

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Equipos de salud. Género y contextos de precarización.

Longo, Roxana Gabriela, Veloso, Verónica y Zaldúa, Graciela.

Cita:

Longo, Roxana Gabriela, Veloso, Verónica y Zaldúa, Graciela (2020). *Equipos de salud. Género y contextos de precarización. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/709>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/1fa>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EQUIPOS DE SALUD. GÉNERO Y CONTEXTOS DE PRECARIZACIÓN¹

Longo, Roxana Gabriela; Veloso, Verónica; Zaldúa, Graciela
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo analiza las complejidades que atraviesan las prácticas de cuidados, las identidades profesionales y de género en contextos de precarización social y laboral. Esta situación produce diversas afectaciones y malestares en los equipos de salud. En la presentación se expondrán algunas aproximaciones que surgen de una intervención con un equipo de salud compuesto por trabajadoras sociales, en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el primer semestre del año 2019. Desde la Psicología Social Comunitaria Crítica, con un abordaje de Investigación Acción Participativa (IAP) se propone una metodología participativa, colectiva e integrada, de diseño, intervención y evaluación de un dispositivo preventivo en el marco de la ética-relacional. Se abordan las dimensiones de malestar laboral, territorios de precarización y feminización de la salud e identidad profesional. El proceso de IAP habilitó un movimiento de reflexión-acción colectiva crítica sobre el impacto de los contextos de precarización en las dinámicas cotidianas de trabajo y la incidencia de las inequidades de género y de subalternidad de las profesiones no biomédicas.

Palabras clave

Género - Precarización - Equipos de salud

ABSTRACT

HEALTH TEAMS. GENDER AND PRECARIOUS CONTEXTS

This work analyses the complexities of care practices and professional and gender identities in a context of social and work precarity. This situation produces several effects and discomforts on health teams. In the presentation, will be discuss some approaches that arise from one social workers health team work, in a public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) during the first semester of 2019. From the Critical Community Social Psychology, with a Participatory Action Research (PAR) approach, is proposed a participatory, collective and integrated methodology, that includes the design, intervention and evaluation of a preventive device in the framework of relational ethics. In particular, the dimensions of work discomfort, territories of precarity and feminization of health and professional identity, are addressed. The PAR process enabled a critical collective action-reflection movement about the impact of precarity contexts on daily work dynamics and the incidence of gender and subalternity inequalities in non-biomedical professions.

Keywords

Gender - Precarity - Health teams

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de salud en los hospitales públicos se encuentran afectadas por el incremento de las desigualdades e inequidades de los y las usuarias, por los procesos de desfinanciamiento del sector salud y por la precarización de las relaciones laborales. Las demandas actuales en lo que respecta a las prácticas de cuidado lleva a que los equipos de salud tengan que repensar los actos de salud, sus prácticas de cuidado y su rol e identidad profesional. Por otra parte, los actos de salud están permeados por las cuestiones de géneros inscriptas en las identidades profesionales. La existencia de profesiones altamente feminizadas en los ámbitos de la salud se ha percibido como una prolongación del rol femenino. El concepto de feminización de la profesión debe entenderse no sólo como una noción que da cuenta cuantitativamente de la presencia mayoritaria de mujeres en ciertas profesiones, sino que es un término que incorpora una complejidad distinta, al poner el acento en la asignación de valores culturalmente considerados femeninos. La feminización, es un término que incorpora una complejidad distinta, trata la asignación de valores culturalmente considerados femeninos a las relaciones sociales y por esa vía a las profesionales (Loriente Molina, 2000 y 2002). Diferentes estudios sostienen que particularmente la feminización del trabajo social ha incidido en su desvalorización profesional (Alcázar-Campos, 2014). Numerosas investigaciones tienden a reivindicar el cuidado como un trabajo y la búsqueda en develar la subordinación y valorar los cuidados y lo femenino, tanto en la esfera de lo doméstico como en lo público y el mercado (Arango; Molinier, 2011; Hirata; Araujo, 2012). Por lo cual, las trabajadoras sociales atraviesan simultáneamente dos aspectos de subalternidad, por pertenecer a una profesión no biomédica y por su condición de género. Las trabajadoras de la salud en su ejercicio cotidiano en el ámbito hospitalario padecen una serie de sobreexigencias vinculadas al contexto de precarización de las vidas de los y las usuarias, del sistema de salud, exigencias vinculadas con su status y quehacer profesional y de género. Este escenario de precarización incrementa la inseguridad laboral. Inseguridad laboral que se ha traducido en una inseguridad del mercado laboral para absorber la demanda de trabajo, la inseguridad en el empleo con la reducción de las protecciones frente al despido, inseguridad

para mantener el propio puesto de trabajo frente a la movilidad horizontal, inseguridad en las medidas de protección de los/as trabajadores/as frente a accidentes y enfermedades, inseguridad a la hora de reproducir/actualizar/adquirir habilidades necesarias de su puesto de trabajo, inseguridad en los ingresos e inseguridad en los mecanismos de representación laboral que pone en jaque la ciudadanía plena (Gelabert, 2016). En este proceso, la dimensión de la identidad técnica profesional resulta vulnerada, ya sea a través de una autoridad cuestionada, del no reconocimiento y/o maltrato en la tarea, de las precarias condiciones de trabajo, y se manifiesta en estados de impotencia, aplastamiento, desorientación, desgaste de tiempo y energía (Zaldúa, 2010). Las exigencias e intensidad del trabajo impactan sobre los equipos de trabajo produciendo efectos negativos sobre los vínculos y la confianza grupal, pero también afecta a las dimensiones psíquicas y mentales de las trabajadoras de la salud (Neffa, 2017, Zaldúa & Lodieu, 2000; Gil-Monte & Grau-Alberola, 2009).

Metodología

Se parte de un abordaje cualitativo con un diseño basado en la Investigación Acción Participativa (IAP). El trabajo está elaborado a partir de producciones que surgen de las actividades de IAP realizadas con un equipo de salud integrado por trabajadoras sociales del segundo nivel de atención del sector público durante el primer semestre del año 2019. Incluimos material proveniente de cuestionarios autoadministrados, grupos de discusión y talleres. La Investigación-Acción-Participativa se define como un método de estudio y acción que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas (Alberich, 2008). Desde esta metodología, se apuntó a la reflexión colectiva crítica entendida como el proceso de aprendizaje y de construcción de conocimiento, a través del cual la realidad cotidiana de una población determinada, se transforma en objeto de análisis, de estudio y de investigación con el propósito de generar cambios en su realidad inmediata (Sirvent & Rigal, 2012). Al ser un estudio cualitativo se rescatan y contextualizan las narrativas de las actoras involucradas respetando la comprensión que el grupo tienen sobre su historia, sus trayectorias y tradiciones, como así también sus intereses y problemas (Minayo, 2010). Dentro del campo de la evaluación en salud, tenemos como supuesto que el trabajo de análisis extrae del mundo un conocimiento que puede retornar al mismo medio social bajo la forma de intervención sobre la realidad, y cambios que se procesan en el ambiente de interacción de los propios sujetos que están siendo analizados junto a los servicios de salud. Al mismo tiempo que modifican el medio social, los evaluadores son también afectados por su objeto, por lo tanto, se produce un proceso de subjetivación, en este caso una producción de sí (Franco y Merhy, 2011).

Feminización de la salud e identidad profesional.

En el ámbito de la salud, al igual que en todos los sectores laborales, se observa la división sexual del trabajo. En aquellas disciplinas que mantienen contacto más directo con la población -medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría y profesiones no médicas- el índice de feminización es aún mayor. (Fernández y Cardozo, 2020). En esta línea, se observa que la esfera pública, está íntimamente relacionada con la esfera privada y que las habilidades subjetivas de las mujeres se están usando cada vez más en el trabajo asalariado, generando un refuerzo entre la “socialización femenina” y el valor de estas habilidades en el mundo del trabajo asalariado. (Federici, 2013). De esta manera la “semiprofesionalidad” justifica la supervisión de las prácticas requiriendo de tutela, supervisión y generación de conocimiento por parte de otras profesiones con carácter superior (Wilensky, 1964, en Lorente 2004: 44). Desde los dispositivos sanitarios, que son un subconjunto de la sociedad patriarcal con sus mismas normas, se transforma diferencia en dicotomía y aplica sobre ella un eje vertical que construye una desigualdad (Benedicto, 2018). El trabajo de cuidado nos interpela como trabajo vivo e inmaterial generizado en la división sexual del trabajo y que exige que sus protagonistas sean escuchadas, reconocidas, dignificadas, calificadas y justamente remunerada. (Lenta, Longo, Zaldúa, 2020). Paralelamente, la división del conocimiento también implica, a su vez, una asignación por género de los saberes considerados valiosos, abstractos, analíticos, trascendentes, productivos y transformadores frente a los que se consideran cotidianos, repetitivos, complementarios o asistemáticos, adjetivaciones que proyectan una concepción ideológica sobre el valor de los saberes y los jerarquiza genéricamente en nuestras sociedades (Lorente, 2004: 40).

Las narrativas de las trabajadoras sociales subrayan las diversas inequidades que atraviesan en el territorio hospitalario. Este equipo de trabajo conformado solo por mujeres de disciplinas no médicas, ponen en evidencia las tensiones cotidianas que afrontan desde su práctica y quehacer profesional.

“Nosotras, acá estamos acostumbradas a los chistes e ironías”.

“Tenemos que ser muy cuidadosas con los informes que les entregamos a otras/os profesionales del hospital”.

“Nosotras cuando nos acercamos a las/os usuarios/os y a las diferentes áreas del hospital en las que interactuamos con otros/as profesionales con nuestras carpetas. Las carpetas son una especie de escudo frente a posibles situaciones de vulneración y violencia”.

En el proceso de reflexión colectiva las Trabajadoras sociales evidenciaron e identificaron estrategias defensivas colectivas como la “utilización de las carpetas” para defenderse de las exigencias exteriores en el ámbito hospitalario. y cómo el sufrimiento de las mujeres trabajadoras se trivializa fácilmente (Molinier, 2003). Esta visualización permitió la reflexión sobre la importancia del apoyo sororo como pilar fundamental e indis-

pensable para fortalecer las identidades profesionales y los proyectos colectivos futuros de las trabajadoras de la salud. (Longo, Lenta, Zaldúa, 2018).

Territorios de precarización en salud

En el territorio se despliegan conflictos, solidaridades, saberes y sentidos comunes, experiencias de vida, racionalidades, discursos, capacidades, intereses, proyectos. En el territorio se disputa poder (Ussher, M; 2015:250).

Consideramos la territorialidad como un analizador dentro de las narrativas de las trabajadoras sociales. El espacio, el dónde despliegan sus recorridos se presenta como un factor de incidencia en las prácticas. El campo de la salud, merece ser reconocido como un territorio en disputa. Estas tensiones se dirimen en los posicionamientos ético-políticos de las actoras frente a: las necesidades de la población y la determinación social de la salud; entre los objetivos de la salud pública de atención-cuidados integrales e universales de los procesos de salud-enfermedad y las políticas públicas que lo sustenten (o no); entre los intereses económicos de la mercantilización de la salud y los limitados accesos ante la fragmentación del sistema de salud; y entre modelos hegemónicos y modelos innovadores en el ejercicio de las profesiones.

La dificultad para detectar el malestar laboral por las deficiencias del espacio físico como una falla institucional les devuelve a las trabajadoras el conflicto al interior del grupo de trabajo, ensayando aciertos y desaciertos en las improvisadas estrategias de resolución. Contextualizar el escenario de las políticas de desfinanciamiento en salud, la ausencia de obras públicas de reforma y mantenimiento hospitalario, el incremento de la población en el sistema público de salud ante la expulsión del sistema de obras sociales y prepagas, la mayor complejidad de las demandas de las/os usuarias/os, devela que el conflicto territorial en salud tiene una dimensión macro que se dirime colectivamente en el afuera del grupo de trabajo con los gestores del sistema de salud y los decisores políticos.

Las trabajadoras de la salud pudieron describir los “espacios” en los cuales se despliegan las prácticas.

“No tenemos un lugar para hacer las entrevistas, es un único espacio con una mesa larga donde atendemos a las personas”

“Más de una vez estamos reunidas y nos gritan por la ventana para que atendamos”

“Se escucha lo que hablamos desde afuera”

“Muchas veces hablamos con las personas en los pasillos”

El no lugar para el ejercicio de determinadas prácticas profesionales, en particular las prácticas no médicas, es uno de los indicadores de tensión en los hospitales. El no lugar desde lo simbólico a aquellas intervenciones por fuera del paradigma médico hegemónico, impone el no lugar material para ser habitado por “profesionales subalternos” (trabajadoras sociales, psicólogas, enfermeras, etc), *desterrados* al pasillo y a la invisibilización,

según este modelo de salud biomédico dominante en el sistema de salud local.

El proceso de territorialización implica la apropiación simbólico cultural y el dominio de un espacio por una comunidad humana. La desterritorialización da cuenta de un desanclaje, una ruptura del vínculo con el territorio (Ussher, M; 2015:250).

El espacio de reflexión colectiva de las trabajadoras, en sí mismo se construye como una resistencia a la desterritorialización de sus prácticas y saberes en el territorio de la salud integral. De las narrativas colectivas se pueden observar los arribos a una restitución subjetiva de los “territorios existenciales” es decir, aquello que cada uno tiene dentro, y que define su forma de significar e interactuar con el mundo. El hecho de que el territorio existencial habite en el sujeto, significa que donde él esté, sea en la atención básica, en el hospital, en la atención especializada, domiciliaria, etc., va a producir el tipo de cuidado que se inscribe en su universo como una ética -el modo de ser en el mundo- a ser construida (Franco y Merhy; 2011:14). Desde estas diferentes territorialidades encontramos un conjunto de redes de cuidados que forman parte de resistencias cotidianas, institucionales y/o comunitarias que configuran sistemas de producción de cuidados e intercambios alternativos (Lenta, Zaldúa, Longo, 2020).

La apropiación del espacio para la palabra en las trabajadoras de la salud habilita movimientos de desterritorialización de los lugares impuestos y la reterritorialización de nuevos posicionamientos ético-político frente a la realidad social. Las trabajadoras del hospital, a partir del intercambio lograron visibilizar que de alguna manera sostenían el status quo de la inequidad en la distribución de los espacios,

“el espacio de la jefatura es una oficina que bien serviría para realizar las entrevistas con mayor privacidad, si bien lo ofrecen y en muchas oportunidades está libre, nosotras nunca lo usamos, ‘es el lugar de las jefas’...”

En los territorios de salud, el uso y la distribución de los espacios físicos son algunos de los factores de mayor tensión, allí se ponen en juego las micropolíticas de poder. Las estructuras edilicias de los centros sanitarios responden a los modelos conceptuales en los cuales inscriben sus prácticas, en este sentido el modelo médico dominante rara vez contempla espacio para reuniones de equipo, espacios adecuados para atención a pacientes con sus familiares, terapias intensivas con participación familiar, lugares destinados a la comunicación de informes o partes médicos que resguarden la privacidad y que no sean en medio de los pasillos, etc. Estas faltas estructurales no entran en agenda, no son vistas desde el paradigma biomédico, sin embargo, interfieren sistemáticamente en las prácticas de lxs profesionales de la salud y pueden ser factor determinante en la calidad de la atención. Las formas de organización del espacio institucional ponen de manifiesto las asimetrías de poder en el cual se sustenta dicha distribución y uso del espacio.

Durante los encuentros de reflexión crítica, las trabajadoras se permiten revisar los rodeos que deben hacer para el acceso a un “espacio seguro” en el cual desplegar las entrevistas a usuarios/as con privacidad y cuidado.

“cuando vemos que es una entrevista compleja le damos prioridad para usar el espacio, pero a veces tenemos varias entrevistas difíciles al mismo tiempo.”

“Esto afecta la demanda espontánea. Los/as usuarios/as vienen igual y tenemos que atenderles”

La naturalización de las deficitarias condiciones de trabajo en cuanto al espacio físico y su uso, deteriora el encuadre para las buenas prácticas. Las trabajadoras sociales pueden registrar el *ruido/bullicio* que se interpone en los actos de salud que despliegan en el sector, ese *ruido* que viene de afuera o del propio *bullicio* de las colegas se cuela en la entrevista. No puede delimitarse el adentro y el afuera, el *ruido* y la ausencia de divisiones o puertas lo distorsiona, las trabajadoras intentan ir por sobre ese obstáculo ejecutando su tarea a costo del malestar.

Los sujetos operan cada movimiento con intensidades diferentes, pudiendo desterritorializarse, lo que significa romper con el lugar de origen y por lo tanto adoptar nuevos territorios existenciales, ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social, por otro lado, pueden no completar el movimiento de desterritorialización, retornando al lugar de origen y así no producir cambios sociales, eternizando un estatus conservador de funcionamiento social (Franco, Merhy; 2011:14) Dar paso a un movimiento de desterritorialización en el colectivo de trabajadoras sociales podría estar dado en la construcción de posibilidad para solicitar a las autoridades institucionales un cambio de lugar. Esta propuesta circuló entre las participantes, si bien se puntualizó la necesidad de que se construya un grado de acuerdo capaz de ser reconocida como una decisión colectiva.

El proceso de trabajo en salud es siempre relacional, “intercesor” (Franco y Merhy, 2011).

Trabajo colectivo vs. trabajo a solas

Las trabajadoras de la salud compartieron un espacio de reflexión colectiva que permitió circular la palabra allí en donde las preguntas no se habían explicitado y los niveles de acuerdo con respecto al espacio de cuidado colectivo eran precarios. De igual modo se traslada la debilidad de los acuerdos en la modalidad de las prácticas. Algunas limitantes para robustecer estos acuerdos fueron señaladas por las trabajadoras como las diferencias en el compromiso con la tarea, distribución inequitativa de la tarea, formación y trayectorias profesionales diversas que establecen diferentes criterios de trabajo. Estas diferencias tensionan las relaciones en el colectivo de trabajadoras y a su vez unifican la identificación del conflicto en la “mala comunicación”.

Los espacios de encuentro brindaron un encuadre capaz de exponer las diferencias y revisar las coincidencias, sosteniendo el respeto y la valoración de la búsqueda colectiva por la reso-

lución de conflictos. En referencia al compromiso y la distribución inequitativa de las tareas se permitieron reconocer que hay áreas de trabajo que impactan de manera diferencial dada la problematización de los contextos críticos que allí se despliegan y que esas temáticas “requieren un trabajo más a solas, porque hace falta un tiempo para pensar y elaborar que es a solas”. Sin embargo, se postula en las narrativas de varias de las trabajadoras la necesidad de contar con el espacio de consulta entre colegas y los aportes que se brindan por las compañeras de mayor experiencia laboral. Las relaciones entre las trabajadoras fluctúan entre el repliegue y la colaboración en función de los malestares dichos y no dichos que se instalaron en el grupo de trabajo. La naturalización del conflicto delinea las prácticas comunicativas entre estar “en alerta” y “andar con cuidado” en desmedro de la participación y la confianza.

“Creo que nos cuesta escucharnos. Tenemos una mirada o hipótesis previa a la respuesta de la compañera”.

El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo se bloquea, la cooperación se rompe, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento fracasa (Dessors y Molinier; 1998:15).

La colectivización del conflicto se presenta como una de las estrategias protectoras que este grupo de trabajadoras se proponen como resistencia a los procesos defensivos que “amenazan” hacia el individualismo.

En el intercambio se propició un diálogo entre las tensiones y los puntos de encuentro que las trabajadoras presentaron sobre el conflicto de la comunicación intraequipo se registró una “doble faz” a recuperar de las diversidades presentes en el colectivo. Por un lado, las diferencias generacionales, jerárquicas, de formación, criterios y trayectorias institucionales genera distanciamiento y malestar, sin embargo, es esa diversidad de experiencias y miradas lo que enriquece el trabajo en equipo y construye lazos solidarios frente a los contextos críticos a atender.

Reflexiones finales

Las trabajadoras sociales de este hospital público de CABA transitan territorios de precarización e inequidades de género como escenario continuo donde inscriben sus prácticas. Los territorios existenciales de las trabajadoras son puestos en tensión frente a las inequidades y descuidos del sistema de salud que impregna de sufrimientos el contexto de trabajo. El valor del enfoque género junto con el concepto de prevención crítica deben ser incorporados en la visión teórica, técnica y administrativa del campo sanitario a fin de diagnosticar situaciones y proponer acciones preventivas y promocionales de la salud (Zaldúa et al., 2000). Asumir un posicionamiento frente a la subalternización de las profesiones no biomédicas en territorios de precarización en salud interpela a las trabajadoras sociales ante procesos deteriorantes que estarían denegando y dificultando la constitución grupal identitaria. El territorio existencial en el cual las trabaja-

doras sociales se inscriben establece ritmos de trabajo intensos, dinámicos y tensionados por sucesivos y continuos procesos de problematización. La producción subjetiva de la realidad social se da a través de movimientos de desterritorialización y reterritorialización de los/as propios sujetos que producen en el cotidiano: el funcionamiento social. (Franco y Merhy; 2011: 14). El proceso de IAP habilitó un movimiento de reflexión-acción colectiva crítica sobre el impacto de los contextos de precarización en las dinámicas cotidianas de trabajo, la incidencia de las inequidades de género que vivencian cotidianamente en el ámbito laboral y la recuperación de la palabra compartida entre colegas, los acuerdos a refundar y los espacios participativos a construir.

NOTA

¹El presente trabajo es un producto del proyecto de investigación UBA-CyT dirigido por la Prof. Consulta Graciela Zaldúa: Salud Mental Comunitaria: Contextos de Precarización y Políticas del Cuidado y el “Observatorio de Prevención y Promoción de Salud Comunitaria”. Universidad Buenos Aires, Facultad Psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberich Nistal T. (2008). IAP, redes y mapas sociales: desde la investigación a la intervención social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (8), 131-151.
- Alcázar-Campos, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico. *Portularia*, 12 (1), 27-34.
- Arango, Luz G. (2015). Cuidado, trabajo emocional y mercado: los servicios estéticos y corporales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 99-120.
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134): 607-625 doi: 10.4321/S0211-57352018000200014. Centro de Salud San Blas, Parla / Colectivo Silesia, Madrid, España.
- De Souza Minayo, M.C. (2010). Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3) 251-261. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73115348002>
- Dessors D., Molinier P. (1998). Psicodinámica del trabajo. En Dessors y Guiho-Bailly (Comp.) *Organización del Trabajo y Salud*. Editorial Lumen-Hvmanitas.
- Federichi, S. (2013). *Revolución en Punto cero*. Madrid. Traficantes de sueños
- Gelabert, T. (2016). Contra la precariedad, con la precariedad; cuidados y feminismo. *Oxímora Revista Internacional de ética y política*, (8) 53-62.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Hirata, H., Araujo, N. (org.) (2012). *Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care*. São Pablo: Atlas.
- Franco, T.B., Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 7(1):9-20 Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/articulo/view/251/240>
- Longo, R., Lenta, M. y Zaldúa, G. (2018). Dispositivos de prevención y asistencia frente a las violencias de género. En: *Dispositivos instituyentes sobre géneros y violencias / Coord. Graciela Zaldúa*. Buenos Aires. Editorial Teseo
- Lorente, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social *Scripta Ethnologica*, núm. 26, pp. 39-53 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Buenos Aires, Argentina.
- Lorente, B. (2002). La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas. El caso del trabajo social. En: *El hecho religioso y la ayuda social. Estudios sobre su historia, epistemología y práctica*. B. Lorente, ed. Bogotá: Humanizar.
- Lorente, B. (2000). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 49.
- Molinier, P. (2003). *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Payot.
- Morales, A. (2010). Género, mujeres, trabajo social y sección femenina: historia de una profesión feminizada y con vocación feminista (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, Granada.
- Sirvent, M; Rigal, L. (2012). *Investigación Acción Participativa. Un desafío de nuestros tiempos Para la construcción de una sociedad democrática*. Quito: Proyecto Páramo Andino.
- Ussher, M. (2015). Salud mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 249-252. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/635>
- Zaldúa, G., Lenta, M. y Longo, R. (2020). *Territorios de Precarización, Feminismos y Políticas del Cuidado*. Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Zaldúa, G.; Fabi, G. y Di Marco, G. (2000): “La Prevención desde una perspectiva de género. Análisis de los problemas relevantes en salud de las mujeres”. En Zaldúa, G. (comp.) *Salud y Género*. Buenos Aires. Editorial Eudeba.