del instrumento PHQ-9; y a aquellas donde se indagaba sobre el consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) y de sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) desde el comienzo de la pandemia. La prueba U de Mann-Whitney permite detectar si existe asociación entre una variable categórica (en nuestro caso género) y una variable ordinal (todas las demás mencionadas). Se asumió que la diferencia entre mujeres y varones es significativa a nivel estadístico cuando $p < 0,05$. Se trata de una prueba no paramétrica y por lo tanto congruente con las características de nuestra muestra.

Se observó una diferencia sugestiva cuando se compararon los resultados entre las preguntas acerca del miedo a contagiarse y de contagiar a un ser querido. Mientras que no se observaron diferencias entre mujeres y varones sobre el temor a contagiarse ($p > 0,5$), si se encontraron diferencias significativas en la distribución del **miedo a contagiar seres queridos** ($p < 0,05$). Como puede compararse en el Gráfico 2, las mujeres presentan un 12% más de temor intenso que los varones de contagiar a sus seres queridos. Estas diferencias están en sintonía con trabajos que identifican las

Gráfico 2: Miedo a contagiar a seres queridos según género



formas que toma la organización social de las actividades al interior de las **unidades domésticas**, en donde las tareas ligadas a la subsistencia y a la reposición generacional (cuidar y socializar a las infancias, o atender a las personas adultas) son vinculadas a las mujeres. La división sexual del trabajo atribuye así a las mujeres la responsabilidad sobre la reproducción, estableciendo por tanto su inclusión en el mundo productivo como un elemento secundario, y generando una desigualdad estructural entre varones y mujeres. Esta forma de organización intrafamiliar, en donde muchas veces descansan las políticas públicas, van acompañadas de formas socialmente prescritas de sentir y pensar (Cavallone, 2016; Rodríguez Enríquez, 2005; Lamas, 2012; Celiberti y Serrana, 2009).

Respecto al consumo de **bebidas alcohólicas** y de **sedantes** o pastillas para dormir, se consultó si su consumo aumentó, disminuyó, permaneció igual o no consumen. Se observaron diferencias significativas en la distribución del consumo de alcohol ($p < 0,01$) y sedantes o pastillas para dormir ($p < 0,05$) entre mujeres y varones (ver Tablas 6 y 7). Por ejemplo, los varones consumen más alcohol que las mujeres (71,8% vs 62,2% consumen en algún grado), pero las mujeres consumen más sedantes o pastillas para dormir que los varones (21,4% vs 13,4% consumen en algún grado). Además, el consumo de alcohol aumentó en un 23,3% en los varones y un 18,6% en las mujeres, mientras que el consumo de sedantes o pastillas para dormir aumentó en un 8,4% en los varones y un 11,9% en las mujeres. Si bien las estadísticas nacionales señalan un incremento en el uso de alcohol entre las mujeres argentinas durante las últimas décadas, en nuestro estudio se observa el predominio en las mujeres de **consumos invisibilizados**, es decir vinculados a psicofármacos, los cuales suelen realizarse de forma individual, disimulada y en lugares íntimos.

Tabla 6: Consumo de alcohol según género

Grado	Mujeres	Varones
Prefiero no responder	0,70%	2,10%
No consumo	37,10%	26,10%
Ha disminuido	12,10%	14,80%
Permanece igual	31,20%	33,80%
Ha aumentado un poco	13,00%	10,60%
Ha aumentado moderadamente	4,60%	9,20%
Ha aumentado mucho	1,30%	3,50%

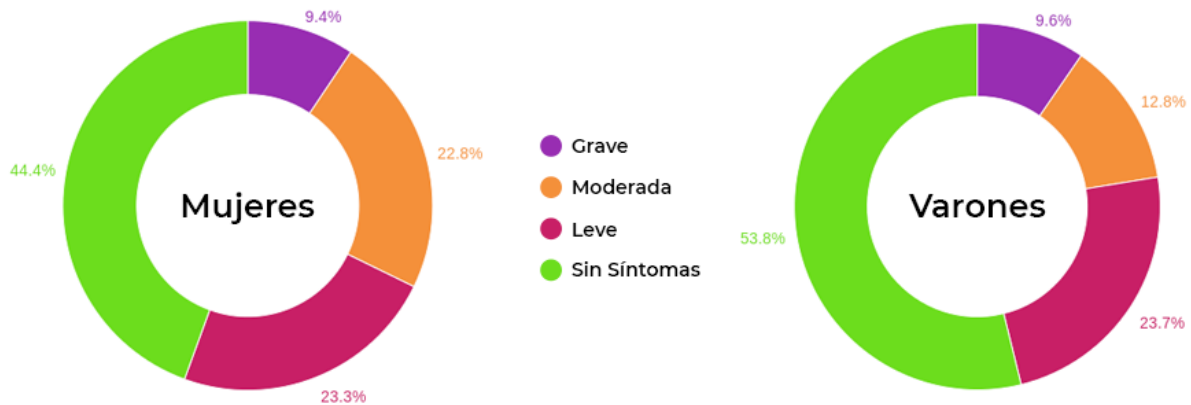
Tabla 7: Consumo de sedantes y pastillas para dormir según género

Grado	Mujeres	Varones
Prefiero no responder	1,40%	1,40%
No consumo	77,20%	85,20%
Ha disminuido	0,70%	2,10%
Permanece igual	9,00%	2,80%
Ha aumentado un poco	8,30%	4,90%
Ha aumentado moderadamente	2,40%	1,40%
Ha aumentado mucho	1,20%	2,10%

Que las diferencias de género están incluidas en las prácticas de consumo y que es performativo de las acciones de las consumidoras es algo que ya ha sido señalado en la bibliografía consultada para este estudio. En nuestro caso podemos señalar que la identidad de género, con todas sus complejidades, genera formas de tramitar los malestares que obliga a las mujeres a intentar **disimular sus consumos**, protegiéndose de quedar asociadas a estereotipos de género que colaborarían con la imagen de la “mujer alcohólica”. Esta forma de estigmatización del género produce un doble rechazo, por su recurrir a la sustancia y por no responder al rol femenino tradicional (Romo-Avilés y Camarotti, 2017; Romo-Avilés, 2005).

Por último, se compararon los resultados obtenidos del Patient Health Questionnaire (PHQ-9), un instrumento que se utiliza para identificar la gravedad de los síntomas en personas con **trastornos depresivos**, con una puntuación de 0 a 27. La reciente validación del PHQ-9 en Argentina propone considerar como puntos de corte para evaluar la intensidad de los síntomas la siguiente escala: sin síntomas (0 a 5 puntos), leve (6 a 8 puntos), moderada (9 a 14 puntos) y grave (15 a 27 puntos) (Urtasun et al., 2019). En promedio, las mujeres obtuvieron una puntuación 7,3 (DE 5,26), y los hombres de 5,8 (DE 5,44). En el Gráfico 3 se puede observar la distribución de la intensidad de los síntomas en ambos géneros. Se comprobaron diferencias significativas en detrimento de las mujeres de $p < 0,001$ en la puntuación total del PHQ-9 (0 a 27) y de $p < 0,05$ en la escala de intensidad de síntomas (sin síntomas a grave).

Gráfico 3: Intensidad de síntomas de depresión mediante PHQ-9 según género



Los porcentajes observados en los resultados están en sintonía con lo expresado en relación al **sufrimiento mental** de las mujeres que trabajan en los equipos de Salud. Por un lado, el número de varones sin síntomas es significativamente mayor a las mujeres. Por el otro, las mujeres tienen casi el doble de síntomas moderados de depresión que los hombres (22,8% vs 12,8%). Esta mayor cantidad de síntomas asociados a un cuadro depresivo sugiere que las mujeres trabajadoras de Salud deberían ser objeto prioritario de políticas de cuidado. Es relevante destacar que el 92.5% de las personas indicaron no tener diagnóstico de salud mental previo a la pandemia. Además, se reitera que si bien estos dos cuestionarios que se utilizan para el diagnóstico clínico, jamás se debe extraer conclusiones por sí mismos.

CONCLUSIONES

Nos parece importante resaltar que los análisis de los datos obtenidos de la encuesta “*Impacto de la pandemia de COVID-19 en la Salud mental de los trabajadores en centros de Salud. Estudio internacional multicéntrico*” fueron realizados desde una **perspectiva de género**, lo que abrió una serie de interrogantes para seguir profundizando. Algunos, incluso, en la línea de repensar el diseño de la encuesta para las instancias de seguimiento desde una lógica de mayor sensibilidad a las dimensiones de género.

De la información recabada en la encuesta, consideramos relevante destacar que el sector Salud se encuentra altamente feminizado. Además, el hecho que esté destinada al ejercicio de cuidados hacia la población, refuerza y naturaliza el rol socialmente

asignado por excelencia a las mujeres. Asimismo, no podemos soslayar que, en el contexto actual de pandemia, se modificaron e intensificaron las diversas tareas que hacen al cuidado y a la sostenibilidad de la vida cotidiana, especialmente en ámbitos domésticos, donde el trabajo no es remunerado. Como consecuencia, redundó en una **dobles carga**, que se suma a la sobrecarga laboral de quienes pertenecen al sector Salud. Esta carga recae principalmente en las mujeres. En este sentido, entendemos que es necesario indagar en la encuesta sobre el uso del tiempo, el trabajo no remunerado y las percepciones sobre dichas tareas, para tener un panorama más amplio del impacto en la Salud mental de las trabajadoras del sector Salud.

Incorporar una mayor amplitud en el enfoque, incluyendo tanto el trabajo remunerado como el no remunerado, es decir, las tareas productivas y reproductivas y de cuidado, será un aporte sustancial para quienes tienen a su cargo la toma de decisiones de políticas públicas, tanto para garantizar los cuidados de las personas trabajadoras como el desarrollo de servicios de Salud para la población. Entendiendo que al momento de planificar e implementar **políticas y programas de cuidados** para las personas trabajadoras, es importante conciliar la vida cotidiana en sus distintos aspectos.

Asimismo, visibilizar el **rol socialmente asignado** a las mujeres con las consecuentes desigualdades en la distribución de la responsabilidad del trabajo no remunerado, permite también abrir un camino para socializar dicho rol, lo cual es una necesidad vigente en la sociedad actual. Pensar el trabajo relacionado con el sostenimiento y reproducción de la vida desde una perspectiva redistributiva y de corresponsabilidad, y no algo ligado a la vida privada, resulta también un aspecto que hace al cuidado de la Salud mental de las personas trabajadoras. Por otro lado, identificar **segregaciones** (tanto horizontales como verticales) que, si bien son estructurales en el sector, pero que en contexto de Pandemia profundizaron desigualdades e inequidades, permitirá corregir políticas destinadas al sector y promover medidas de acción positiva excepcionales y urgentes.

Algunos **interrogantes** que nos parece importante dejar abiertos son: ¿quién cuida a quienes cuidan?, ¿qué calidad de atención pueden brindar estos servicios de Salud cuando las personas trabajadoras se encuentran en una situación de cada vez mayor deterioro en varios aspectos de su vida? En función de lo cual, como equipo de la RASIC, proponemos incorporar al estudio internacional preguntas que visibilicen los aspectos mencionados, especialmente en relación al uso del tiempo, el trabajo no remunerado y la valoración de redes de cuidado. De manera complementaria, se trabajará en una **ampliación de la investigación** desde una lógica de diseño metodológico mixto, que incorpore un estudio cualitativo para profundizar sobre los aspectos abiertos a partir del análisis de la encuesta. De esa forma, se podrán aportar más elementos en términos de potenciar políticas de cuidado destinadas a las personas trabajadoras de los sistemas sanitarios, haciendo foco en la composición feminizada del sector.

ASPECTOS DESTACADOS

CONTEXTO

- El 70% de la composición de la fuerza laboral del sector Salud en Argentina está representado por mujeres, y conforman el 9,8 por ciento del total de las mujeres ocupadas del país.
- Se estima que las tareas domésticas y de cuidado, consideradas como un todo, son la actividad que más aportaría a la economía, ya que los cuidados representan un 16% del PBI, pero son tareas realizadas en su mayoría de manera gratuita.
- Se calcula que el 48% de las trabajadoras del sector de Salud son jefas de hogar, y el 53,8 % tiene a cargo menores de 18 años, de las cuales el 28,7% tiene hijas o hijos menores de 5 años.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Participaron 1020 personas (80,2% mujeres).
- Se triplica la representación de las mujeres respecto a los varones en tareas laborales relacionadas al cuidado.
- La proporción de mujeres que necesitaron asistencia en el cuidado de menores es prácticamente el doble a la de los varones (53,8% vs 32,4%) , pese a no haber diferencias significativas en los porcentajes de convivencia con los mismos.
- Las mujeres presentan un 12% más de temor intenso que los varones de contagiar a sus seres queridos.
- Predomina en las mujeres consumos invisibilizados de sustancias. Proporcionalmente, consumen más sedantes y menos alcohol que los varones.
- Las mujeres tienen casi el doble de síntomas moderados de depresión que los hombres (22,8% vs 12,8%). En cambio, el número de varones sin síntomas es significativamente mayor a las mujeres.

GLOSARIO

Análisis de género: Forma sistemática de observar el impacto diferenciado de programas, proyectos, políticas y piezas legislativas sobre hombres y mujeres.

Cuidados: Tareas ligadas al ámbito de la reproducción: cuidado de niños/as, limpieza/aseo del hogar, preparación de alimentos, transporte de personas, cuidado de adultos mayores, personas enfermas y personas con discapacidad. Incluyen tanto el autocuidado como el cuidado de otras personas. Pueden sustentarse de forma no remunerada al interior de las familias y/o comunidades, o garantizarse de manera comercializada en el mercado. La perspectiva de género ha permitido visibilizar que son actividades que tienden a recaer mayormente sobre mujeres y otras identidades feminizadas, a realizarse de modo no remunerado y a ser poco valoradas y reconocidas socialmente, más allá de que son indispensables para el funcionamiento del sistema social. Por este motivo en la actualidad se apela a la idea de lograr una corresponsabilidad entre los géneros en relación a los cuidados.

División sexual del trabajo: Forma en la cual se han regulado históricamente las esferas de lo público y lo privado, asignando a los varones el ámbito de lo productivo (mercado de trabajo-industria) y a las mujeres el ámbito reproductivo (hogar-tareas domésticas y de cuidado). Si bien en las últimas décadas las mujeres se han ido incorporando gradualmente al mercado de trabajo, este cambio no ha sido acompañado por una distribución equitativa de las tareas domésticas y de cuidado entre los géneros.

Noción de Género: Atributos (creencias, valores, actitudes, comportamientos, expectativas) que cada sociedad define como propios de la masculinidad y la femineidad. Es una categoría relacional, producto de una construcción social e histórica, y trasciende el binarismo. Alude a una construcción de significados, que permiten agrupar los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la relación femineidad-masculinidad (modelo binario heteronormativo) y lo no binario que rompe con modelos socialmente impuestos.

Patriarcado: Forma de organización social, política y económica en la cual los varones detentan la autoridad y ejercen una posición de dominación sobre las mujeres. Tiene su origen en el modelo patriarcal que ubicaba al pater familia como el dueño de la propiedad, de las mujeres y de los hijos/as. Implica una distribución desigual de poder y de derechos entre los géneros. Por este motivo es un modelo que ha sido visibilizado

y cuestionado por los movimientos feministas y de mujeres a lo largo del mundo, y denunciado como una fuente de opresión, violencia y discriminación hacia las mujeres y otras identidades.

Perspectiva o enfoque de género: Análisis de la realidad que reconoce las relaciones de poder existentes entre los géneros, las cuales en general han establecido condiciones de privilegio para los varones, y de opresión y discriminación hacia las mujeres. Pone de manifiesto que el origen y la perpetuación de la desigualdad no responde a situaciones naturales o biológicas sino a lo aprendido socialmente. En este sentido, permite problematizar y desnaturalizar las realidades y prácticas sociales e históricas que sostienen dichas asimetrías. En el campo de la Salud, brinda herramientas para analizar las particularidades de mujeres, varones y otras identidades en el proceso de Salud-enfermedad-cuidado, para revisar de modo crítico modelos, discursos y prácticas sanitarias, y para construir condiciones equitativas de acceso a la Salud.

Segregación horizontal (“paredes de cristal”): Noción asociada a los sesgos de género y estereotipos que determinan un acceso diferencial en términos de ocupaciones para mujeres y varones en el mercado de trabajo. Los varones tienden a concentrarse mayormente en actividades ligadas a la industria y a la esfera de lo público, las cuales implican una mayor remuneración y reconocimiento social, mientras que las mujeres tienden a concentrarse en tareas de Salud, educación y trabajo doméstico, relacionadas con la función cuidadora.

Segregación vertical (“techo de cristal”): Concepto que visibiliza las dificultades y obstáculos con los que tienden a encontrarse en mayor medida las mujeres para acceder a puestos jerárquicos y de toma de decisiones en las instituciones y organizaciones donde se desempeñan laboralmente, cargos que tradicionalmente han estado ocupados por varones.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

REFERENCIAS

- Burrone, M. S., Abeldaño, A., Lucchese, M., Susser, L., Enders, J., Alvarado, R., ... y Fernandez, R. (2015). *Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de Salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba-Argentina*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, 72(4), 236-242. Disponible en <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rfcm/article/view/8239>
- Cavallone, D. (2016) *La imposición social de cuidar. Universidad Nacional de Rosario Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales*. Disponible en <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/6570>
- Celiberti, L., y Mesa, S. (2009). *Las relaciones de género en el trabajo productivo y reproductivo*. IPS América Latina, Montevideo.
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (2020). *Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-direccion-de-economia-igualdad-y-genero-presento-el-informe-los-cuidados-un-sector>
- East, S., Laurence, T., y López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la Salud en Argentina*. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754615/lang-es/index.htm
- Lamas, M. (2012). *El enfoque de género en las políticas públicas*. Disponible en <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23192.pdf>
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidados del gobierno de la Nación Argentina (2020). *Hablemos de Cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de Cuidados*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado>
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). *Fuerza de trabajo en el sector Salud en Argentina*. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf
- Organización de los Estados Americanos (sf). *La transversalización del enfoque de género en políticas y programas*. Enfoque de Derechos y de Igualdad, Módulo 6. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1ToX34cqfszuUymIS_ma6OYCny-73EyZT/view?usp=sharing
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018). *Género en el sector Salud: feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/womens_empowerment/genero-en-el-sector-Salud--feminizacion-y-brechas-laborales--23.html
- Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (2020). *Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud: investigación internacional multicéntrica*. Rawson, Argentina. Ed. Universidad del Chubut. disponible en <https://saludmentalCovid19.org/informe-factores-estresores-y-protectores/>
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones*. En XXXVIII reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Reunión llevada a cabo en Mar del Plata, Argentina: CEPAL.
- Romo-Avilés, N. (2005). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Monografías Humanitas 5: 65-83. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/22315>
- Romo-Avilés, N., y Camarotti, A. (2017). *Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires*. Revista de Estudios de la Mujer, 19. Disponible en <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/aljaba/article/view/1794/45>
- Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., ... e Irazola, V. (2019). *Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina*. BMC psychiatry, 19(1), 1-10. Disponible en <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2262-9>

INTEGRANTES DE RASIC

Nodo Chubut: el equipo está conformado por la Universidad del Chubut, la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y referentes del sector Salud, quienes sirven de puente entre la red internacional de la investigación "Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en centros de salud", la red Argentina y proyectos derivados ("Trabajadores esenciales", "Cooperativas de cuidados").

Integrantes: Marcela Inés Freytes Frey, Juan Manuel Diez Tetamanti, Rodrigo Jaldo, Andrés Mecha, María Belén Pastian, Cecilia Russo, Amanda Gotti, Verónica Vila, Constanza Canali, Eliana Cesarini, Leticia Baéz, Marina Veleda, María de los Ángeles Jaimes, Carlos Barria, Beatriz Escudero, Monica Borile, Juliana Andrieu, María Cecilia Pedernera, Maura Rojas, Andrea Casadei, Mariana Lopez, Viviana Acuña, Mirta Antipan y colaboradores. **Contacto:** saludmental covid19@udc.edu.ar

Nodo Río Negro: el equipo está conformado por un conjunto de profesionales y trabajadores/as del Hospital Zonal Bariloche y de la Universidad Nacional de Río Negro de la Sede Andina y la Comisión Asesora en Discapacidad. Se constituyó como grupo a partir del convenio entre la Universidad mencionada y la Universidad provincial de Chubut y diferentes actividades de articulación que se han desarrollado en años anteriores. **Integrantes:** Mirta Elvira, Monica Delgado, Jovita Díaz, María Florencia Dilema, Gaston Vera, Juan Manuel Zorzoli, Diana Prandi, Gabriela Vazquez, Bibiana Misischia. **Contacto:** comisiondiscapacidad@unrn.edu.ar

Nodo Mendoza: El equipo de investigación de la provincia de Mendoza es un equipo multidisciplinar de profesionales del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza, integrado por tres profesionales de la psicología, una licenciada en farmacología, una licenciada en trabajo social, un licenciado en sociología y un médico psiquiatra. En la elección del mismo se han priorizado incluir una adecuada combinación de conocimientos, experiencia y actitudes sobre la temática de fondo y la investigación en salud del Ministerio de Salud Mendoza. **Integrantes:** Cecilia Sottano, Jorgelina Álvarez, Valeria Amicone, Leandro Picighelli, Gabriel Sendra, Roxana Tambutto, Diego Pocognoni. **Contacto:** heroesmza@gmail.com

Nodo San Martín (Buenos Aires): el proyecto se desarrolla desde la UNSaM en el marco del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. Participan docentes investigador/as del ICRM/UIS y de la Escuela de Humanidades, de las carreras de Enfermería, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía. En cogestión con el equipo de Gestión e Investigación del Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud del Municipio de San Martín y referentes de espacios asistenciales municipales de diferente nivel de atención y hospitales de dependencia provincial. **Integrantes:** Hugo Mercer, Mariela Nabergoi, Patricia Vila, Patricia Laura Alvarez, Mariana Moreno, Sandra Cerchiaro, Florencia Diaz Arana y Nadia Dovgan. **Contacto:** hmercerc@unsam.edu.ar

Nodo Tandil (Buenos Aires): está conformado por un conjunto de licenciadxs en Psicología y en Enfermería, que desarrollan sus tareas profesionales principalmente en distintos ámbitos de la Salud Pública local, algunos dedicados a la asistencia y otros a tareas de gestión. Se constituyó como grupo en el año 2017 a raíz de la participación en un proyecto de investigación multicéntrico en el marco de las becas Salud Investiga. **Integrantes:** Luciano Grasso, Walter Ríos, Sofía Loitegui, Nieves Mansilla, Lucía Dinolfo, Johana Murillo. **Contacto:** luciano_grasso@yahoo.com.ar

Nodo Región Sanitaria VIII (Buenos Aires): se encuentra inserto en el área de Docencia e Investigación Regional. El mismo hará parte de la 2da cohorte del estudio y tiene como propósito principal, en función del perfil de la encuesta, conocer la distribución y las características de los equipos de trabajo en salud en la región. De este modo se sumarían indicadores, rasgos y categorías de utilidad para contextualizar los territorios en el que se desenvuelven, a fin de establecer un diálogo constructivo con los tomadores de decisión en el marco del diseño de políticas públicas que propendan por el bienestar de lxs trabajadorxs y de las comunidades a quienes prestan los servicios de salud integral. **Integrantes:** Luz Mary Castaño, Romina Casali, Gastón Vargas, Florencia Pérez, Mariela Kifer, Ayelén Alianak, Malena García. **Contacto:** nodoproyectoheroes@gmail.com

Nodo Goya - Lavalle - Santa Lucía (Corrientes): el proyecto se impulsa en la provincia desde Fundación Jóvenes a partir de su programa de Salud Comunitaria y de su área de formación, docencia e investigación. Participan en él docentes, psicólogas, psicopedagogas y operadores psicoterapéuticos, todos ellos voluntarios de la Fundación. Con colaboración de referentes de espacios asistenciales municipales de diferentes niveles de atención de los municipios de Goya, Lavalle y Santa Lucía, con posibilidades de ampliar la muestra y la extensión territorial, con la difusión de la encuesta, a otras localidades de la provincia. **Integrantes:** María Fernanda Esmay, Pedro Ignacio Cardozo, Florencia Tomasella Balestra, José Alberto Arrozpide, Cynthia Carnevale, Marcos Aguirre, Victoria Bibiana Gonzalez, Soledad Fernandez. **Contacto:** fundacionjovenes33@gmail.com

Nodo Salta: el proyecto se inserta entre los proyectos de la secretaria de salud mental y adicciones, dependiente del Ministerio de Salud pública de Salta. Se incluyeron hospitales de alta complejidad de la provincia, ubicados estratégicamente en las diferentes zonas sanitarias: Rosario de la frontera, metán, orán, tartagal y capital. El Equipo de trabajo se constituye interdisciplinario. **Integrantes:** Paula Ulivarri, Virginia Jaime, Verónica Cuevas, Elfi Jockers, Amelia Clark, Laura Rojo, Miguel Tolaba. **Contacto:** pulivarri@ucasal.edu.ar

Asesora colaboradora Universidad Nacional de Lanús:

Dra. María Marcela Bottinelli.

Redes de colaboración:

<https://saludmentalCOVID19.org> (sitio web del nodo argentino)

<https://mentalnet.cl> (sitio web de la red internacional multicéntrica)

<https://practicasyexperienciasdecuidadosm.udc.edu.ar> (proyecto derivado)



Los resultados volcados en este texto surgen de la implementación local de la investigación “**El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Estudio internacional multicéntrico**”, analizada mediante el enfoque de género para poder dilucidar las diferencias en el impacto de la crisis social y sanitaria que afectó al mundo, pero acentuó su efecto negativo sobre la Salud de las mujeres.



ISBN 978-987-46148-5-8



9 789874 614858