



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

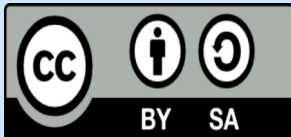
Patricia Alejandra Cioffi

Las condiciones laborales en un Hospital público durante la pandemia, desde la mirada de los representantes de las y los trabajadores

2022

*Instituto de Ciencias Sociales y
Administración*

*Carrera: Licenciatura en Relaciones del
Trabajo*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Cioffi, Patricia Alejandra (2022). Las condiciones laborales en un Hospital público durante la pandemia, desde la mirada de los representantes de las y los trabajadores [Trabajo final de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3201>

**Trabajo final para optar por el título de
Licenciada en Relaciones del Trabajo**

**Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Universidad Arturo Jauretche**

**“Las condiciones laborales en un Hospital público durante la
pandemia, desde la mirada de los representantes de las y los
trabajadores”**

Año 2022

Autora: Patricia Alejandra Ciolfi

Directora: Mg. Andrea Suarez Maestre

INDICE

Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1. Marco Conceptual	13
○ 1.1 El trabajo, el proceso de trabajo y las condiciones de trabajo	13
▪ 1.1.1. Trabajo y proceso de trabajo	13
▪ 1.1.2. Trabajo más digno y humano	14
▪ 1.1.3. Condiciones y medio ambiente de trabajo	15
○ 1.2. Exigencias/requerimientos laborales y carga global	17
▪ 1.2.1. Exigencias/requerimientos laborales	17
▪ 1.2.2. Carga global de trabajo	18
○ 1.3. Factores de riesgos emergentes y psicosociales	19
▪ 1.3.1. Sufrimiento y placer en el trabajo	22
○ 1.4. Implicancias del proceso de trabajo en la salud de las/os trabajadoras/es	23
▪ 1.4.1. Fatiga	24
▪ 1.4.2. Envejecimiento precoz/prematuro	24
▪ 1.4.3. Esperanza de vida disímiles	25
▪ 1.4.4. Enfermedades profesionales ligadas al trabajo	25
▪ 1.4.5. Accidentes de trabajo	26
▪ 1.4.6. Muerte de las/os trabajadoras/es	26
▪ 1.4.7. Estrategias sindicales frente a los conflictos laborales	27
Capítulo 2. El sistema de salud argentino y sus características principales	31
○ 2.1. Reseña del sistema de salud	31
▪ 2.1.1. Breve historia	31

▪ 2.1.2. Composición del Sistema de Salud	32
○ 2.2. Sistema de Salud Público en Argentina	34
▪ 2.2.1. Hospitales Públicos de Autogestión	35
▪ 2.2.2. Hospitales Autogestionados SAMIC	35
○ 2.3. Composición y representación sindical de la Salud Pública	37
○ 2.4. Organización estudiada	39
Capítulo 3. Antecedentes de las condiciones de trabajo en el sector salud durante la pandemia	43
○ 3.1 La situación previa a la pandemia	47
○ 3.2. Estrategias de acciones colectivas desplegadas durante la pandemia	48
Capítulo 4. Metodología de la investigación	52
Capítulo 5. Modificaciones en la organización del trabajo y en los puestos de trabajo del personal durante la pandemia	56
○ 5.1. Modificación en los puestos de trabajo: reasignación de tareas, cambios en las jornadas y turnos laborales	56
○ 5.2. Aplicación de nuevos protocolos, EPP y procedimientos de atención	60
○ 5.3. Autonomía frente a las formas de organización de las actividades	64
○ 5.4. Puestos de Trabajo: conformación y modificaciones	65
Capítulo 6. Condiciones laborales y exigencias dadas a las/os Trabajadoras/es durante la pandemia del Covid-19	70
○ 6.1. Tiempo, cantidad e intensidad laboral	71
○ 6.2. Nueva modalidad de trabajo	77
○ 6.3. Supervisión y participación de las/os trabajadoras/es	79
○ 6.4. Relaciones interpersonales	80
○ 6.5. Experiencias difíciles vividas en pandemia	83
○ 6.6. Efectos en la salud de las/os trabajadoras/es	87

Capítulo 7. Conflictividad laboral: estrategias y acciones colectivas desplegadas durante la pandemia	97
○ 7.1. Reconocimiento a la labor del personal de salud	98
○ 7.2. Reclamos laborales realizados y logros obtenidos	101
○ 7.3. Acciones de las/os representantes del colectivo de trabajadoras/es	110
8. Conclusiones	115
Bibliografía	121

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mis hijos: Aylén y Bruno por la paciencia que me tuvieron durante este proceso, por la compañía y el cariño frente a los momentos difíciles.

A Martín, mi pareja, que siempre tuvo confianza en mí y estuvo al lado mío apoyándome con cada uno de mis logros y me alentó a seguir de manera constante en esos momentos de debilidad apuntalando mi progreso con dedicación y amor.

También a mis compañeras/os de trabajo que colaboraron con las entrevistas y estuvieron dispuestas/os a dedicar un rato de tiempo de sus trabajos cotidianos para proporcionarme sus percepciones para obtener resultados de mi TIF.

Además, al equipo de TAPSO, en especial a Matilde Robustelli que me ayudó y apoyó en el desarrollo del trabajo para perfeccionar la escritura. A mi Directora de TIF Andrea Suarez Maestre que siempre estuvo para acompañarme en este camino tan largo para lograr mi título, apoyo constantemente mi progreso y me motivó a seguir cuando veía que el impulso decaía. Agradezco su inmensa dedicación y compromiso y su amabilidad al aceptar ser mi directora a pesar de todas sus actividades cotidianas.

Y, por último, a la Universidad Arturo Jauretche que me dio la posibilidad de estudiar y crecer personal y profesionalmente en un contexto muy difícil y que de no haber existido seguramente no hubiera sido factible realizar esta carrera.

Muchas gracias a todas/os

Resumen

Para obtener el título de grado de Licenciada en Relaciones del Trabajo es requisito la realización de un Trabajo Integral Final, TIF, por lo que procedo a presentarlo.

El presente es un trabajo de investigación que se desarrolla en un hospital público de alta complejidad de la región del Conurbano Sur durante la pandemia de Covid-19, es de tipo exploratorio, tiene por objetivo analizar los cambios realizados en la composición de los puestos de trabajo del personal, en las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es y presentar las estrategias sindicales desarrolladas en este período de pandemia desde la percepción de las/os representantes del colectivo de trabajadoras y trabajadores de dicha institución.

Se pretende conocer más específicamente los cambios realizados en la organización del trabajo y en la composición de los puestos. Así también, analizar las modificaciones en las condiciones laborales y describir las exigencias a las que el personal del Hospital estuvo expuesto durante la pandemia, observadas y advertidas por las/los representantes de las/os trabajadoras/es y también reflexionar sobre las estrategias desplegadas por el colectivo de trabajadoras y trabajadores del Hospital ante las modificaciones en las condiciones laborales.

Se utilizó para la recolección de datos las técnicas por un lado, la entrevista en profundidad con una muestra intencional de seis (6) personas: cuatro (4) representantes del colectivo de trabajadoras/es, siendo un (1) representante de la Asociación de profesionales del HEC (APHEC), un(1) representante del Sindicato de Salud Pública (SSP), un (1) representante de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y un (1) representante de personal del grupo de autoconvocados del HEC y dos (2) informantes claves del Área de Gestión integral de Recursos Humanos; y por otro lado, se realiza una recopilación de recortes periodísticos sobre conflictos laborales de los diferentes diarios locales, nacionales y sectoriales.

Palabras claves: Condiciones y medio ambiente de trabajo – trabajadoras y trabajadores de salud -pandemia Covid-19 – sindicatos –organización del trabajo - exigencias laborales.

Abstract

In order to obtain the degree of Bachelor in Labor Relations, it is required the completion of a Final Comprehensive Work, TIF, so I proceed to present it.

This is a research work developed in a high complexity public hospital in the Southern Conurbano region during the Covid-19 pandemic. It is exploratory and its objective is to analyze the changes made in the composition of the staff's jobs, in the working conditions of the workers and to present the union strategies developed in this period of pandemic from the perception of the representatives of the workers' collective of that institution.

The aim is to know more specifically the changes made in the organization of work and in the composition of positions. Also, to analyze the changes in working conditions and to describe the demands to which the Hospital staff was exposed during the pandemic, as observed and noted by the workers' representatives, and also to reflect on the strategies deployed by the Hospital workers' collective in the face of the changes in working conditions.

The data collection techniques used were, on the one hand, in-depth interviews with an intentional sample of six (6) people: four (4) representatives of the workers' collective, being one (1) representative of the Association of HEC professionals (APHEC), one (1) representative of the Public Health Union (SSP), one (1) representative of the Association of State Workers (ATE) and one (1) staff representative of the HEC self-convened group and two (2) key informants of the Human Resources Integral Management Area; and on the other hand, a compilation of newspaper clippings on labor conflicts from different local, national and sectorial newspapers was carried out.

Key words: Working conditions and environment - health workers - Covid-19 pandemic - trade unions - work organization - labor demands.

Introducción

Hoy, en el año 2022, en el mundo seguimos transitando la pandemia de Covid-19 declarada como tal a partir del día 11 de marzo del año 2020 por la Organización Mundial de la Salud - OMS (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2020). En Argentina el primer caso sospechoso fue notificado el 2 de marzo del año 2020 en la Ciudad de Buenos Aires donde se realizó el primer testeo obteniendo la confirmación de caso positivo. Dos (2) días después se prescribió el aislamiento para la persona infectada (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a). De acuerdo con Ernst y López Mourelo (2020), Argentina fue uno de los países que pudo reaccionar de manera anticipada para evitar el colapso del sistema sanitario y la crisis laboral, frente a la declaración de la emergencia sanitaria mundial declarada por la OMS. Para esto se implementaron una serie de medidas intentando dar una *respuesta integral para contener a la pandemia*.

Como se señaló anteriormente la Argentina fue uno de los países en adelantarse con las medidas de prevención, como por ejemplo el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) que se declaró el 20 de marzo del año 2020 a partir del Decreto Presidencial N° 297/2020, para protección a la salud de la población general, evitando la circulación de las personas y para morigerar la propagación del virus (Basualdo y Peláez, 2020).

Además, la Argentina tomó medidas para paliar la crisis económica y social orientadas a la protección de las/os trabajadoras/es, fomentar la economía, cuidar el empleo y los ingresos de la población en general. Dentro de las medidas de protección laboral otorgó licencias extraordinarias; en primera instancia, a las/os empleadas/os (públicos y privados) que regresaron de viajes de lugares con circulación comunitaria del virus; seguidamente, lo extendió a becarias/os y personal independiente; y posteriormente, otorgó licencia a las personas con síntomas relacionados con el Covid-19. Así también se estableció una licencia para las/os trabajadoras/es con hijas/os menores de edad y personal perteneciente a grupos de riesgo¹, se propició el teletrabajo animando a las empresas privadas a adherirse a dicha medida y se realizaron recomendaciones para el personal de telecomunicaciones por ser imprescindible su presencia laboral para el buen desarrollo de las actividades (Ernst y López Mourelo, 2020).

¹ Según el Ministerio de Salud son los trabajadores y trabajadoras mayores de sesenta (60) años de edad, excepto que sean considerados “personal esencial para el adecuado funcionamiento del establecimiento”, trabajadoras embarazadas, trabajadores y trabajadoras con enfermedades respiratorias crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo, enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas, inmunodeficiencias, diabéticos, personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.

En relación con las políticas de estímulo a la economía y el empleo, como señalan Ernst y López Mourelo (2020) se fomentó la inversión en la obra pública, se generaron líneas de crédito para financiamiento de los sectores de alimentos, para insumos médicos, higiene personal, limpieza, se brindó asistencia tecnológica y digital a las PyMes y se estimuló el consumo con la fijación de precios máximos de productos alimenticios, para los insumos médicos y se renovó el programa Ahora 12 y Ahora 18. También se hizo cargo del pago de una proporción del salario orientado a los sectores más afectados por la pandemia.

En cuanto a algunas medidas llevadas a cabo para apoyar a las/os trabajadoras/es de la sanidad, el sistema de salud realizó un gran esfuerzo para dar respuesta a la pandemia y se implementó una compensación económica a través del Decreto 367/20 del 13 de abril donde se declaró al Covid-19 como enfermedad profesional.

Se desarrolló el Programa de Protección al Personal de Salud (Ley Silvio) en donde se establecieron normas de bioseguridad, protocolos de actuación del personal para evitar el contagio. Además, los autores del informe mencionan que se llevaron a cabo acuerdos entre el Estado y las/os representantes de las /os trabajadoras/es de la salud para mantener el salario del personal al 100% y establecer un subsidio para el transporte con el fin de habilitar el traslado del personal de manera gratuita (Ernst y López Mourelo ,2020).

Todas las medidas tomadas por el Estado para la contención de la crisis sanitaria, económica y social, permitió mejorar en alguna medida, las condiciones laborales y de vida de las/os trabajadoras/es, pero de todas maneras la pandemia generó una alta demanda de atención en las instituciones de salud, produciendo una necesidad intensiva de insumos y de personal que no pudieron ser cubiertos de manera inmediata produciendo esto un aumento en las exigencias laborales, sobrecarga de horas de trabajo y menos horas de descanso y con ritmos más acelerados (Ferrandino Lamarca, 2020).

Como se mencionó se impulsó la implementación de protocolos y nuevos procedimientos para la atención de pacientes con Covid-19 para evitar y aminorar el contagio de las/los profesionales de la salud. Existe evidencia que estas/os son las/os que tienen más posibilidades de infectarse durante la pandemia teniendo esto una implicancia directa en las condiciones de trabajo del personal de salud (Ministerio de salud, 2020b).

Por todo lo mencionado anteriormente, el presente trabajo, que se desarrolla para obtener el título de Licenciada en Relaciones del Trabajo en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, **tiene como objetivo principal analizar los cambios en la composición de los puestos de trabajo**

del personal, las condiciones laborales y las estrategias sindicales desplegadas, en un hospital público de alta complejidad de la región del Conurbano Sur, durante la pandemia de covid-19 desde la percepción de las/los representantes de las/os trabajadoras/es de dicha institución.

La escasa bibliografía existente hasta el momento no permite tener un diagnóstico, aún más profundo y certero, sobre las consecuencias que deja la pandemia en el colectivo de las/os trabajadoras/es.

Esta investigación propone realizar un aporte para seguir explorando el camino y para continuar profundizando este análisis, más allá de la percepción de las/os trabajadoras/es de la salud, sobre las modificaciones en las propias condiciones de trabajo.

Cabe mencionar que el presente TIF se realizó en el marco de un proyecto más amplio llamado “Transformaciones del empleo, las condiciones de trabajo y los conflictos laborales por sector de actividad en la región Conurbano Sur” dirigido por la Dra. María Alejandra Esponda y co-dirigido por Mg. Andrea Suarez Maestre, con sede en el Observatorio de Calificaciones Laborales (OCAL).

Retomando las problemáticas detalladas en párrafos anteriores se plantean las siguientes preguntas de investigación **para analizar una institución de salud de alta complejidad en el Conurbano Sur de la Provincia de Buenos Aires, en el período comprendido desde el mes de marzo 2020 al mes de mayo 2021.**

Los interrogantes planteados son:

- 1- ¿Qué cambios se realizaron en cuanto a la distribución de personal y de tareas?**
- 2- ¿Cuáles fueron los efectos de esos cambios en la organización del trabajo sobre las condiciones laborales y las exigencias del trabajo?**
- 3- ¿Qué estrategias de resistencia y negociación se desplegaron desde el colectivo de trabajadores y trabajadoras y desde las entidades sindicales?**

Para dar respuesta a estos cuestionamientos es necesario escindir el objetivo general en objetivos específicos. Estableciendo los siguientes:

- Conocer los cambios en la organización del trabajo y en la composición de los puestos de trabajo durante la pandemia Covid-19, desde la percepción de los y las representantes de los y las trabajadoras/es del Hospital.**

- **Analizar los cambios en las condiciones de trabajo y las exigencias establecidas al personal del Hospital durante la pandemia desde la mirada de las/os representantes de los y las trabajadoras/es del Hospital.**
- **Reflexionar sobre las estrategias desplegadas por el colectivo de trabajadoras y trabajadores del Hospital ante los cambios producidos en la organización del trabajo y en las condiciones laborales durante la pandemia del Covid-19.**

Después de planteadas las preguntas de investigación y fijados los objetivos específicos se determinan tres hipótesis a explorar.

Se entiende que, durante el período de la pandemia analizado, comprendido entre marzo 2020 a mayo 2021, se han producido modificaciones importantes en la organización del trabajo por los protocolos implementados y por las diferentes modalidades de trabajo aplicadas, como así también ha cambiado la composición del personal por las diferentes altas, bajas y modificaciones de puestos de trabajo producidos.

En referencia a los cambios en las condiciones de trabajo y en las exigencias laborales establecidas, se afirma que durante este período se han producido grandes reestructuraciones en la organización laboral, provocando una alta demanda de trabajo y una sobre exigencia laboral para el personal de salud, principalmente en las/los trabajadoras/es de la primera línea de atención de pacientes con Covid-19.

Por último, frente a todas estas modificaciones y cambios dados por la emergencia sanitaria declarada, los sindicatos y demás representantes del colectivo de trabajadoras/es de la salud debieron adaptar las estrategias tradicionales de resistencia y negociaciones de las condiciones de trabajo, en nuevas estrategias que permitieran desplegar medidas de acción diferentes para poder viabilizar las demandas de las/os trabajadoras/es para garantizar condiciones dignas de trabajo para sus representadas/os.

Para darle estructura a toda esta investigación se realizó: en el Primer Capítulo un recorrido del marco conceptual para introducir al lector en la temática abordada; en el Segundo Capítulo se desarrolla la estructura y composición del Sistema de Salud de la Argentina y del Subsistema de Salud Pública, en el cual se encuentra inmersa la institución base de esta investigación y se realiza un breve relato de las características de la organización estudiada.

En tanto, en el Tercer Capítulo se describe el estado de situación actual de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, **CyMat**, del sector de la salud durante la pandemia, poniendo de relieve que no son cuestiones nuevas y la conflictividad laboral surgida durante este periodo, a través de los aportes de las investigaciones e informes que abordan la temática. En el Cuarto Capítulo se menciona la metodología utilizada, las técnicas de recolección de datos y el procedimiento para su relevamiento y análisis; el Quinto Capítulo, analiza los cambios en la organización laboral y en los puestos de trabajo; el Sexto Capítulo se centra en las modificaciones de las condiciones de trabajo y las exigencias al personal.

Posteriormente, en el Capítulo Siete se reflexiona sobre las estrategias de resistencia y negociación de las condiciones de trabajo desplegadas por las/os representantes de las/os trabajadoras/es y se realiza un análisis sobre la conflictividad laboral surgida.

Por último, se realizan una serie de conclusiones sobre esta investigación.

Capítulo 1. Marco Conceptual

Para entender la investigación que se desarrollará se debe comenzar con la conceptualización de varios términos como el trabajo humano, las **Cymat** a las que se encuentran expuestos las/os trabajadoras/es, las exigencias y/o requerimientos del proceso de trabajo, los factores de riesgos psicosociales, la carga global de trabajo, las afecciones en la salud de las/os trabajadoras/os y las estrategias sindicales propuestas frente a las implicancias en la salud en las/os trabajadoras/es por las exigencias de las condiciones laborales.

○ *1.1 El trabajo, el proceso de trabajo y las condiciones de trabajo*

▪ **1.1.1. Trabajo y proceso de trabajo**

El trabajo ha existido desde que existe el hombre, anteriormente se concebía como una necesidad para la supervivencia, se realizaba sin importar los peligros a los que se exponía ni los daños que producía en los individuos, así como tampoco contenía ningún elemento humanizante (Mattié, 1994; Moreno Jiménez, 2011; Neffa, 1989; Neffa et al, 2001; Nieto, 1999; Noriega, 1993).

Posteriormente, se fue expandiendo desde la utilización de la naturaleza básica a la invención de herramientas que le permitieron mejorar las condiciones en las que se realizaba la actividad y de a poco también se tuvo en cuenta las condiciones del trabajo (Nieto, 1999).

En la concepción tradicional del trabajo, el/la trabajador/a era considerado/a un elemento más del proceso de producción, era quien aportaba la fuerza laboral consumiéndose en el trabajo ya que sólo se ponía en juego su fuerza física (Neffa et al, 2001).

No se puede dejar de mencionar que el trabajo es un elemento muy importante del **proceso laboral** que se encuentra vinculado sinérgicamente con el resto de los componentes. Este proceso laboral se conforma por los objetos, los medios, el trabajo o actividad (el que efectivamente se realiza), la forma de organización y la división del trabajo. Los **objetos** son los insumos o materias primas que se transforman, los **medios** son las herramientas o maquinarias que se utilizan para la producción, la **actividad** es la tarea efectivamente realizada por las/os trabajadoras/es para conseguir los objetivos. (Mattié, 1994; Noriega, 1993).

La **organización** y la **división técnica** del trabajo son las formas institucionales para realizar el proceso de trabajo, quién realiza qué cosa, como, cuando, donde y en qué tiempo deben realizarla (Mattié, 1994; Noriega, 1993). En tanto la **división social**, se refiere a la ejecución y concepción del mismo (Mattié, 1994).

La organización del trabajo está dada por: la jornada laboral, los descansos y las pausas. La división técnica se establece por cómo se distribuye la actividad a cada uno de los individuos (Mattié, 1994; Noriega, 1993).

El proceso de trabajo, como se ha señalado anteriormente, está compuesto por diferentes elementos, siendo el más importante la actividad y está determinado por la organización y el contenido del trabajo. La organización laboral establecerá la capacidad física y mental que deberán aportar las/los trabajadoras/es para lograr los objetivos fijados (Noriega, 1993).

En esta línea, Laurell (1993) señala que el proceso de trabajo es básico y fundamental para una sociedad porque los individuos producen bienes de “utilidad social” y en ese proceso se interrelacionan, no sólo con los objetos de trabajo sino también con otras personas, que al estar conectados entre ellos pueden transformar su naturaleza y así transformarse a sí mismos.

▪ **1.1.2. Trabajo más digno y humano**

En la nueva concepción del trabajo se lo considera como una actividad del ser humano en la que las personas puedan realizarse, desarrollar todas sus capacidades profesionales, intelectuales, creativas e imaginativas (Clerc, 1987; Neffa et al, 2001; Noriega, 1993) y no sólo tengan en cuenta la fuerza física. El trabajo les permite trascender más allá de sus obras, no es un castigo, a pesar de poder provocar fatiga (Neffa et al, 2001).

Con el surgimiento del capitalismo, el auge de la competitividad y la acumulación de riqueza se comenzó a exigirle tanto a las/os trabajadoras/es que provocó efectos negativos en su salud, quitándoles capacidad de decisión y de iniciativa, llevándolas/os a la alienación absoluta, convirtiendo al trabajo en “deshumanizante”. La falta de participación de las/os trabajadoras/es en las decisiones laborales, de subjetividad propia en la actividad, fue convirtiéndolas/os en robots (Noriega, 1993).

A partir de los reclamos sociales de las/os trabajadoras/es se comenzó a impulsar el derecho a un trabajo digno, humanizante y con mejores condiciones. Un trabajo para el cual las/los trabajadoras/es ponen en juego la integridad de su persona (Moreno Jiménez, 2011; Neffa et al, 2001).

En consonancia con esta nueva visión la Organización Internacional del Trabajo, OIT, desde sus comienzos en el año 1919 propugna un trabajo más “humano” y “decente”. Son conceptos

adoptados por los organismos para promulgar un trabajo más justo, digno y sin desigualdades, siendo necesario para el crecimiento de cualquier país, como cita la OIT (2013) “la pobreza, en cualquier lugar, constituye un peligro para la prosperidad” (p. 1). Así también al establecer y promocionar estas concepciones, la OIT determina que el trabajo no puede degradar a la persona como ser humano, sino que se debe impulsar un trabajo con una dimensión positiva para el crecimiento y desarrollo personal, el ingenio, la iniciativa, la creación y la participación (Clerc, 1987).

En esta dirección, Noriega (1993) señala que algunas organizaciones realizaron un intento de humanización del trabajo, incorporando círculos de calidad para la producción y que lo único que se logró fue más control sobre las/los trabajadoras/es beneficiando a las/os empresarias/os. Se les hizo creer a las/os trabajadoras/es que conformaban el equipo haciéndolas/os parte de las decisiones, pero sólo se aprovecharon de la rentabilidad generada por la mejora en la producción y éstas/os sólo obtuvieron un trabajo adicional, porque debían realizar sus tareas habituales y también ocuparse de los procesos de calidad de la producción.

▪ **1.1.3. Condiciones y medio ambiente de trabajo**

La OIT en la conferencia internacional del año 1974 señaló que es necesario tener una mirada global de las situaciones en el trabajo ya que están compuestas por múltiples factores, cada una se ve influida por diferentes dimensiones que se entrelazan provocando implicancias en la salud de las/os trabajadoras/es y si se segmenta la situación no tendremos posibilidad de entenderla (Clerc, 1987; Neffa et al, 2001).

Las/os trabajadoras/es se ven afectadas/os por las **Cymat** en las cuales desarrollan la actividad. Estas condiciones de trabajo están conformadas por los factores de riesgo ocupacionales (químicos, físicos, biológicos, tecnológicos, de seguridad, catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos). También se encuentran atravesados por las características que tienen que ver con la estructura institucional, las relaciones sociales de la producción y los modos de organización de la empresa (organización y contenido del trabajo, formas de supervisión, sistema de remuneraciones, autonomía en las decisiones). La carga global laboral y los factores de riesgos ocupacionales impactan de manera diferente en la salud de las/os trabajadoras/es. (Neffa et al, 2001).

Retomando los factores de riesgos ocupacionales, según Villegas Rodríguez y Rios Cortázar (1993) se pueden dividir en 5 tipos de factores riesgos:

- Grupo I: los factores físicos, derivados de los medios de trabajo, por ej. Vibraciones, temperatura, ventilación, radiaciones;
- Grupo II: los factores de riesgo biológicos, derivados de los objetos de trabajo y sus transformaciones, ejemplo: gases, vapores, líquidos, bacterias y virus;
- Grupo III: las exigencias de la actividad física e intensidad y las posiciones incómodas;
- Grupo IV: los propios de la organización y de la división técnica, ejemplo: jornada laboral (duración, turnos, rotación) y de la forma contractual, ritmo, control, supervisión, monotonía y
- Grupo V: los factores de riesgos mecánicos, derivados de los medios de trabajo, ejemplo: el mal funcionamiento de las maquinarias y la falta de mantenimiento.

En la misma dirección de la OIT que se menciona anteriormente, Clerc (1987) afirma que las situaciones de trabajo deben analizarse de manera global para no perder la esencia de la problemática real, más allá que cada factor de riesgo puede estudiarse de manera individual. Además, cada actividad no se realiza en forma aislada, sino que se ejecuta dentro de un contexto de vida, social, económico y cultural. Así, Clerc (1987) y Neffa et al (2001) recalcan que las **CyMat** se ven afectadas por el contexto macro socioeconómico, la organización en la cual se desarrolla, las condiciones de vida, el proceso de trabajo, el diseño del lugar y medio ambiente de trabajo, el contexto jurídico-legal y la actividad propiamente dicha.

En particular Clerc (1987) menciona que las condiciones de alojamiento, clima y alimentación son fundamentales para analizar por qué un/a trabajador/a mal alimentada/o no tiene el mismo rendimiento que una/o que tiene las calorías necesarias para desarrollar una actividad, siendo más propensa/o a enfermarse y, por consiguiente, tener mayor ausentismo, menor productividad y dinamismo. En tanto, cuando la vivienda no es adecuada para recuperar la fatiga causada por el trabajo, el clima no es el más favorable para desarrollar su actividad (humedad, lluvia, frío, nieve), esto impacta en la productividad del individuo.

Otra dimensión a tener en cuenta es el marco jurídico en el cual se desarrolla una actividad, por ejemplo: si posee legislación laboral, protección social y sindical, que garantice el equilibrio en los conflictos entre el capital y el trabajo. La situación económica de las/os trabajadoras/es y el contexto macroeconómico es necesario tenerlos en cuenta porque en un contexto de desempleo masivo las/os trabajadoras/es, por miedo a perder el trabajo, aceptan las **CyMat** deficientes sometiéndose a condiciones extremas y deplorables. Así, las empresas cuando tienen sus finanzas

complicadas generan incertidumbre en las/os empleadas/os por la posibilidad del despido (Clerc, 1987).

Las **CyMat** son las que determinan el impacto en la carga global de trabajo, las exigencias laborales y la afección en el proceso de salud-enfermedad de las/os trabajadoras/es (Neffa, 2019).

- **1.2. Exigencias/requerimientos laborales y carga global**

- **1.2.1. Exigencias/requerimientos laborales**

Los cambios en la organización del trabajo a partir del capitalismo y el neoliberalismo intensificaron las exigencias y los requerimientos laborales de las/os trabajadoras/es. Dentro de estos cambios se encuentran el ritmo laboral, la dinámica de producción, la rotación del personal, la monotonía en el trabajo y la supervisión excesiva (Noriega, 1993).

En esa misma dirección, Gernet y Dejours (2012, 2014) señalan que en el trabajo contemporáneo se exige a las/os trabajadoras/es por encima de las capacidades o habilidades de resistencia, es decir, deben soportar lo insoportable.

Todos los autores indican que los cambios en el proceso de trabajo, por la introducción de la tecnología e innovación en la producción, generó un incremento en las exigencias laborales y por consiguiente, en los factores de riesgos ocupacionales (Moreno Jiménez, 2011; Neffa, 1989, 2019; Neffa et al, 2011; Noriega, 1993).

Los factores de riesgos y exigencias son producto de los procesos de trabajo, de la organización y de la división sociotécnica que pueden afectar negativamente en la salud de las/os trabajadoras/es (Noriega, 1993; Villegas Rodríguez y Ríos Cortázar, 1993).

Los riesgos ocupacionales derivan de los factores del medio ambiente y dependiendo del tiempo de exposición será la afección en la salud que puedan ocasionar. Las exigencias y/o requerimientos laborales devienen de la organización y de la división del trabajo, es decir, las exigencias y factores de riesgos son productos de las características sociotécnicas del trabajo y de la interrelación y la vinculación de estas con los individuos, dando lugar a las implicancias en la salud de las/os trabajadoras/es (Noriega, 1993; Villegas Rodríguez y Ríos Cortázar, 1993).

Continuando con la línea argumentativa, Laurell (1993) señala que las sociedades capitalistas introdujeron transformaciones importantes en el proceso de trabajo, porque el objetivo de la producción era obtener plusvalía, ganancias y rentabilidad para las empresas modificándose las

exigencias y requerimientos en las condiciones de trabajo y el medio ambiente laboral para las/os trabajadoras/es.

Las exigencias laborales, como se ha descrito, derivan de la organización y del contenido del trabajo y se pueden dividir tentativamente según Noriega (1993), **en función del tiempo, de la cantidad e intensidad de carga laboral, de las formas de vigilancia, los tipos de actividad y tareas y de la calidad del trabajo.**

En función del **tiempo de trabajo** se encuentran: la cantidad de horas de la jornada laboral semanal/diaria, los descansos, las horas adicionales, los turnos dobles, la rotación, la jornada nocturna; dentro de la **cantidad e intensidad**: la atención necesaria para la realización de la actividad, los movimientos que se deben hacer (ritmo, rapidez), la repetibilidad, las bonificaciones por producción, el pago por horas, la capacidad de decisión frente al ritmo de trabajo y los descansos requeridos; **según las formas de vigilancias**, se refiere a la supervisión de la producción, si es estricta o no, si hay control de calidad y si se produce maltrato por las jerarquías. Dentro de las exigencias que derivan de los **tipos de actividad** están: el aislamiento, el esfuerzo físico necesario, las posiciones incómodas, el sedentarismo, la minuciosidad, la monotonía y por último, dependiendo de la **calidad del trabajo**: los requerimientos pueden ser: la utilización de la evaluación de desempeño y la posibilidad de participación de las/os trabajadoras/es en la decisión del proceso de trabajo, para evitar las diferencias entre las actividades efectivamente realizadas y las prescriptas.

▪ 1.2.2. Carga global de trabajo

Para obtener la rentabilidad necesaria frente a los cambios en los procesos de trabajo el/la trabajador/a pone en juego no sólo su integridad física, sino también la dimensión mental y psíquica, pudiendo provocar un proceso de fatiga por los esfuerzos realizados (Nieto, 1999; Villegas Rodríguez y Ríos Cortázar, 1993).

Para entender la relación entre el proceso laboral y el proceso salud- enfermedad colectivo, es necesario definir conceptos como la carga global laboral y el proceso de desgaste, siendo el primero los elementos del proceso de trabajo que se interrelacionan entre sí y con el cuerpo de la persona provocando efectos nocivos como: la pérdida de las capacidades físicas, psíquicas y mentales conocida como desgaste (Laurell, 1993).

Las cargas de trabajo se dividen en **físicas**: que son las que afectan al cuerpo según los factores de riesgos ocupacionales: físicos, químicos, biológicos y mecánicos y las **fisiológicas y psíquicas**: que se ponen de manifiesto de acuerdo con la capacidad de resistencia y/o adaptación de las/os trabajadoras/es para afrontar las tareas (Laurell, 1993).

En tanto, Nieto (1999) divide la carga física en estática, como las posturas forzadas que se realizan de manera cotidiana (agachada/o) y dinámica, como la carga y descarga constante. También menciona la carga mental cuando en la realización de una tarea es necesario el desarrollo continuo de los elementos perceptivos y cognitivos.

En consonancia con Laurell (1993) y Nieto (1999), Muracciole (2010) afirma que la carga global de trabajo deriva de los factores de riesgo del medio ambiente y de las condiciones que se obtienen según las características del proceso de trabajo.

Además, Muracciole (2010) sostiene que la carga física deriva de un trabajo que se realiza durante mucho tiempo de pie, de posiciones incómodas y de un desplazamiento rápido. La carga mental, se desprende de una actividad que requiere un desarrollo cognitivo, por ejemplo: cuando se debe recibir, clasificar y procesar mucha información en poco tiempo. En tanto, la carga psíquica tiene que ver con los aspectos relacionales, con la conflictividad laboral dentro de la organización ya sea con las/os pares o las/os superiores, las interrupciones constantes por la desconcentración y por la pérdida de atención en la actividad.

○ *1.3. Factores de riesgos emergentes y psicosociales*

Se debe decir que no sólo las exigencias son las que afectan a la salud de las/os trabajadoras/es sino también los aspectos subjetivos del mismo (Nieto, 1999; Noriega, 1993).

Ya se ha nombrado que los nuevos procesos de trabajo, las nuevas tecnologías y la incorporación de innovación en la producción han generado un dinamismo y flexibilidad en las organizaciones que repercute indefectiblemente en la flexibilidad laboral. Todos estos cambios impactaron en las políticas de las organizaciones, algunos positivamente como es la transformación de organizaciones en empresas saludables, alcanzando los objetivos establecidos sin perder de vista el desarrollo profesional y personal de sus miembros. Otros cambios no tanto, como es la adaptación del personal a exigencias y requerimientos que pueden producir nuevos riesgos emergentes (Moreno Jiménez, 2011).

A partir de estas modificaciones iniciadas en los países industrializados desde el año 1970 en adelante las/os trabajadoras/es se vieron obligadas/os a realizar un gran esfuerzo para compensar

las diferencias existentes entre la tarea prescrita (por personas que no la ejecutan) y la actividad realmente ejecutada, produciendo una agudización en los factores de riesgos de trabajo. Estos factores riesgos no pueden prevenirse sólo con elementos de protección personal, EPP, sino que hay que tratar de eliminarlos o reducirlos con la participación de las/os trabajadoras/es en las decisiones (Neffa et al, 2001, 2015, 2019).

Sumado a esto, los cambios en las modalidades de la organización y en el contenido del trabajo ha ido generando nuevos riesgos, más la falta de participación de las/os trabajadoras/es en las decisiones, hizo que se intensificaran los procesos de producción, también la expansión de las empresas de servicios con amplios departamentos de atención a las/os usuarias/os/clientes (Neffa et al, 2001, 2015, 2019).

En línea con esto, Moreno Jiménez (2011) señala que los factores de riesgos emergentes son situaciones laborales que pueden afectar la salud física, psíquica y mental de las/os trabajadoras/es. Un importante elemento a tener en cuenta es conocer cómo surgen estos, produciendo su auge con el crecimiento del sector de servicios. Dentro de esta rama los principales factores de riesgos son los psicosociales por la característica de los servicios prestados, las formas de contratación, el dinamismo, las emergencias; y principalmente, la interacción con clientes y /o pacientes de manera constante. Es decir, los aspectos relacionados con lo subjetivo del trabajo, las relaciones interpersonales, en donde el individuo pone en juego todas sus capacidades (dedicación y atención), incorporando en su accionar las dimensiones emocionales como: el sufrimiento, los sentimientos, el placer, debiendo en muchos casos ocultar sus tristezas, pensamientos, criterios, demandando un esfuerzo adicional a los habituales.

Los factores de riesgos psicosociales se pueden agrupar en seis (6) ejes, según Neffa (2019) en:

- La cantidad, duración e intensidad en el trabajo;
- La autonomía en el trabajo,
- Las exigencias emocionales,
- Las relaciones sociales y de trabajo,
- Los conflictos éticos y valores y
- Estabilidad y seguridad en el trabajo.

El primer eje mencionado, dependerá de la carga y cantidad de trabajo, de la organización y el contenido del proceso de trabajo, los objetivos inalcanzables, la polivalencia, la multitarea, las indicaciones mal impartidas que generan incertidumbre o dudas, los ritmos elevados, los bruscos cambios, entre otros. El segundo, se refiere al poder de decisión frente a la ejecución del trabajo,

a poder participar en la elaboración de los procedimientos para disminuir la imprevisibilidad, a ser protagonista de su hacer, es decir, poder utilizar la inteligencia y la capacidad creativa para la resolución de problemas imprevistos, se reduce a las/os trabajadoras/es o a un mero ejecutor de las actividades produciendo efectos nocivos en su salud.

Continuando con el lineamiento de Neffa (2019), las exigencias emocionales están presentes porque cada vez es mayor el requerimiento de controlar las emociones pudiendo provocar, por un lado, sufrimiento y por el otro, placer si se logra el autocontrol sin afección.

Ese factor de riesgo se encuentra muy presente en las actividades de cuidado, como en el ámbito de salud. Las exigencias son diferentes que en otros sectores porque se requiere de un esfuerzo mayor y a veces hasta se deben fingir los propios sentimientos. El contacto directo con pacientes conlleva de un esfuerzo cognitivo por la necesidad de atención constante, por las urgencias imprevistas, por la precisión que requiere la administración de medicación, por una dimensión relacional dada por la necesidad de comunicación y de la capacidad de escucha y por una habilidad psíquica de la trabajador/a que le permita controlar las emociones para poder contener a la/el paciente y no demostrar sus sentimientos frente al miedo y/o posibilidad de contagio (Neffa, 2019).

El cuarto eje que menciona Neffa (2019), es el de las relaciones sociales y de trabajo, ya que dentro de una organización existen interrelaciones entre los individuos, entre sus pares, entre las/os superiores, determinando a través de ese vínculo si el/la trabajador/a es parte o no de un colectivo de trabajo. El/la trabajador/a necesita de esa relación para sentirse parte de un equipo, requiere ser reconocido por las/os pares y por las/os superiores para poder desarrollar las actividades que le son asignadas con la cooperación de las/os otras/os compañeras/os de trabajo.

Este vínculo con las/os pares les permite a las/os trabajadoras/es obtener solidaridad en los momentos de extrema exigencia y además le aporta una identidad colectiva para futuras estrategias defensivas. En tanto la relación con sus superiores es importante para atenuar los efectos mentales, dependiendo del liderazgo ejercido. Cuando existe participación, se tiene apoyo técnico y hay un reconocimiento a su labor, el efecto negativo se reducirá. En cambio, donde haya destrato y una supervisión excesiva aumentará la nocividad en la salud (Neffa, 2019).

El quinto eje que señala Neffa (2019), es el vinculado a los conflictos éticos y a los valores, que surgen cuando alguien debe realizar algo con lo que no está de acuerdo, que transgrede los valores éticos y morales, por ejemplo: cuando se produce una atención al usuario/a de mala calidad por mal funcionamiento en las maquinarias, cuando se debe mentir frente a la falta de insumos o se

debe esconder información a las/os clientes para justificar las demoras en una entrega, apareciendo la dimensión ética, principalmente, cuando se debe mentir a las/os clientes/pacientes/usuarios/os.

El último que detalla tiene que ver con la estabilidad y la seguridad de la situación laboral, se genera inestabilidad cuando el/la trabajador/a es víctima de desempleo, despidos y/o suspensiones. Así también, se produce una sensación de incertidumbre cuando no se puede acceder a un plan de carrera dentro de la organización y no se genera un crecimiento profesionalmente. Otra causal de incertidumbre o inseguridad se produce, hoy en día, con la incorporación de innovación y tecnología avanzada, en la que el personal con más antigüedad se ve desplazado por las/os jóvenes profesionales que tienen mayor capacidad de adaptación para esas incorporaciones (Neffa, 2019).

▪ **1.3.1. Sufrimiento y placer en el trabajo**

Como se ha afirmado anteriormente, el proceso de trabajo en su conjunto (incluyendo el trabajo propiamente dicho) es el que determina la salud-enfermedad, entendiendo esta dicotomía como un proceso que tiene un pasado y configura un futuro, debiendo estudiarse como tal, sumergido en un contexto socio-económico y cultural particular de cada individuo, que dependiendo de las capacidades propias de resistencia de las/os trabajadoras/es podrán hacerle hacer frente (o no) a los factores de riesgos para evitar la afección de su salud (Laurell, 1993).

Como han señalado Gernet y Dejours (2012, 2014), dentro del trabajo los individuos deben suplir las diferencias existentes entre la tarea y la actividad que efectivamente ejecutan. Para esto, despliegan estrategias que les pueden causar sufrimiento o placer dependiendo de la capacidad de adaptación de cada persona. Las/os trabajadoras/es despliegan su subjetividad para evitar las enfermedades psíquicas que pudieran producirse por las deficientes condiciones laborales y sus exigencias. La perspectiva de la psico-dinámica en el trabajo orienta la mirada en la subjetividad volcada en el trabajo, es decir, hacia las estrategias que despliegan las/os trabajadoras/es para enfrentar el desfase entre la tarea y lo “real del trabajo”.

Varios autores afirman que esto puede producir sufrimiento, pero también placer y satisfacción cuando las personas logran el objetivo de saltar los obstáculos a través del uso de las habilidades, de la capacidad creativa, el ingenio o enriqueciendo la actividad que ejecutan (Gernet y Dejours, 2012, 2014; Gutiérrez, 2018; Nieto, 1999).

Muchas veces, la inteligencia práctica que desarrollan las personas a través del trabajo, se mantiene oculta: por un lado, por miedo a ser sancionados, ya que transgreden las normas establecidas por no cumplir con las tareas exactamente como les fue asignada; y por el otro lado, se guardan el conocimiento para obtener beneficios individuales como: reducir la fatiga, disminuir el esfuerzo físico, aumentar la productividad hasta la obtención de mayores salarios y/o reconocimiento técnico y social (Neffa et al, 2001).

Este reconocimiento se llama **de utilidad, cuando es otorgado por las jerarquías (remuneración, felicitaciones) y de belleza, cuando se origina desde las/os pares orientado a la calidad del trabajo, que enaltece o engrandece a las/os trabajadoras/es, por su habilidad dentro del colectivo de trabajo** (Gernet y Dejours 2012, 2014; Gutiérrez, 2018; Neffa et al, 2001).

En relación con esto, todas/os las/os trabajadoras/es son diferentes, únicas/os, cada una/o tiene sus características propias y distintas maneras de adaptarse, por lo tanto, frente a un mismo inconveniente existirán disímiles posturas para solucionarlos, dentro de un mismo equipo de trabajo. Esto provoca que, dependiendo de las especificidades personales, algunas/os logren sortear los obstáculos y otras personas queden en el camino, renuncien o sean reubicados (Neffa et al, 2001; Neffa, 2019).

○ ***1.4. Implicancias del proceso de trabajo en la salud de las/os trabajadoras/es***

Cuando se habla de salud de una persona se refiere a un estado de equilibrio físico, psíquico y mental. Su bienestar general, no es sólo cuando no está enferma/o sino que también se tiene en cuenta su percepción frente a su estado de salud (Noriega, 1993). En consonancia con esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su preámbulo definió a la salud como: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Como las **CyMat** impactan directa o indirectamente en las/os trabajadoras/es que realizan la actividad de manera cotidiana, quién mejor que ellas/os para saber identificar los factores de riesgos a los que se encuentran expuestos y los efectos en su vida y salud. Así también, son las/os más indicadas/os para participar en las acciones preventivas que se puedan desarrollar (Neffa et al, 2001; Neffa, 2015).

El despliegue de las capacidades de adaptación para superar el sufrimiento provocado por el trabajo produce efectos nocivos en la salud física, psíquica y mental (Gutiérrez, 2018; Neffa et

al, 2001). En esta dirección Clerc (1987) señala que las deficientes **Cymat** generan tensión, fatiga que impacta en la salud de las/os trabajadoras/es produciendo a su vez bajas temporales en el trabajo, reducción en la productividad e inestabilidad laboral.

▪ **1.4.1. Fatiga**

El primer efecto sobre la salud de las/os trabajadoras/es es la fatiga que para poder recuperarse es necesario realizar un descanso, un reposo adecuado y una alimentación nutritiva. Esta fatiga puede ser localizada y general; la específica afecta muscularmente de forma auditiva, visual y se recupera con reposo y ejercicio físico; en cambio, la generalizada requiere de un descanso más prolongado, pausas en el trabajo, franco semanal, vacaciones, vínculos afectivos (familia, amigas/os) y puede llegar a provocar patologías graves que requieran atención médica o cambios de puestos de trabajo (Neffa et al, 2001; Useche Mora, 1992).

Siguiendo la línea argumentativa, Useche Mora (1992) define a la fatiga laboral como un cansancio producto del trabajo, que va desde algo leve hasta la morbilidad, pero que si se recupera no alcanza un grado patológico, apareciendo sintomatologías somáticas y sociales. También señala que hay diferentes tipos: normal, patológica, aguda, psíquica, física y nerviosa. Describe la normal: como la que se produce indefectiblemente después de una jornada laboral; patológica: surge después de una jornada extenuante de trabajo que no se recupera fácilmente; aguda: también aparece después de una jornada laboral pero en este caso muy prolongada y agotadora que requiere una reparación más extensa; psíquica: esta es un cuadro irreversible y crónico, una sintomatología patológica mental; física: afecta al organismo y por último, nerviosa: provoca trastornos de humor, mal carácter, insomnio, sintomatologías viscerales y somáticos.

▪ **1.4.2. Envejecimiento precoz/prematuro**

Esto se produce por un desgaste extremo de la fuerza de trabajo siendo natural envejecer en el tiempo, pero cuando se refiere al envejecimiento laboral nos referimos a la baja de las capacidades físicas (cardíaca, renal, cerebral) y/o pérdida de resistencia a los factores de riesgo. En las empresas se consideran “viejas/os” a las personas que no pueden cumplir con los requerimientos del puesto que se encuentra previsto y a estas personas se les puede otorgar una jubilación anticipada contemplada en la legislación laboral (Neffa, 1989).

Es un proceso continuo de desgaste en el trabajo que provoca una aceleración del envejecimiento que se produce de manera natural. Cada persona tiene maneras diferentes y distintos ritmos para envejecer, pero las exigencias extremas colaboran con una vejez precoz, se encuentra

principalmente en las/os trabajadoras/es que tienen estrictos cambios de turno, trabajo nocturno (Neffa, 1989).

▪ **1.4.3. Esperanza de vida disímiles**

Esto se refiere a la esperanza de vida que tienen las/os trabajadoras/es dependiendo de la actividad que desarrollan y a las categorías socio-profesionales. Para ejemplificar esto, Neffa (1989) retoma un estudio realizado por G. Desplanques en Francia en 1975, en el cual se describe que las/os docentes tienen una mayor esperanza de vida que las/os obreras/os no calificadas/os, siendo de 43,2 años la esperanza de vida de las/os docentes y de 34,3 en las/os obreras/os. En tanto, las/os ingenieras/os tienen una esperanza de vida de 42,3, las/os administrativas/os de 41,4, capataces 40,2, técnicas/os y cuadros medios 40,3, las/os patronas/es de comercio 39,5, en cambio las/os empleadas/os tienen 38,4, las fuerzas de seguridad 36,9 y las/os obreras/os calificadas/os 37,5.

▪ **1.4.4. Enfermedades profesionales ligadas al trabajo**

El concepto de enfermedad profesional difiere de un país a otro. Un tema importante para tener en cuenta con respecto a esto, es que en los países que tienen peores condiciones de trabajo las enfermedades profesionales son más limitadas que en los países donde las **CyMat** han logrado avanzar en la prevención de riesgos (Neffa, 1989). En esta misma dirección, Nieto (1999) las define como las enfermedades que se producen por los riesgos del medio ambiente que repercuten directamente sobre las/os trabajadoras/es, que pueden revertirse o hasta provocar la muerte.

También existen las enfermedades relacionadas con el trabajo, son multicausales y no se manifiestan inmediatamente, sino que van apareciendo con el correr de los años (Neffa, 1989). Son enfermedades que afectan a la población en general pero que se ven exacerbadas o incrementadas en una situación de trabajo deficiente. Entre estas se encuentran las infecciosas (trabajadoras/es de la agricultura), las cardiovasculares (hipertensión, estrés, rotación), el músculo esqueléticas (dolor lumbar, hombro, nuca) que las sufren las/los estibadoras/es, choferes, enfermeras/os, las psicósomáticas que pueden provocar trastornos gastrointestinales y enfermedades complejas como el cáncer, entre otras (Nieto, 1999).

También se debe nombrar entre las enfermedades provocadas por el trabajo, los efectos que produce la carga psíquica en las/os trabajadoras/es. Puede generar ansiedad y angustia, siendo la ansiedad una tensión interna provocada por un factor externo peligroso que le produce al

individuo un estado de alerta permanente por la incertidumbre e inseguridad, por ejemplo, un trabajo mal prescrito o provocado a propósito por la empresa con el fin de obtener una mayor producción. La polivalencia también produce ansiedad. En cambio, la angustia es una tensión interna provocada por una situación subjetiva que afecta generalmente a las personas con responsabilidad (Neffa, 1989).

▪ **1.4.5. Accidentes de trabajo**

Los accidentes de trabajo no poseen una sola causa, sino que se pueden originar en el medio ambiente, por las condiciones laborales, por el uso o la falta de los dispositivos tecnológicos, de maquinarias, o por equipos en mal estado o por la falta de EPP. También hay causas que pueden estar dadas por la falta de organización del trabajo, por la formación, la falta de información sobre los riesgos presentes, por la fuerza física y/o por las capacidades psíquicas y mentales necesarias para la realización de una actividad (Neffa, 1989).

En línea con lo mencionado, Nieto (1999) define al accidente de trabajo como una situación imprevista entre el individuo y sus condiciones laborales que produce un sufrimiento o daño físico a las/os trabajadoras/es, como la pérdida de tiempo por maquinaria defectuosa, ya sea por mal funcionamiento o por la falta de mantenimiento. Estos accidentes se producen por la conjunción de los factores del medio ambiente y por las características propias de las/os trabajadoras/es y la configuración del tiempo de trabajo (fatiga, calificación, nutrición, carga, características antropológicas).

▪ **1.4.6. Muerte de las/os trabajadoras/es**

Existen muchas muertes declaradas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que podrían haberse evitado con la prevención de riesgos, pero pareciera que no es tan importante como otras muertes. La muerte de alguna persona genera una sensación de tristeza y angustia y sobre todo si se trata de una persona cercana, en cambio cuando se trata de un/a /trabajador/a no se encuentra en las agendas políticas, ni en los medios de comunicación. Las actividades en malas condiciones de higiene, seguridad y precariedad para obtener el sustento de cada día, es invisibilizado por la política y la sociedad, a diferencia de las muertes por la guerra, accidentes de tránsito (Neffa, 1989).

A modo de resumen, algunos autores expresan que el proceso de trabajo es fundamental para toda sociedad que desea el progreso y para esto es necesario atender las necesidades de las/os trabajadoras/es en cuanto a su posibilidad de desarrollo profesional y personal a través de la

realización de una actividad humanizante (Clerc, 1987; Gernet y Dejours, 2012, 2014; Gutiérrez, 2018; Moreno Jiménez, 2011; Neffa et al, 2001; Neffa, 2019; Nieto, 1999; Noriega, 1993). En línea con esto, se debe tratar de reducir los factores de riesgos ocupacionales, los provenientes de la organización del trabajo y los psicosociales, a fin de evitar el impacto negativo que produce el trabajo en las personas. Esto es necesario para que las/os trabajadoras/es estén sanos porque son la base fundamental para el crecimiento de un país. Cuando las/os trabajadoras/es están desmotivadas/os e insatisfechas/os repercute indefectiblemente en la producción afectando a las empresas y consecuentemente a la economía de un país (Clerc, 1987; Moreno Jiménez, 2011; Neffa et al, 2001; Neffa, 2019; Nieto, 1999).

▪ **1.4.7. Estrategias sindicales frente a los conflictos laborales**

Con el fin de evitar efectos nocivos en la salud de las/os trabajadoras/es es necesario trabajar en la prevención de los riesgos en el trabajo, para mejorar las condiciones laborales en las que se desarrollan las actividades de manera habitual (Neffa et al, 2001). Como señala Gil Rivero (2012) retomando a Dithurbide (1999), en el centro de trabajo es inevitable el conflicto, ya que los intereses de empresarias/os y empleadas/os son diferentes, generando naturalmente un choque entre empresarias/os y representantes sindicales. En este panorama los sindicatos se posicionan como interlocutores sociales legítimos para defender los derechos de las/os trabajadoras/es. Estos conflictos laborales son definidos y abordados de diferentes maneras de acuerdo con la política, tradición, cultura y costumbre de cada país, la OIT (1993) encontró una definición que engloba una amplia variedad de tradiciones, conceptualizando el conflicto colectivo de trabajo como:

“La situación de desacuerdo referente a una cuestión o a un conjunto de cuestiones con relación a la cual o a las cuales existe una discrepancia entre trabajadores y empleadores, o acerca de la cual o de las cuales los trabajadores o empleadores expresan una reivindicación o queja o dan su apoyo a las reivindicaciones o quejas de otros trabajadores o empleadores” (OIT, 1993, p. 2).

Si bien es una conceptualización internacional, muchos países no la han adoptado ya que difieren en el objeto de medición, la Argentina es un ejemplo, porque ha logrado captar una definición amplia de los conflictos laborales adhiriendo a la recomendación de la OIT. Entiende por conflicto laboral: “la serie de eventos desencadenados a partir de una acción conflictiva realizada por parte de un grupo de trabajadores o empleadores con el objeto de alcanzar sus reivindicaciones laborales” (Montenegro Loewy y Rocca, 2018).

Esta conflictividad laboral en la Argentina se ha visto mermada con las políticas neoliberales aplicadas durante los años ‘90 en donde las asociaciones sindicales se vieron en crisis, por la baja

en la cantidad de afiliadas/os, la escasa movilización, la disminución de la representación debido al alto desempleo existente, en donde la conflictividad estaba encabezada por los movimientos de desocupadas/os y no por los gremios. Situación que empezó a modificarse a partir del 2003 que, con el crecimiento económico y la recuperación del mercado laboral, los sindicatos recuperan el protagonismo de décadas anteriores desplazando a los movimientos sociales de la escena. La revitalización no implicó grandes cambios en las formas tradicionales de acción y representación, manteniendo las lógicas del sindicalismo de la época de Perón con negociaciones realizadas desde las cúpulas, sólo se orientaron en la redefinición de prácticas y estrategias para volver a ser protagonistas de la escena política, recuperar la fuerza como interlocutores sociales, principal pérdida durante los años 90 (Delfini, Drolas y Medina, 2013).

Las estrategias de negociación permitieron la revitalización de los sindicatos porque a pesar de aumentar los consensos a nivel de empresa por mejoras en las condiciones salariales, los reclamos principales siguieron orientándose al aumento de salario, porque la firma de los acuerdos se realizaba a través de la negociación con las cúpulas, que en la mayoría de los casos están ajenos de las necesidades cotidianas de las/os trabajadoras/es de las bases (Delfini, Drolas y Medina, 2013).

Estas estrategias como mencionan Senén y Medwid (2007) pueden ser *defensivas*, orientadas a la reivindicación de los derechos de las/os trabajadoras/es que produce una disminución del conflicto, pero también cuando la economía está en crecimiento surgen las estrategias *ofensivas* orientadas a una redistribución del ingreso. En tanto Spaltenberg (2000) define el accionar entre *defensivas* y *ofensivas*, en donde las primeras son el accionar de las/os trabajadoras/es para mantener la situación actual, como por ejemplo: recomposición salarial, paritarias, bonificaciones y las segundas, en cambio, tienen que ver con conflictos generados en respuesta a decisiones tomadas por el empleador, como despidos, suspensiones.

Como ya se mencionó la Argentina, adhiere a una conceptualización más amplia del conflicto laboral incorporando como estrategia colectiva de resistencia no sólo las huelgas sino también otro tipo de situaciones como: manifestaciones, bloqueos, ocupaciones, cortes, marchas (Montenegro Loewy y Rocca, 2018). En la misma línea la OIT (1993) define al accionar colectivo como las huelgas y otras acciones conflictivas. La huelga es: “una interrupción temporal del trabajo efectuada por uno o varios grupos de trabajadores con objeto de obtener reivindicaciones o rechazar exigencias o expresar quejas o de apoyar las reivindicaciones o las quejas de otros trabajadores” (OIT, 1993, p. 2).

Es importante mencionar que las estadísticas sobre estos conflictos son herramientas fundamentales para caracterizar la dinámica de las relaciones del trabajo que en cada país es medida por organismos gubernamentales especializados. Estas estadísticas son recabadas en el ámbito internacional y cada país utiliza la metodología o aporta el abordaje teórico que mejor se adecua a sus tradiciones. Las fuentes de información utilizadas para recabar los datos necesarios para elaborar las estadísticas son diversas y dependen de los datos que se intenten medir (Montenegro Loewy y Rocca, 2018).

En la Argentina la fuente principal de información utilizada son los medios de prensa, incluyendo los medios de comunicación masiva y páginas de internet de los sindicatos. Se recaba la información de alrededor de 140 medios de prensa con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible y hacer visible las diferentes características existentes entre las provincias y dentro de ellas. Como la elaboración de datos en Argentina proviene del relevamiento realizado por entes especializados que definen sus estrategias metodológicas, estas fuentes se denominan “primarias”, también existen las “secundarias” que se recaban a partir de datos originados por otras instituciones (Montenegro Loewy y Rocca, 2018). Más allá del tipo de fuente lo fundamental es que ésta permita comprender el fenómeno que se quiere medir.

Otras características que se deben tener en cuenta para el caso argentino, es que no tienen un límite en la cantidad de jornadas de paro para registrarlas, pero si se limitan a las que tienen como mínimo dos trabajadoras/es. Así también, se delimita el alcance de estas cuando excedan dos meses entre dos conflictos, cambian los actores intervinientes o se modifica el reclamo (Montenegro Loewy y Rocca, 2018).

En tanto, si se habla de huelgas es importante señalar la frecuencia, tamaño y duración, duración de la misma, utilizando el estudio de Shorter y Tilly (1985) que cita Montenegro Loewy y Rocca (2018) para su definición: la frecuencia, es la cantidad de huelgas; la duración, la cantidad de jornadas no trabajadas; y el tamaño, la cantidad de trabajadoras/es participantes.

En tanto Argentina realiza una combinación de estos indicadores: la frecuencia, se mide en “cantidad de interrupciones de trabajo” y los números de conflictos con paro; la duración, mide “jornadas individuales no trabajadas” multiplicando la cantidad de trabajadoras/es intervinientes por la cantidad de jornadas laborales durante el conflicto; y el tamaño, cuenta las/os trabajadoras/es que se encuentren directamente involucradas/os en el conflicto.

Como ya se ha mencionado la Argentina también identifica otras acciones colectivas diferentes al paro, que según el Ministerio de Trabajo pueden ser agrupadas teniendo en cuenta dos rasgos

distintivos: por un lado, el **discursivo** (teniendo en cuenta la palabra como estrategia de acción), entre las que se encuentran incluidas, “declaraciones organizativas” (modificaciones en la organización del colectivo), anuncio de la fecha del paro y de las acciones a llevar a cabo, entre otras. Por otro lado, las acciones que implican la **presencialidad**, en donde se desplaza un colectivo de trabajo cortando (o no) la circulación de la población. Dentro de este grupo se incluyen: protestas, acampes, concentraciones, movilizaciones, quites de colaboración, cortes, bloqueos, tomas, entre otras (Montenegro Loewy y Rocca, 2018).

Las acciones colectivas mencionadas también se pueden distinguir de acuerdo con la definición de Tarrow (1997) entre **disruptivas** y **convencionales**. Identificando las **disruptivas** como las que rompen la rutina habitual de las/os actores y las **convencionales**, que son las que se institucionalizan con el correr del tiempo y son aceptadas por las/os actores involucradas/os. En tanto, también señala el autor, que el actuar colectivo puede convertirse en violento cuando se ataca a las personas, se rompe la propiedad privada y por lo general sucede en grupos pequeños que no tienen los recursos para visibilizar las demandas, utilizando este método para que se escuchen sus reclamos provocando así la deslegitimación de la petición.

Es importante mencionar que los conflictos laborales del subsector público presentan diferencias sustanciales con los que se presentan en el ámbito privado, ya que en el estado se cumple una doble función, tanto de mediador como empleador, transformando la negociación tripartita que mantiene la lógica de negociación en el sector privado (Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011).

Retomando a Spaltenberg (2000), en el ámbito público las/os trabajadoras/es se sienten con mayor estabilidad que en el ámbito privado por esto las condiciones para la organización sindical y las medidas de fuerza difieren de un sector a otro, por lo tanto, al decidirse una medida de fuerza suele ser de menor riesgo llevarla adelante en el ámbito estatal. No solo esto sino también menciona que el estado es el lugar propicio para la organización sindical por la cantidad de personal y porque los sindicatos sólo deben negociar con un empleador pudiendo unificar las medidas de acción ante los reclamos.

Es significativo resaltar que los conflictos en el sector de servicios (como es el caso de salud) tienen características diferentes a los que se producen en otras ramas, ya que pueden impactar en los servicios esenciales y por consiguiente, puede verse afectada la sociedad en su conjunto. Esto genera que los reclamos, en muchas situaciones, no sean legitimados por la comunidad (Gil Rivero, 2012). En la misma línea, Aspiazu (2010) señala que, como la rama de la salud pública en Argentina absorbe a una gran cantidad de población (que se encuentra en situación de

vulnerabilidad), se produce un impacto social muy importante y cuando surgen conflictos se afectan directamente servicios fundamentales.

Siguiendo la línea argumentativa Tilly (1978), retomado por Aspiazu (2010), menciona que si bien la huelga es una acción apropiada por todos los sectores, en el ámbito de la salud suele ser un método eficaz para realizar un reclamo, por la efectivización inmediata en atención a la afeción de los derechos de las/os ciudadanas/os, provocando un dilema ético en las/os trabajadoras/es del sector y una polémica en la sociedad porque afectan derechos de terceros.

Capítulo 2. El sistema de salud argentino y sus características principales

Para conocer algunas características de la actividad en la que está inmersa la organización, que es eje de nuestra investigación, se comienza por describir cómo se encuentra conformado el sistema de salud de la Argentina. Entendiendo al sistema de salud con la definición retomada por Aspiazu (2010) de la Organización Mundial de la Salud como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población, dando atención tanto de forma preventiva como asistencial".

Es necesario realizar una breve reseña del sistema de salud en la Argentina para conocer el contexto macroeconómico y social de la institución porque esta produce efectos directos sobre la misma y afecta las Cymat de las/os trabajadoras/es (Clerc, 1987; Neffa, 1989).

En los apartados siguientes, se realiza una breve reseña del sistema de salud en la Argentina; posteriormente, se describe el subsistema de salud público argentino, su composición y representación sindical; seguidamente, se mencionan los hospitales de autogestión; y finalmente, se especifican las características de la organización de alta complejidad del conurbano sur, base de la presente investigación.

○ 2.1. Reseña del sistema de salud

▪ 2.1.1. Breve historia

El sistema de salud en la Argentina para llegar a lo que es hoy en día, pasó por cuatro (4) diferentes etapas: la primera hasta el año 1945 denominado "*descentralizado anárquico*", durante el periodo 1945 a 1955 el modelo "*centralizado*", desde el '55 al '78 llamado "*descentralización del sistema*" y por último, del '78 en adelante "*descentralización fiscal motivada por objetivo de corto plazo*" (Acuña y Chudnovsky, 2002).

En el primer período, el sistema de salud era muy frágil y sólo se limitaba a atender las necesidades puntuales, de manera individual y a corto plazo, con escasa vinculación entre las instituciones. El segundo período, con la aparición del peronismo, se cambia el paradigma y se impulsa la atención médica universal creando más hospitales y centros de salud, también se da impulso a la asociación solidaria de las organizaciones gremiales, que se reagrupan por ramas de actividad, surgiendo así las obras sociales. Asimismo, se expande el subsistema público para generar un acceso más equitativo a la salud, sobre todo de los sectores más vulnerables. En el tercer período, con la caída del peronismo, se vuelve a cambiar la concepción de universalidad comenzando con una transformación basada en la descentralización del sistema desde la nación hacia las provincias o municipalidades y el último período, continúa con la necesidad del traslado de los hospitales a jurisdicciones con jerarquía inferior, firmando algunos convenios entre la Nación, Provincias y Municipios para trasladar 65 hospitales a distintas jurisdicciones, pero sin los recursos para financiarlos (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Esta transformación basada en la descentralización se vio profundizada en la década del 90 con la intención de hacer más eficiente el sistema y reducir el gasto que generaban. Asimismo, se acentuó la necesidad de la integración de la sociedad en las decisiones y se instaló en la población la idea que las privatizaciones mejorarían la calidad de atención. En esta implementación se transfirió la responsabilidad del presupuesto, los recursos y administración desde el nivel nacional hacia el provincial o municipal, haciéndose efectivo a través de la transferencia de los hospitales de la órbita nacional hacia las provincias donde se encontraban situados o a la órbita del municipio. Además, se les dio impulso a los hospitales públicos de autogestión materializados a partir del decreto 578/93 y la creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (Acuña y Chudnovsky; 2002; Cao et al, 2007; Demarche, 2004; Lanari 2010).

▪ 2.1.2. Composición del Sistema de Salud

Habiendo realizado una breve reseña del Sistema de Salud en la Argentina es importante describir los componentes principales que conforman el sistema para entender la complejidad de este.

Este sistema de salud está integrado por tres subsistemas: el público, el privado y el de obras sociales (Ariovich y Crojethovich, 2015; Aspiazu, 2010, 2017; Belló y Becerril- Montekio, 2011; Demarche, 2004; Lanari, 2010). El primero, es el que brinda atención a la población sin cobertura social o con escasos recursos económicos para poder hacer frente a una consulta privada, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud con dependencia municipal, provincial y nacional. Este subsistema está subordinado a la órbita del Ministerio de Salud Nacional (Acuña

y Chudnovsky, 2002; Aspiazu, 2010, 2017; Belló y Becerril- Montekio, 2011; Demarche, 2004; Lanari, 2010).

En tanto el subsector de obras sociales, se financia a partir de los aportes de las/os asalariadas/os y su grupo familiar, ya sea por rama de actividad de ocupación, por la obra social de empleadas/os públicas/os o por la cobertura de salud del instituto nacional de servicios sociales de jubilados y pensionados que a través del Programa de Atención Médica Integral, P.A.M.I, que cubre a jubiladas/os y pensionadas/os, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, INSSJP (Aspiazu, 2010, 2017; Belló y Becerril- Montekio, 2011). Dentro de este subsistema, se encuentran las instituciones de obras sociales sindicales, personal de dirección de empresa, obras sociales que se encuentran enmarcadas en la Superintendencia de Servicios de Salud, S.S.S, las obras sociales provinciales y otras obras sociales que no se enmarcan en los dos grupos anteriores, como las fuerzas armadas y las de universidades (Demarche, 2004).

En referencia al subsector privado, es el que brinda cobertura a las/os profesionales independientes o particulares a partir de un pago mensual. Dentro de este, se aglutinan todos los establecimientos de salud con o sin fines de lucro y las prepagas (Aspiazu, 2010, 2017; Belló y Becerril-Montekio, 2011; Lanari, 2010).

El coordinador de toda la red de salud es el Ministerio de Salud de la Nación que normatiza, planifica y evalúa las acciones que se desarrollan en todo el territorio nacional. De todas maneras, es una intervención escasa por la progresiva descentralización realizada en las órbitas provinciales de todos los servicios de salud (Aspiazu, 2010; Belló y Becerril-Montekio, 2011), gestada en la base de la transferencia de los hospitales nacionales hacia una gestión provincial y municipal y el impulso de Hospitales de Autogestión como se mencionó anteriormente (Demarche, 2004)

A modo de resumen, los autores coinciden que el sistema de salud en la Argentina se encuentra dividido en tres subsectores: el Público, el Privado y el de las Obras Sociales, que intenta tener una cobertura universal para la población a partir de los diferentes subsectores, todos coordinados por el Ministerio de Salud de la Nación y los diferentes ministerios provinciales y secretarías de salud de las localidades.

En el apartado siguiente se abordará el Subsector Público describiendo algunas de sus características y composición.

○ **2.2. Sistema de Salud Público en Argentina**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, dentro del sistema de salud argentino existe un subsector público, que se encarga de otorgar cobertura social a las personas con bajos recursos, sin cobertura social o las/os que no pueden hacer frente al gasto de una prestación (Lanari, 2010). Es el único que contiene a la población más vulnerable (Medina y Narodowsky; 2015). Cubre aproximadamente al 30% de la población, principalmente a las personas de bajos ingresos. Las instituciones que lo componen se encuentran distribuidas, principalmente, en las regiones que no son rentables para los servicios privados (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Este subsistema de salud público refleja la misma descoordinación que el sistema general, ya que se encuentra desarticulado y fragmentado hacia su interior no produciéndose articulación entre las gestiones nacionales, provinciales y municipales (Acuña y Chudnovsky, 2002).

La fragmentación y la escasa coordinación sumadas a los escasos recursos asignados provocan no sólo una baja calidad en la atención de las/os pacientes, sino también influyen en las condiciones de trabajo de las personas por los bajos salarios, la precaria infraestructura, la falta de mantenimiento edilicio, como consecuencia de la falta de presupuesto y la precarización de contratación (Medina y Narodowsky, 2015).

Los bajos salarios son determinantes, por esto una particularidad importante que tiene este subsector es el pluriempleo, ya que las/os profesionales y las/os técnicas/os, prestan servicios en el ámbito privado y a su vez, en el público (Acevedo et al, 2014; Acuña y Chudnovsky, 2002; Aspiazu et al, 2011, 2017; Horrac et al, 2011, 2010; Lanari, 2010).

Este subsistema está administrado por los Ministerios de Salud Nacional, Provincial y Municipal, en tanto el ministerio de la Nación ejerce la coordinación general, pero con poca intervención, ya que la responsabilidad principal la tienen las jurisdicciones a partir de la reforma realizada en los años '90. El Ministerio de Salud Nacional realiza la planificación y coordinación y tiene a su cargo de forma directa algunos hospitales nacionales e institutos de salud y hospitales autogestionados que poseen una financiación compartida por diferentes niveles de gobierno (Acuña y Chudnosvky, 2002; Aspiazu, 2010). También cuenta con diversos organismos descentralizados: como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Como se ha mencionado, la reforma impulsada en el subsector público se materializó en la década de los '90; por un lado, con el traspaso de los hospitales y, por otro lado, con un intento de modificar la gestión de los hospitales públicos a través de la implementación de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión que procuraban el recupero de los recursos a través del cobro de las prestaciones a las obras sociales de sus afiliadas/os que son atendidas/os en el hospital (Acuña y Chudnovsky, 2002).

▪ **2.2.1. Hospitales Públicos de Autogestión**

Dentro de la reestructuración del sistema de salud se crea el registro de los hospitales de autogestión por Decreto 578/93 (Crojethovic y Ariovich 2008; Demarche, 2004). Este registro habilita a las gestiones nacionales, provinciales y municipales a inscribir hospitales públicos como descentralizados que se registrarán por sus propias normas. En tanto, ya existía por Ley 17.102 el Sistema de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) que se dicta para poner mayor énfasis en la posibilidad de autonomía de las Instituciones Sanitarias, frente al dictado de sus propias normas para la administración de sus recursos financieros, de personal y la atención a las/os pacientes (Demarche, 2004).

En esta figura de Hospital Público de Autogestión, se intenta coordinar una red entre el subsector público y el privado para una cobertura universalista en donde las obras sociales deben pagarle a los hospitales públicos por la atención a sus afiliadas/os. Además, se establece que toda persona que se atendiera en esas instituciones debe tener siempre un financiamiento, cualquiera sea (Acuña y Chudnovsky, 2002, Crojethovic y Ariovich 2008). Esta visión integralista es tomada de la propuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que sostenía que para lograr combatir las desigualdades existentes era necesario modificar la estructura de los hospitales tradicionales y constituir una red amplia que permitiera que mayor cantidad de población tuviera cobertura en salud, haciendo más eficiente y equitativo el sistema (OPS, 2011).

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires también se reglamenta la Ley 11.072 en el 91 con el espíritu de dotar de mayor autonomía a los hospitales, en las decisiones presupuestarias y de recursos, con el fin de lograr una atención más eficiente y de calidad. Por esto con la Ley mencionada se atribuía a los hospitales poder de decisión frente al manejo general del personal y la administración (Medina y Narodowsky, 2015).

▪ **2.2.2. Hospitales Autogestionados SAMIC**

A pesar de que los centros hospitalarios son altamente valorados, reconocidos y respetados por la sociedad, la población en general presenta quejas relacionadas con la atención que se brinda, el mantenimiento edilicio de los nosocomios y las deficientes condiciones en las que trabajan las/os profesionales de la salud, por esto la OPS, fomenta una transformación para lograr la eficiencia de los centros hospitalarios. Para lograr esta transformación sostiene que es necesario incorporar un nuevo paradigma en la gestión hospitalaria orientada a la integración de los diferentes centros de salud que la conforman, para obtener la satisfacción tanto de las/os pacientes como de las/os trabajadoras/es (OPS, 2011).

Esto se viene llevando a cabo desde la conferencia Alma Ata en el año 1978 que cambia la visión del hospital tradicional hacia una mirada integral para reducir desigualdades y lograr mayor eficacia en el sistema, introduciendo la mirada de la Red de Servicios Integrales de Salud (RSIS), que son redes de organizaciones que prestan servicios equitativos a una determinada población, con la participación de todas las organizaciones que la conforman, con un enfoque de integralidad hacia las personas que forman parte de las mismas dentro de un contexto cultural, social y económico. Es fundamental tener en cuenta que para lograr esta transformación es necesario incorporar las experiencias y capacidades de los/as trabajadoras/es sino no se contará con el empuje necesario para lograr la transformación (OPS, 2011).

Así también menciona la OPS (2011), que este sistema está orientado hacia la seguridad del paciente y las/os trabajadoras/es dentro de un entorno, siendo el hospital uno de los componentes de esta red que debe satisfacer las necesidades de la comunidad, coordinando con el resto de los efectores. El hospital en red, "... debe responder en red a la ciudadanía, en términos de satisfacción de expectativas sobre el nivel de salud al que aspira como sociedad y al tipo de sistema que desea" (pag. 87). En tanto el "hospital del futuro" que se propone, es una organización en red con una gestión más flexible y autogestionada para poder administrarlo desde adentro y lograr impulsar los incentivos y asignaciones que permitan motivar a las/os profesionales de la salud a la participación y compromiso con la institución (OPS, 2011).

Como antecedente Nacional de este impulso hacia la modificación de la gestión en salud se crea, con la Ley N° 17.102, a los Hospitales Autárquicos de los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), siendo su característica distintiva la integración de la comunidad en las acciones sanitarias que se lleven a cabo en el contexto social en el cual se encuentran inmersos (Bonpland, 2018; Demarche, 2004).

Estos hospitales deben dictar sus propios estatutos que son aprobados por el Poder Ejecutivo Nacional (PEN), configurando a partir de este, una constitución provisoria por tres (3) años que pasado ese periodo se procede a ratificar, a través de un Decreto Nacional, su constitución de manera definitiva a través del acuerdo de partes. En el estatuto se deben establecer algunos aspectos mínimos: el Consejo de Administración, que es el órgano rector del establecimiento; el Director Ejecutivo, médico, que es el director de la organización; el estatuto de personal; la asistencia técnica y definir la población a cargo, el control y la atención que se le brindara a las/os pacientes. (Bonpland, 2018).

De acuerdo con lo citado por Bonpland (2018), hasta ese momento existían siete (7) establecimientos de esas características inscriptos bajo la normativa SAMIC que dependen directamente del Ministerio de Salud de la Nación, esta dependencia solo significa que se establece el sistema SAMIC y su configuración de establecimientos interjurisdiccionales, es decir, que tienen una composición financiera mixta por varias jurisdicciones. Estas Instituciones son: El Hospital Presidente Néstor Kirchner SAMIC y el Hospital Dr. René Favaloro, ambos cofinanciados por el Ministerio de Salud de la Nación, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de la Matanza; el Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner SAMIC, cofinanciado por el Ministerio de Salud de la Nación, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de Cañuelas; el Hospital Alta Complejidad “Marta T. Shwarz” SAMIC con financiación del Ministerio de Salud de la Nación y el gobierno de la Provincia de Misiones; el Hospital de Alta Complejidad “El Calafate” SAMIC financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, el gobierno de la Provincia de Santa Cruz y el Municipio de Calafate; El Hospital de Pediatría SAMIC “Profesor Dr. Juan P. Garrahan” financiado por el Ministerio de Salud de la Nación y el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Hospital de Alta Complejidad en Red “El Cruce” – Dr. Nestor Carlos Kichner SAMIC financiado por el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

○ ***2.3. Composición y representación sindical de la Salud Pública***

Como se ha citado, el deterioro de las condiciones de trabajo del sector salud comienza en la década de los '90 con la descentralización de los hospitales a las esferas provinciales o municipales. Debido a este traspaso que fue realizado sin el financiamiento necesario y sumado al aumento de demanda en la atención de pacientes, produjo una disminución en la calidad de las prestaciones y en las condiciones de empleo de las/os trabajadoras/es, en las modalidades de contratación y en la precarización del empleo. Esto dejó consecuencias en el sector sobre todo

en remuneraciones variables y en la flexibilidad laboral (Aspiazu, 2010, 2016; Aspiazu et al, 2011).

Un rasgo particular del sector es la presencia femenina que alcanzaría a más del 70% de las/os profesionales de la salud, sucede principalmente en puestos de cuidado y con magras remuneraciones (Abramzón, 2006; Aspiazu, 2010, 2016; Aspiazu et al, 2011; Novick, 2003). Esto se ha ido modificando en la actualidad porque en las profesiones culturalmente identificadas para hombres, como cirugía, traumatología, hoy en día la cantidad de mujeres pasó de un 25% de egresadas al 56% y la inversa ha sucedido en la carrera de enfermería que los estudiantes varones pasaron del 3% al 22% (Aspiazu et al, 2011).

En cuanto a la composición del empleo, el 41 % de las/os profesionales de la salud pertenecen al ámbito público (Aspiazu et al; 2011), de estos el 36% son profesionales, 34% son técnicas/os, el 21 % operarias/os y 9% sin calificación (Aspiazu, 2017); por consiguiente, hay una dispersión muy importante en la representación de las/os trabajadoras/es generando una estructura sindical compleja. Atendiendo al sector público, podemos mencionar que las/os no profesionales concentran su representación en ATE, Agrupación de Trabajadores del Estado y UPCN Union del Personal Civil de la Nación y las/os profesionales médicas/os tienen una gran cantidad de asociaciones por especialidad, áreas geográficas, las más representativas son: Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA) y la Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA) (Aspiazu et al, 2011).

Existe en Santa Fe el Sindicato de Profesionales Universitarios de la Sanidad (SIPRUS), en Córdoba la Unión de Trabajadores de la Salud, que representa a profesionales y no profesionales, en Buenos Aires la Asociación de Profesionales de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y el Sindicato de Salud Pública (SSP), que representa a las/os no profesionales en su mayoría (Aspiazu et al, 2011, 2016; Aspiazu, 2010), en Neuquén, el Sindicato de Enfermeros de Neuquén (SEN) (Beleira, 2012, 2016), entre otros. En tanto, en el sector privado las/os profesionales del sector están representadas/os por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad de la República Argentina (FATSA) y la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), que se divide por distritos (Aspiazu, 2016).

Otro rasgo característico del sector, como señala Yabkowski (2012), es que posee organizaciones pluri-profesionales por ramas de actividad, a diferencia de los países de la región. Un ejemplo es la CICOP que tiene alrededor de 11.000 afiliadas/os de las/os cuales, si bien el 75% son

médicas/os, el otro 25% tiene la participación del resto de las/os profesionales de la salud, como licenciadas/os en enfermería, psicología, trabajo social, entre otras. Así también mencionó que la FESPROSA, fundada en 2005, el 60% son profesionales médicas/os. Ambas son organizaciones con un accionar exitoso y con estructuras no tradicionales.

Habiendo caracterizado la composición y representación sindical del subsector de la salud pública y a modo de resumen los diferentes autores han expresado, que es un subsector fragmentado y desarticulado entre los diferentes niveles de gestión (nacional, provincial y municipal). Además, es muy heterogéneo respecto a la composición de las/os trabajadoras/es, existe mucha diversidad respecto a los puestos, categorías, ocupaciones y salarios como consecuencia de la administración descompuesta en diferentes niveles de jerarquía y cada una tiene distintos escalafones y sistemas de remuneraciones, haciendo que la fragmentación existente hacia afuera exista también hacia adentro del subsector.

En el apartado siguiente se hace una breve descripción de la institución que se aborda en la investigación para contextualizar al lector e introducirlo en algunas especificidades de la organización estudiada.

○ **2.4. Organización estudiada**

En los inicios, la Institución investigada se proyecta como un Hospital para cubrir las necesidades vacantes de la región de una población conformada por más de 2.000.000 de personas. Para dar respuesta a las patologías graves que no estaban satisfechas por el resto de los servicios de salud de la zona. Estas patologías de alta complejidad eran, en forma habitual, derivadas a La Plata o Capital Federal. Por este motivo, se impulsa la creación de una organización en red de alta complejidad, que se financiará con presupuesto nacional, aunque inicialmente se proyectara como de jurisdicción provincial (Medina y Narodowsky, 2015).

En la definición de alta complejidad en red, se establece que recibiría pacientes derivadas/os de los centros de salud de la zona que conforman la red de cobertura, que son siete (7) hospitales públicos: Mi Pueblo de Florencio Varela, Isidoro Iriarte de Quilmes, Lucio Melendez de Adrogué, el de Burzaco Dr. José Jorge, Evita Pueblo de Berazategui, el Oñativia de Almirante Brown y el Centro Integral de Salud y Rehabilitación Julio Mendez de Bernal (Heim et al, 2017); es decir, era una organización no tradicional que trabajaría con derivaciones y no aceptaría la demanda espontánea de la comunidad porque desvirtuaba la esencia para la cual fue proyectada (Medina y Narodowsky, 2015).

Entonces, se establece una Institución de Alta Complejidad en el Conurbano Sur que venía a cubrir los sectores de salud vacantes y así poder generar una cobertura más integral para la región y evitar los traslados hacia otras ciudades. De todas maneras, para lograr una organización especializada con profesionales de alta experiencia y especificidad para atender patologías severas, era necesario pensar una estructura más flexible en su administración de los recursos financieros, humanos y administrativos. No se podía incorporar a personal altamente especializado con bajos salarios y escaso desarrollo de carrera, porque no se generaría la calidad de atención a la que la gestión aspiraba. Para llevar a cabo el nuevo proyecto se tomó como ejemplo el Hospital Garrahan y se incorporó la organización dentro de la Ley 17.102/66 porque se podría obtener un manejo amplio en las decisiones de personal y administración (Medina y Narodowsky, 2015), porque estos organismos son autárquicos y dictan sus propias normas (Bonpland, 2018; Medina y Narodowsky, 2015).

La institución se inauguró el 9 de octubre de 2007 con algunos servicios, que con el pasar del tiempo se fueron organizando y reestructurando para incorporar de a pocas áreas administrativas, equipamiento, profesionales y todos los servicios con los que cuenta hoy en día (Medina y Narodowsky, 2015).

La institución fue creada a través de un convenio firmado el 29 de mayo de 2008 entre la Nación y la Provincia de Buenos Aires aprobado por Decreto Nacional N° 9/09 y por Decreto Provincial N° 3386/08. Después del periodo de provisionalidad fue aprobado definitivamente por el Decreto 2520/15, en el que se establece el financiamiento mixto del 70% de la Nación y 30% de la Provincia de Buenos Aires.

En esta constitución definitiva se aprueba la estructura orgánica funcional y se establece la conformación del Consejo de Administración con dos (2) consejeras/os en representación de la Nación, dos (2) consejeras/os de la Provincia de Buenos Aires y por último, dos (2) consejeras/os en representación de la Universidad Arturo Jauretche. Este cuerpo colegiado administra los recursos de la organización, dicta las normas internas, gestiona los recursos humanos (designación, bajas, pases a planta, escalafón) y la distribución de los recursos presupuestarios, entre otras funciones. Además, este consejo designa al Director Ejecutivo que es quien sugiere, a su vez, las personas que deben ocupar las direcciones asociadas: Dirección Médica, Dirección de Infraestructura, Dirección de Administración y Operaciones, Dirección de Enfermería, Dirección de Gestión de Pacientes y Dirección de Servicios Técnicos Asistenciales, según Decreto 2520/15.

De la Dirección Ejecutiva dependen: una secretaria privada, el área de mesa de entradas y archivo y de once (11) áreas de apoyo que asesoran a la dirección en diferentes temáticas. La Dirección de Administración y Operaciones se conforma de seis (6) áreas administrativas y de apoyo. La dirección médica coordina todos los servicios asistenciales de las diferentes prestaciones que brinda el hospital, tiene veintiún (21) servicios que dependen de ella. También consta de una Dirección de Servicios Técnicos Asistenciales que se constituye de nueve (9) servicios técnicos de apoyo, la Dirección de Infraestructura y Tecnología que se ocupa de la asistencia frente a temáticas de mantenimiento edilicio, equipamiento médico, contando con cuatro (4) áreas, la Dirección de Gestión de Pacientes que tiene tres (3) servicios que se dedican a la atención de pacientes tanto ambulatorios como con internación; y por último, la Dirección de Enfermería que engloba a todas/os las/os enfermeros/as del hospital y se compone en dos (2) áreas, de acuerdo a lo descrito en el Anexo II del Decreto 2520/15².

En todas las áreas/servicios nombrados se distribuyen los 1700 profesionales y no profesionales que conforman el personal del hospital. Entre estos, hay diferentes modalidades de contratación: pasantes, becarios/os - residentes, personal de planta y contratadas/os. Hay alrededor de 1100 personas en planta permanente, 300 contratadas/os, 10 pasantías y las/os restantes son residentes y becarios. También debemos mencionar que los servicios de limpieza, comida y mantenimiento son servicios externos al hospital, los/as trabajadoras/es no son parte del personal de la institución, sino que pertenecen a personal de las empresas contratadas, pero que realizan sus actividades interactuando de manera constante con las/os profesionales del hospital (entrevistada 1).

Como se ha mencionado, la normativa que rige la organización es el Decreto 2520/15, en el cual se establecen no sólo las funciones rectoras de la institución sino también se aprueba el Estatuto de Personal, en cual se establecen el Régimen de Personal, el Sistema Escalafonario y de Carrera, Régimen de Licencias, justificaciones y franquicias, Régimen de Selección, Régimen de Evaluación de Desempeño Laboral y Procedimiento Sumarial y Presumarial.

Cabe señalar que al ser una institución que presta servicios de salud de alta complejidad y contar con camas de internación se encuentra en funcionamiento las 24 hs del día los 7 días de la semana; por consiguiente, las/os trabajadoras/es poseen diferentes jornadas laborales para cubrir las 24 hs que requiere la organización.

²<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=B184FEE5C0AD29B3CBA6A222BE2DC218?id=255967>

En el régimen de personal se establece que la jornada laboral será de hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales y no inferior a doce (12) horas, existiendo una gran cantidad de jornadas diferentes requeridas, dependiendo del servicio al cual pertenecen las/os trabajadoras/es. En su mayoría, las/os administrativas/os poseen cuarenta (40) horas semanales, las/os profesionales asistenciales (por ejemplo: médicas/os, kinesiólogas/os, licenciadas/os en quirófano) poseen dos modalidades: las/os de horas de planta y las/os profesionales de guardia. En tanto las/os profesionales de planta realizan jornadas de lunes a viernes de forma continua, desde doce (12) horas pudiendo extenderse hasta las cuarenta y ocho (48) horas; y el personal de guardia que realiza jornada de doce (12) horas continuas y descansa otras doce (12) (Decreto 2520/15).

Asimismo, las/os profesionales de enfermería realizan jornadas de seis (6) horas las/os que prestan servicios los días de semana de lunes a viernes, distribuidos los horarios de: 00-06 hs, 06 – 12hs, 12-18 hs y de 18 a 24 hs, en tanto también están las/os llamadas/os “franqueras/os” que realizan sus tareas los días sábados, domingos, feriados y días no laborales que se establezcan, cumpliendo una jornada de doce (12) hs, de 6 a 18 hs y de 18 hs a 6 hs.

En la organización las/os representantes sindicales existentes son: Sindicato de Salud Pública (SSP) y la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) ambos con personería gremial y jurídica, la Asociación de Profesional del Hospital El Cruce (APHEC), que posee personería gremial y no la jurídica y también surge en el periodo de pandemia Autoconvocados del HEC, sin representación gremial. Según entrevistas realizadas a los representantes de las diferentes asociaciones gremiales presentes en la organización, las reuniones paritarias convocadas por los sindicatos no se encuentran enmarcados aún en un convenio colectivo de trabajo (CCT), sino que se realiza la gestión directamente desde los representantes con las autoridades del Hospital y se fijan las pautas salariales y se discuten las cuestiones el personal en esas mesas de negociación intrahospitalarias.

Es importante resaltar esta particularidad ya que la organización investigada rige sus salarios y escalafón conforme a sus propias normas a partir de lo establecido en el Decreto 2520/15, faltando la redacción de los funciones, tareas y responsabilidades de cada puesto de trabajo, siendo fundamental para poder determinar la diferencia que siempre existe entre las tareas descriptas y las realmente ejecutadas por las/os trabajadoras/es, que afecta la organización y contenido del trabajo. (Dejours, 1998; Gernet y Dejours, 2012, 2014).

Capítulo 3. Antecedentes de las condiciones de trabajo en el sector salud durante la pandemia

Considerando que la situación de emergencia sanitaria se declaró en nuestro país el día 16 de marzo del año 2020 y aún hoy continuamos en esta situación, es necesario describir/citar que durante este período se fueron atravesando diferentes escenarios, etapas y estadios que tuvieron características diversas y comunes, a la vez, en cuanto a la coyuntura en la que fue transcurriendo la pandemia. Principalmente uno de los factores que más influyó en marcar las diferentes etapas fue el grado de incertidumbre que acompañó este periodo.

Para este trabajo de investigación se definen dos etapas para el período a analizar: un Primer Período comprendido desde el 20 de marzo del año 2020 al 30 de septiembre del año 2020 y un Segundo período desde el 1 de octubre del año 2020 al 31 de mayo del año 2021.

Los factores y condiciones a tener en cuenta para definir ambos períodos son:

- En el Primer Período: El grado de incertidumbre fue muy alto dado por el desconocimiento sobre el comportamiento del virus Covid 19 y la modalidad de contagio, la cantidad de casos positivos en el mundo y en nuestro país y la cantidad de muertes por Covid 19, por la escasez de elementos para protección personal para los equipos de salud y para la población, el desconocimiento sobre los tratamientos posibles y las medidas de cuidado implementadas por el gobierno ASPO, entre otros.
- En el Segundo Período: El grado de incertidumbre fue reduciéndose: por la posibilidad efectiva de tener una vacuna y contar con ella en nuestro país a partir del mes de diciembre 2020 de forma progresiva, con prioridad para el personal de salud trayendo tranquilidad al sistema sanitario y a la población. Por el avance en el conocimiento de tratamientos efectivos y en la modalidad de comportamiento del virus, por la reducción de contagios y de muertes. Por tener mayor disponibilidad de los EPP para los equipos de salud y para la población.

En el presente apartado se describen y analizan las investigaciones encontradas referidas a las Cymat en el Sector de Salud, señalando que existe muy poca bibliografía en el ámbito local y más escasa aún si se hace referencia al Subsector Público.

Los estudios encontrados tienen un enfoque orientado hacia las afecciones psicológicas y mentales padecidas por las/os trabajadoras/es como consecuencia de la pandemia. Todos estos poseen en su mayoría una metodología cuantitativa que aportan estadísticas y números referidos a la cantidad o porcentajes de personas del ámbito de la salud con patologías mentales, siendo

muy limitada la bibliografía con enfoque cualitativo que aborde las percepciones de las/os trabajadoras/es durante este periodo de pandemia.

Después de una exhaustiva búsqueda, se encontró un informe en el ámbito local con metodología mixta (cuali-cuantitativo) de Ortiz et al (2020), realizado durante el mes de abril del año 2020, recién iniciada la pandemia, que tiene como principal objetivo saber cuáles fueron los recursos que se utilizaron para conocer el clima laboral, los tipos de liderazgos, los estilos de comunicación, la modalidad de gestión de los recursos y las metodologías de capacitación para hacer frente al coronavirus. Y cómo lo percibieron las/los trabajadoras/es al ser implementados en instituciones públicas, privadas y de la seguridad social.

En el citado informe se realizaron 5670 encuestas on line y 50 entrevistas semi estructuradas al personal de salud de la Argentina, en el que se arribó que las/os profesionales sienten preocupación ante la falta de EPP, para evitar el contagio propio y, por consiguiente, la transmisión del virus a otras personas. A su vez, se ha generado una situación de estrés ante la estigmatización de ser identificadas/os como posibles propagadores del Covid-19 (Ortiz et al, 2020).

Otro aspecto relevante que resaltaron las/os autores, fue la deficiente comunicación institucional, lenta, escasa y poco clara frente a las novedades epidemiológicas, a pesar de la implementación de un comité de crisis para la discusión de estas. Asimismo, hallaron que no existieron espacios de contención para el personal para poder afrontar la incertidumbre, miedo e inseguridad provocada por el coronavirus, un enemigo invisible del cual poco se conocía y se conoce (Ortiz et al, 2020).

Por otro lado, es importante retomar la investigación de Miota et al (2021), que si bien se desarrolla en el ámbito internacional, tiene un abordaje cualitativo. Se realizó en un centro de salud del Albaicín –Granada, España y tuvo como objetivo conocer la percepción del personal sanitario de ese lugar, presentando similitudes con las percepciones relevadas en el estudio de Ortiz et al (2020). Más allá de que el proceso de trabajo se desarrolla en un contexto diferente, se encontraron sentimientos parecidos en las personas que desarrollan tareas similares. Este trabajo se desarrolló sobre un pequeño grupo de 10 trabajadoras/es del centro de salud ya mencionado durante la primera etapa de la emergencia sanitaria marzo/abril 2020, dando como resultado: que las decisiones se coordinaban en conjunto para establecer cómo se implementarían los protocolos y procedimientos a seguir, a través de reuniones diarias entre los diferentes equipos de profesionales.

Continuando con el informe reseñado, se señala que este periodo se caracterizó por la falta de liderazgo jerárquico, escasez de recursos y por una comunicación institucional deficiente, provocando en algunos casos la disminución en la calidad de atención, sobre todo en las patologías psicológicas, debido a que las/os profesionales de este sector debieron realizar teletrabajo, no se pudo abordar en su totalidad estas afecciones de la población. Cabe mencionar que las falencias institucionales resaltadas, se pudieron suplir para llevar adelante el trabajo diario por la cooperación que se desarrolló entre los equipos de trabajo, la solidaridad entre las/os compañeras/os, la auto-organización y las estrategias colectivas desarrolladas (Miota et al, 2021).

También es importante abordar los análisis cuantitativos realizados en la Argentina que examinan, evalúan e identifican las afecciones mentales sufridas por las/os trabajadoras/es sanitarios durante la pandemia para tener en cuenta la magnitud de los efectos producidos por el Covid-19 en el personal sanitario. Así, el informe realizado por Rivarola Montejano et al (2021) en la provincia de Córdoba, examina las implicancias en la salud mental y si existen diferencias en las afecciones a partir de las variables sociodemográficas sobre ciento sesenta y tres (163) trabajadoras/es de instituciones públicas y privadas durante los meses de julio / agosto del año 2020. Además, se encuentran las investigaciones de: Ferrandino Lamarca (2020), que estudió el burnout en cincuenta y nueve (59) profesionales de la salud desarrollado durante los meses de agosto / octubre del año 2020. Y de Scatularo et al (2021) que evaluó a través de mil doscientas veintiún (1221) encuestas on line, cómo afectó la pandemia en la salud psicofísica y en las condiciones de vida de las/os trabajadoras/es sanitarios, en diferentes instituciones públicas, privadas y de la seguridad social de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA.

Retomando el relevamiento realizado en la provincia de Córdoba, se halló que 44% del personal se sintió discriminado por vecinas/os, compañeras/os y familiares, produciendo a este grupo mayores malestares psicológicos que al resto. Un dato preocupante es que sólo el 26,7% recibió contención psicológica y el resto no tuvo ningún acompañamiento. Asimismo, se desprende del estudio que el 75% ha tenido trastornos de insomnio, el 22% padeció depresión, el 32% sufrió trastornos de ansiedad y el 28,1% tuvo episodios de estrés. En total alrededor del 88% se vió afectado, en mayor a menor medida, por alguna sintomatología relacionada con el estrés. Además, se resalta que el 60% aumentó el consumo de alcohol y el 30% se auto-administró medicación (Rivarola Montejano et al, 2021).

Sin embargo, en referencia a las variables sociodemográficas los autores no encontraron diferencias significativas, se vieron reflejadas el aumento de consumo de tabaco en los hombres y en cuanto a la edad se menciona que la preponderancia de consumo de marihuana es de los más jóvenes y los que más se automedican son los adultos (Rivarola Montejano et al, 2021).

En contraposición con lo afirmado respecto a las variables sociodemográficas, la investigación realizada en Buenos Aires y Capital Federal de Ferrandino Lamarca (2020) encontró que existen diferencias porcentuales entre hombres y mujeres, ya que a pesar de que ambos sufren el síndrome de burnout es más significativo en el sexo femenino, siendo del 94,11% mientras que en el sexo masculino es del 80%. Así también detectó que las/os profesionales de la salud registran altos niveles de estrés, desgaste, frustración personal por la situación enfrentada y que les genera irritabilidad, desmotivación, baja en la calidad de atención y escasa tolerancia a la presión.

Coincidiendo con el estudio de Rivarola Montejano et al (2021), Scatularo et al (2021) encontró que el 40,5% experimentó síntomas de ansiedad, el 22,1% depresión mayor y el 10,9% depresión menor, indicando que el 4,5% de las personas con depresión mayor presentó hasta la idea del suicidio y 38,7% experimentó el síndrome de burnout. También es importante tener en cuenta los cambios en las condiciones de vida: el 10,6% aumentó el consumo de tabaco (o se inició en el consumo) y 22% aumentó la ingesta de alcohol.

Además, los trastornos del sueño se presentaron en un 62,1%, el 21,9% se aisló de su familia por temor al contagio y el 40,4% sufrió discriminación por parte de vecinas/os, compañeras/os y familiares. Así también es importante señalar que algunas personas para hacer frente al estrés provocado por la pandemia, realizó actividad física (25%), otras/os hicieron meditación (16%) y algunas/os se sumergieron en el consumo de alcohol y/o medicación antidepresiva (Scatularo et al, 2021).

Otro dato relevado es que los médicos debieron reorganizar la forma de trabajo implementando el teletrabajo. Un 30,6% sintió ansiedad por esa nueva modalidad, un 51,8% declaró que la institución no tenía los EPP correspondientes y casi el 30% no se sintió segura/o a pesar de la protección (Scatularo et al, 2021).

En los análisis hallados los autores coinciden en afirmar que la comunicación institucional fue deficiente y poco clara a la hora de la notificación de novedades para la implementación de nuevos protocolos y procedimientos de trabajo, produciendo esto incertidumbre y miedo en el personal de salud (Ortiz et al, 2020; Miota et al, 2021). Otro señalamiento importante realizado

en los informes es la escasez de EPP para evitar el propio contagio y el de las/os demás (Miota et al, 2021; Ortiz et al, 2020; Scatularo, 2021)

Así también, coinciden en afirmar que la posibilidad de contagio o propagación del virus hizo al colectivo sentir miedo y otras afecciones mentales por la estigmatización de las/os demás ciudadanas/os como propagadores del virus (Miota et al, 2021; Ortiz et al, 2020; Scatularo, 2021; Rivarola Montejano et al, 2021).

Un dato significativo hallado fue la escasa contención psicológica para el personal de primera línea que ha existido durante la pandemia (Ortiz et al, 2020; Rivarola Montejano et al, 2021). Así también que las situaciones estresantes sufridas de manera constante por el coronavirus produjeron un aumento en el consumo de sustancias, el alcohol en algunos casos, el tabaco en otros, la automedicación y la marihuana, aunque está particularmente en los más jóvenes. (Scatularo, 2012; Rivarola Montejano et al, 2021).

Todas estas situaciones de estrés provocaron en el colectivo de trabajadoras/es sentimientos de depresión, ansiedad y trastornos del sueño (Rivarola Montejano et al; 2021; Scatularo, 2021). No obstante, también emergieron sentimientos positivos como la solidaridad, la cooperación y la sensación de identidad de un colectivo del equipo de salud que permitió establecer estrategias para hacerle frente al Covid-19 a pesar de todas las falencias organizacionales que detallan (Miota et al, 2021; Scatularo, 2021; Rivarola Montejano et al, 2021).

○ **3.1 La situación previa a la pandemia**

Las condiciones de trabajo del personal de salud durante la pandemia del Covid-19 que se han descrito, no son situaciones nuevas, sino que se vienen produciendo desde antes, como se detallan en los párrafos siguientes y que durante este periodo se vieron incrementadas.

Saizar (2015)³ que realiza un estudio cualitativo en tres hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, AMBA, a través de 15 entrevistas abiertas a usuarias/os y a profesionales de la salud y *focus group* a 8 profesionales, presenta similitudes con lo percibido por las/os trabajadoras/es en pandemia tales como: la falta de insumos de gasas, barbijos y de medicamentos, trastornos en el sueño por las extensas jornadas, aumento de las exigencias laborales y la desvalorización de las tareas realizadas. Así también, se menciona la violencia que

³ El objetivo del estudio es entender las similitudes y diferencias en las experiencias entre profesionales y usuarios de hospitales públicos del AMBA (Saizar, 2011).

sufren algunas/os profesionales de la salud por las/os pacientes o familiares, cuando no están los insumos disponibles o el equipamiento está deteriorado.

Crojethovic (2011)⁴ en su investigación cualitativa realizada en 4 hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires revela, que las/os profesionales de la salud a pesar de sufrir una falta de reconocimiento institucional por las tareas cotidianas, las excesivas jornadas laborales y la intensidad de trabajo, permanecen trabajando en la institución debido a que conforman una identidad colectiva de salud entre compañeras/os basados en la colaboración, confianza y la solidaridad.

En la misma línea de análisis, Acevedo et al (2014)⁵ realiza un informe de las **CyMat** en los hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, en el cual se afirma que de las/os trabajadoras/es, un 36% tienen una jornada laboral muy extensa porque tienen dos empleos. Encuentra también que la percepción a la exposición de los riesgos laborales es muy alta, siendo casi del 80% para riesgos biológicos (como virus) y químicos (antisépticos, alcohol). Se menciona también que sufren por posiciones incómodas, por estar de pie durante mucho tiempo, por llevar cargas pesadas y por estar en constante desplazamiento. En tanto a las afecciones declaradas frecuentes por las/os propias/os trabajadoras/es están: las osteoarticulares, obesidad, lumbalgias y también problemas de salud mental como: trastornos del sueño (insomnio), depresión, agotamiento psicológico y mal genio, vinculado al estrés por la atención permanente de pacientes, las escasas horas de descanso y la intensidad de las tareas.

En el apartado siguiente se analizará cómo se desarrollaron las estrategias y las acciones colectivas para suplir todas las falencias institucionales (falta de recursos, de contención psicológica, de comunicación eficiente y poco clara) detectadas durante el periodo de pandemia y como las/os trabajadoras/es se organizaron para realizar las demandas correspondientes y el rol de las/los representantes sindicales en este periodo.

○ *3.2. Estrategias de acciones colectivas desplegadas durante la pandemia*

En este apartado se desarrollarán las acciones colectivas desplegadas para afrontar las falencias institucionales sufridas por las/os trabajadoras/es de la salud durante la pandemia. En dirección a reseñar la conflictividad laboral en este periodo, se tomó a Basualdo y Peláez (2020) quienes

⁴ El estudio se basa en ¿cuáles son las motivaciones que movilizan a los profesionales y trabajadores de la salud para trabajar en un hospital público a pesar de las condiciones de trabajo precarias? (Crojethovic, 2011).

⁵ El informe se propuso identificar los riesgos laborales y la frecuencia con la que los trabajadores perciben que están en presencia de esos riesgos y señalar las condiciones de trabajo (Acevedo et al, 2014).

analizaron a partir de una consulta de fuentes de prensa, documentos sindicales e información de referentes de distintos sectores, los conflictos laborales llevados a cabo durante el período comprendido desde el 20 de marzo a fines de mayo del 2020. En la misma línea, Soto Pimentel, Gradin y Reiri (2021) describieron las protestas sociales argentinas, los actores y las estrategias de acciones colectivas que se impulsaron entre el 11 de diciembre del año 2019 y 10 de diciembre del año 2020. Además, se retomó a Nava y Grigera (2020) que, con metodología cuantitativa, registraron el impacto de la pandemia en las manifestaciones de protesta colectiva, las formas y la intensidad en el periodo enero 2019 - julio 2020. También se utilizó como antecedente el informe técnico de los conflictos laborales – Primer semestre 2020 de la Dirección de Estudios y Estadísticas de Relaciones de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina y el informe sobre la situación del empleo en la Argentina durante la ASPO descrito por Montes Cató, Spinosa, Ventrici y Palermo (2020) entre el 5 y el 25 de abril del 2020, encuestando a 528 delegados de 16 provincias de los sectores industriales, de servicios, comercio y sector público.

En las publicaciones relevadas sobre empleo, conflictividad laboral y social durante la pandemia, algunas coinciden en señalar que los conflictos tuvieron diferentes etapas. (Basualdo y Peláez, 2020; Nava y Grigera, 2020; Soto Pimentel, Gradin y Reiri, 2021;). Retomando el informe de Soto Pimentel, Gradin y Reiri (2021) que abarcó el primer año de la presidencia de Alberto Fernández, indica que se realizaron ciento ochenta y cinco (185) protestas en su totalidad, de las cuales se registró una baja importante después de la declaración de la ASPO, ya que durante el primer trimestre (diciembre/19 a febrero/20) se registraron cincuenta (50) protestas, con un alza en febrero de veinticinco (25) protestas. En cambio, a partir del 20 de marzo, con la declaración del aislamiento, se redujeron a un promedio de once (11) protestas mensuales. En esa dirección, Nava y Grigera (2020) señalan que la conflictividad tuvo tres (3) etapas: la primera, desde el año 2019 hasta la declaración de la ASPO creciendo sostenidamente, con una interrupción de marzo a abril 2020 por la pandemia y se volvió a incrementar en el mes de mayo del año 2020, alcanzando la mayor cantidad con ciento veintiocho (128) protestas.

En la misma línea, Basualdo y Peláez (2020) subrayan que existen cinco (5) etapas dentro del periodo de la ASPO, la primera del 20 de marzo al 2 de abril; la segunda y tercera, del 3 al 26 de abril; la cuarta, del 27 de abril al 10 de mayo y la quinta, del 11 de mayo al 25 de mayo del 2020, en cada una de ellas con diferentes grados de conflictividad, pero en ninguna de estas etapas desaparecieron las diferentes demandas, solo se reorientaron.

En relación a los porcentajes de los conflictos laborales en el ámbito estatal y privado, el informe del Ministerio de trabajo del primer semestre del año 2020 en comparación con el mismo periodo del año 2019 indicó que se mantuvo estable, se registraron descensos en el ámbito estatal en todos los indicadores de los conflictos: con paro -7%, con huelguistas de un -46% y con jornadas no trabajadas -65%. En cambio, en el ámbito privado fue inverso se incrementaron, con paro +10%, huelguistas +1% y jornadas no trabajadas +244%, teniendo en cuenta que el total de conflictos en el primer semestre del año 2019 fueron trescientos setenta y nueve (379) y en el primer semestre del año 2020 sólo ascendieron a trescientos ochenta y uno (381). En tanto, el relevamiento realizado por Soto Pimentel, Gradin y Reire (2021) indica que se registraron treinta y siete (37) protestas referidas a cuestiones laborales, subrayando que a pesar de la cuarentena el porcentaje de conflictos pasó del 25% al 35%, coincidiendo con Nava y Grigera (2020) que indican que las demandas laborales aumentaron del 43% pre-ASPO al 49% post-ASPO.

Desagregando la demanda de los conflictos, los informes señalan que el principal reclamo fue el pago de salarios adeudados, incrementándose tanto en el ámbito privado como en el público de un 23% y 168% respectivamente (MT, 2020).

En la misma línea, Nava y Grigera (2020) encontraron que la principal orientación de las demandas son los reclamos salariales representando un 46%. La orientación cambia en el periodo post-aspo aumentando los reclamos por salarios adeudados, su reducción o la quita de adicionales y señalan que aumentan considerablemente en el periodo posterior a la ASPO los conflictos por despidos y suspensiones pasando del 10% al 29%, manteniéndose estables los reclamos por mejora en las condiciones laborales, pero transformando los reclamos en pedidos para el cumplimiento de medidas de aislamiento y suministro de los EPP.

En esa dirección Basualdo y Peláez (2020) señalan que los conflictos se mantuvieron presentes durante todas las etapas sólo transformando su orientación. Primero, se basaron en el reclamo frente a actividades que se debían desarrollar de manera normal pero que no se encontraban alcanzadas por la excepcionalidad de “servicios esenciales” y luego, las/os trabajadoras/es que debían trabajar, reclamaban la implementación de protocolos de seguridad e higiene. Como muestra el informe de Montes Cato, Spinosa, Ventrisci y Palermo (2020) el 23% de los establecimientos declarados como esenciales no aplicaron protocolos de higiene y seguridad para evitar el contagio, trayendo aparejado que el 73,5% de las/os trabajadoras/es tuvieron miedo de infectarse de Covid-19.

Continuando con la afirmación de Basualdo y Peláez (2020) en el segundo periodo de protestas se transforman los reclamos realizados sumándose también las demandas por despidos, por reducción del salario y/o por falta de pago de estos. Esto se debe al aumento de los casos de Covid 19 positivo entre las/os trabajadoras/es, como lo indicó el “Observatorio de despidos durante la pandemia” de la Izquierda Diario, información retomada por los autores, que desde el inicio del ASPO hasta el 27 de abril, se registraron 8.876 despidos, (2,35% del total), 65.712 suspensiones (17, 42%), 176.342 trabajadoras/es con reducción de salarios (46,73%) y 126.402 trabajadoras/es se vieron afectados por las suspensiones y además por la reducción de sus remuneraciones (33,5%). A su vez señalan, que en menor medida, continuaron los pedidos por mejores condiciones laborales.

En esa línea, los autores reseñan como relevante que en el cuarto periodo se institucionalizara la realidad de las/os trabajadoras/es; es decir, se legalizan los acuerdos entre los gremios, entre las/os empleadoras/es y se homologan ante el Ministerio de Trabajo los avances de las/os empresarias/os sobre los recortes salariales. En cuanto al quinto periodo se comienza a retomar las actividades paralizadas y los conflictos por los protocolos de seguridad e higiene comienzan a resurgir (Basualdo y Peláez, 2020).

Siguiendo las acciones del sector salud los reclamos se mantuvieron constantes durante todo el periodo de la ASPO, modificándose las demandas de acuerdo con las necesidades del momento, pero principalmente estuvieron dirigidas a la aplicación de protocolos de seguridad e higiene, a la incorporación de personal y a la adquisición de los EPP necesarios para proteger a las/os trabajadoras/es de la posibilidad de contagio (Basualdo y Peláez, 2020). También se muestra en las encuestas realizadas a las/os delegadas/os de instituciones privadas y públicas, que más de un 70% de las/os trabajadoras/es que tuvieron que concurrir a sus labores sintieron miedo e incertidumbre ante la posibilidad de contagio del virus Covid 19 (Montes Cato, Spinosa, Ventrici y Palermo, 2020). Sumado a la preocupación que Argentina en ese período era el país con la mayor cantidad de personal sanitario infectado por el Covid-19 (Basualdo y Peláez, 2020).

A modo de síntesis de los informes descriptos, los autores reseñan que durante el periodo de la pandemia se mantuvieron los índices de conflictividad disminuyendo en el mes de la declaración de la ASPO. Igualmente vuelve a resurgir la conflictividad a pesar de las restricciones establecidas por el Estado, debido al crecimiento del deterioro de las condiciones sociales y laborales (Basualdo y Peláez, 2020, Montes Cato, Spinosa, Ventrici y Palermo, 2020; Nava y Grigera, 2020; Soto Pimentel, Gradin y Reiri, 2021).

En tanto los pilares de los reclamos del accionar colectivo, fueron por los despidos, por las suspensiones, por la reducción de salarios y por las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo. (Basualdo y Peláez, 2020, Montes Cato, Spinosa, Ventrici y Palermo, 2020; MT, 2020; Nava y Grigera, 2020; Soto Pimentel, Gradin y Reiri, 2021). También es importante decir que los autores destacan que la gran mayoría de las protestas sociales fueron impulsadas por la ciudadanía y las organizaciones sociales (Soto Pimentel, Gradin y Reiri, 2021) y en el caso de las controversias laborales, fueron llevadas a cabo por las/os propias/os trabajadoras/es, las/os delegadas/os y las comisiones internas (Basualdo y Peláez, 2020).

Para concluir es menester resaltar que, si bien se han encontrado antecedentes respecto de las estrategias colectivas desplegadas, el rol de las/os representantes del colectivo de trabajadoras/es y sindicatos, en este periodo ha sido poco estudiado, haciendo pertinente esta investigación porque aborda un tema relevante y poco explorado hasta el momento.

Capítulo 4. Metodología de la investigación

El abordaje metodológico elegido para llevar adelante la investigación es el cualitativo acorde a los objetivos específicos a alcanzar para poder conocer las percepciones, experiencias, los puntos de vista de las/os participantes, concentrándose en las vivencias, poniendo eje en sus propias realidades, es decir se interpreta un fenómeno no cuantificable ya que se toman en cuenta la subjetividad de los hechos narrados por las/os protagonistas, se profundiza en las relaciones entre seres humanos (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2000; Sousa Minayo, 2012; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Otro fundamento para optar por la investigación cualitativa es, como mencionan Hernández Sampieri et al (2000) y dice, “proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (p. 16). Así también porque se relatan procesos o fenómenos en los contextos naturales de las/os observadas/os y/o entrevistadas/os, se interpretan acciones espontáneas, situaciones concretas de la realidad laboral contada en la voz de las/os propias/os trabajadoras/es (Vasilachis de Gialdino, 2006) sustento de nuestra investigación.

“Los investigadores observan, analizan esas situaciones, esos procesos, esos sucesos y/o sus consecuencias, esas acciones, y tratan de captarlos, tan completamente como les sea posible, en toda su complejidad y tal como realmente ocurren, intentando no controlarlos, no influir sobre ellos, no alterarlos, no modificarlos (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 28)

Siendo fundamental estas características en la investigación impulsada para tener datos más precisos de los sentimientos vividos por el personal cotidianamente en el contexto de pandemia de la organización de salud abordada.

El alcance de la investigación es exploratorio, por lo innovador y novedoso del estudio de un fenómeno poco analizado, como es el caso de la pandemia provocada por el Virus Covid-19, en el comportamiento de las organizaciones de salud "... sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, (...) indagar nuevos problemas, (...), establecer prioridades para investigaciones futuras (...). Esta clase de estudios son comunes en la investigación, sobre todo en situaciones en las que existe poca información." (Hernandez Sampieri et al, 2000).

La recolección de datos se realizó: por un lado, a través de entrevistas en profundidad de manera presencial que permite tomar nota o grabar los dichos y también los comportamientos no verbales de las/os entrevistadas/os para obtener información relevante cargada con esa subjetividad de la vivencia propia. Este tipo de entrevista sirve para introducirse en aspectos, que con la observación solamente, no sería posible "acceder a la perspectiva de los actores para conocer cómo ellos interpretan sus experiencias en sus propios términos" (Marradi, Achenti y Piovani, 2007, p. 220). Además, las entrevistas semi-estructuradas nos permiten tener una guía, pero ir modificándose a medida que sea necesario, ya sea para profundizar un concepto en particular como para obtener más información de una situación que no se han tenido aún las respuestas necesarias (Hernández Sampieri et al, 2000).

Por otro lado, también se relevaron fuentes de datos secundarios, noticias periodísticas de diarios locales, nacionales y sectoriales, sobre la conflictividad laboral y las acciones colectivas llevadas a cabo durante el período comprendido desde el mes de marzo del 2020 al mes de mayo del 2021 en el periodo de pandemia, con el fin de llegar a alcanzar el objetivo específico referido a las estrategias colectivas desplegadas por las/os representantes de las/os trabajadoras/es frente a las modificaciones de la organización del trabajo, exigencias laborales y las demandas surgidas a partir de este nuevo escenario de trabajo.

Para el análisis de las noticias periodísticas se relevaron portales de noticias y diarios digitales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) a partir de palabras claves como personal de salud, conflictos laborales, demandas laborales, conflictos salariales, Covid -19 obteniendo diferentes informes de prensa que se volcaron en un registro de una planilla de cálculo.

En primera instancia, en este registro sólo se detallaron datos básicos para identificar las mismas: fecha de la noticia, medio de publicación, título del artículo, resumen, link de acceso y

observaciones, en este se registró una categorización fundamental para la posterior agrupación (general, regional o de una institución específica), seleccionando 52 noticias. Posteriormente, se procedió a agrupar las mismas por tipo de conflicto para ser input de otra matriz que contiene periodo del conflicto, lugar donde ocurrió, descripción de la situación, cantidad de trabajadoras/es involucradas/os, entidad sindical participante, acciones desplegadas y modos de resolución del conflicto y finalmente se procedió al análisis y realización de un informe sobre la conflictividad del período.

Cabe mencionar que la población de análisis en la investigación es el personal de salud en una organización de alta complejidad del conurbano sur conformada por mil setecientos (1700) trabajadoras/es.

La muestra para las entrevistas cualitativas fue intencional seleccionando un/a (1) representante de cada colectivo de trabajadoras/es existente en la institución, un (1) representante del Sindicato de Salud Pública, dos (2) representantes de la Asociación de Profesionales del Hospital El Cruce (APHEC), un (1) representante de profesionales autoconvocados del HEC, una (1) representante de la Asociación de Trabajadores del Estado, dos (2) informantes claves del Área de Gestión Integral de Recursos Humanos.

Para facilitar la interpretación de las entrevistas, se codificará cada entrevista realizada por el orden que fueron hechas. Seguidamente se detallará en un cuadro con las características particulares de cada entrevistada/o como ser: a qué organización sindical pertenecen, desde cuando cumplen la función de representantes de las/os trabajadoras/es y antigüedad en la Institución investigada.

Entrevistado/a	Organización sindical	Periodo de función	antigüedad en la Institución
Entrevistada 1	Informante clave RRHH	desde marzo 2020	más de 10 años
Entrevistado 2	Sindicato de Salud Pública	desde marzo 2009	más de 10 años
Entrevistada 3	Asociación de Profesionales del HEC - APHEC	desde 2020 (sin cargo oficial)	más de 10 años

Entrevistada 4	Asociación de Profesionales del HEC - APHEC	desde 2018	más de 10 años
Entrevistado 5	Autoconvocados HEC	desde 2020	7 años
Entrevistado 6	Informante clave RRHH	desde 7/2019	2 años y 6 meses
Entrevistada 7	Informante clave de 1° Línea de atención - Covid	desde 2009	desde 2011
Entrevistada 8	Asociación de Trabajadores del Estado -ATE	desde 2010 (no es delegada es afiliada)	más de 10 años

En cuanto a la descripción del proceso de recolección de la información de las entrevistas, primero se realizó una comunicación telefónica para comentar el tema de esta y concertar una cita personal. Posteriormente se reservó un lugar particular, aislado y en condiciones para llevar adelante las mismas sin interrupciones. En el encuentro personal se retomó el tema de la entrevista, se informó de la importancia de su participación, se solicitó permiso para grabar y se puso énfasis en la confidencialidad de sus dichos. Así también se procedió a firmar un consentimiento informado que indica la posibilidad de grabación, la confidencialidad de los datos personales y el acceso a las entrevistas de manera voluntaria. Una vez firmado se procedió a realizar las entrevistas a partir de la guía previamente realizada para no apartarnos demasiado de los temas requeridos, la duración de estas fue de aproximadamente cuarenta y cinco (45) minutos. (Marradi, Achenti y Piovani, 2007). También se procedió a contactar a una (1) trabajadora de un sector que se desempeña en la primera línea de atención, una (1) profesional del área de gestión integral de los recursos humanos y a un (1) profesional del sector de medicina ocupacional con el fin de validar los datos recabados por las/os representantes del personal.

Posteriormente a la realización de las entrevistas, se procedió a reorganizar la información recabada, se desgrabaron y transcribieron cada una de las entrevistas y se identificaron “unidades

de significado”, se procedió a categorizar y a codificar para marcar las categorías y así proceder a agruparlas y analizar (Hernández Sampieri et al, 2000).

Capítulo 5. Modificaciones en la organización del trabajo y en los puestos de trabajo del personal durante la pandemia

En el presente capítulo se aborda a partir de la mirada de las/os representantes de las/os trabajadoras/es, la percepción de estos ante las modificaciones producidas en la organización del trabajo y en los cambios en los puestos laborales del personal del Hospital. Es decir, las bajas, las altas y las modificaciones producidas en los puestos de trabajo durante el periodo investigado. A través del análisis de las entrevistas realizadas se puede concluir sobre la pertinencia de la hipótesis de investigación.

En primer lugar, de acuerdo con las entrevistas realizadas surgieron y se tomaron los siguientes ejes de análisis:

- Jornadas laborales
- Turnos y horarios
- Redistribución de roles y tareas
- Reubicación de personal
- Aplicación de nuevos procedimientos y protocolos en la atención
- Posibilidad de decisión frente a emergencias
- Capacitaciones realizadas frente a la implementación de nuevos EPP.

En tanto, en los puestos de trabajo también se intenta conocer si hubo bajas por licencias, por grupo de riesgo, por accidentes de trabajo, altas por reemplazo e incorporación de personal ante la emergencia sanitaria.

○ 5.1. *Modificación en los puestos de trabajo: reasignación de tareas, cambios en las jornadas y turnos laborales*

Durante este periodo de pandemia el personal de la salud ha estado expuesto a modificaciones en los puestos de trabajo: cambios de las jornadas y de los turnos laborales ante la necesidad de cubrir las nuevas demandas y los requerimientos para dar respuesta a la emergencia sanitaria. Así

mismo, las/os trabajadoras/es debieron ser reubicadas/os en diferentes posiciones cambiando la modalidad, los turnos y las jornadas laborales.

De las entrevistas realizadas se desprende que las/os profesionales de la salud que realizaban tareas no programadas durante este periodo fueron reasignadas/os a lugares en donde la demanda de trabajo había aumentado de manera excesiva para prestar colaboración al personal habitual de esas áreas. Este personal fue capacitado, principalmente por sus compañeras/os, para poder cubrir los puestos en los cuales eran requeridas/os. También, en algunas situaciones las capacitaciones fueron impartidas por la institución con el fin de implementar los nuevos protocolos y procedimientos para evitar errores en la aplicación de estos.

Citando la entrevista realizada:

“... hubo qué redistribuir el personal porque se ampliaron sectores como el sector Uco⁶ para luego terminar siendo la terapia de Covid 19 del hospital y así se ampliaron al doble las camas que teníamos” ... y también capacitar al personal inclusive que era de Uco para poner en marcha los nuevos protocolos de seguridad para el personal y los pacientes ... tenían que capacitarse entre ellos para poder administrar los tiempos...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

De estas citas se muestra que el personal de salud estuvo expuesto a cambios permanentes en sus funciones y actividades para dar respuesta a las nuevas necesidades presentadas por la pandemia. Y como dice la teoría todos los cambios bruscos en las funciones, la falta de precisión a la hora de impartir directivas, la ejecución de tareas para las cuales no se encuentran capacitadas/os puede generar efectos nocivos en la salud de las/os trabajadoras/es pudiendo provocar frustración, angustia, depresión (Neffa, 2019). En el mismo sentido, Henry (2020) sostiene que los cambios producidos de manera abrupta provocaron un aumento en la carga mental del trabajo porque era necesario recurrir a la imaginación para reinventar sus labores en corto tiempo y con escasa capacitación para desarrollarlo, generando en algunos casos perturbaciones psíquicas y mentales severas.

Por otro lado, también las jornadas laborales se han extendido no sólo por la emergencia en sí, sino porque los protocolos de protección personal que debían aplicarse porque requerían mucho

⁶ Uco: Unidad Coronaria.

más tiempo para la implementación y esto provocaba que todo se realizaría a un ritmo más lento que el habitual. Así también en algunos servicios (Laboratorio y Kinesiología) el personal debió permanecer más tiempo de lo establecido en sus puestos por la alta demanda de trabajo dado por, el aumento de los testeos que se realizaban, por ser áreas con una alta exposición a pacientes infectadas/os y esto generaba una mayor cantidad de contagios y un mayor aislamiento de compañeras/os. En el caso de las áreas administrativas se realizaron tareas a contrarreloj debido al incremento permanente de nuevas actividades y la creación de nuevos puestos de trabajo para dar respuesta a la emergencia sanitaria.

Citando para esto lo relevado:

“Sí!, ¡había mucha demanda del área de Covid, era impresionante teníamos las 24 camas de Covid más las 8 camas que estaban para hacer CAFO⁷ más todo!, y también atender y organizar la guardia...” (entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También surgieron nuevos turnos laborables, ya que por la complejidad de las/os pacientes internadas/os por Covid-19, debían tener una asistencia permanente de manera diaria, por consiguiente, en algunos sectores (kinesiología), se debió organizar una rotación nocturna, redistribuyendo personal que cumplía su jornada laboral en los días de fines de semana y feriados para realizar los turnos nocturnos recién abiertos. Se muestra la siguiente cita:

“sí se incorporaron dos kinesiólogas porque se agregó la guardia nocturna (...) entonces los de fines de semana vinieron a cubrir la noche y los nuevos los puse el fin de semana...” (entrevistada 7. Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Así también, se puede mencionar que algunos sectores tomaron relevancia durante este periodo por la demanda exponencial de trabajo, como Medicina Ocupacional, ya que debía permanecer conectado de manera permanente 24 hs del día por la necesidad de dar respuesta al personal. Según lo manifestado por personal clave del sector:

⁷ CAFO: cánula de alto flujo de oxígeno, que es para las/os pacientes que ingresaban con diagnóstico de Covid y no requerían asistencia ventilatoria entonces se les colocaban estas cánulas para evitar la intubación del paciente. (entrevistada 7)

“Al punto de que como te digo, nuestro trabajo era de lunes a viernes de 8 a 16 hs y nos olvidábamos. Mi trabajo terminaba ahí y yo volvía el lunes. Y ahora de repente se hacían las 10 de la noche, las 11 de la noche, porque la gente también quería ser atendida y necesitaba respuestas. Mi teléfono celular pasó a estar disponible para todos y me terminaban llamando a las 11 de la noche, 12 de la noche, ...” (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Esto refleja que el personal de la institución del conurbano sur, estuvo expuesto a los cambios en los turnos y a una extensión de las jornadas laborales para adecuarse a las necesidades del servicio dado por la emergencia sanitaria. Se puede decir que uno de los mayores aprendizajes estuvo en la flexibilización y adaptación permanente de las/os trabajadoras/es a los cambios de escenarios y a las nuevas demandas de atención. Para las cuales no todo el personal está preparado, ni tiene la misma capacidad de adaptación, todas/os somos seres irrepetibles. Es decir, cada una/o dependiendo de sus capacidades de adaptación y/o resistencia sorteará los obstáculos de manera distinta y las afecciones en su salud también serán diferentes (Laurell, 1993; Neffa et al, 2001, 2020; Neffa, 2019).

Situaciones similares se vivieron en Chile, en el estudio realizado por Matamala y Barrera (2020) que analizó una porción de profesionales de la salud (los asociados a la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDPRUS), señalando que la pandemia ha influido en las jornadas laborales extendiéndose por cuestiones de organización, por falta de personal y por la alta demanda de atención.

Además de las reubicaciones, las jornadas modificadas y los cambios de turnos las/os trabajadoras/es de algunos servicios debieron reorganizar la tarea de manera remota, siempre dependiendo de la posibilidad de sus actividades, es decir, si no eran tareas de atención directa con el paciente, se implementó el teletrabajo. En la mayoría de los sectores, se establecieron “burbujas” distribuyendo al personal en grupos, para evitar los contagios masivos, que alternaban la tarea de manera presencial con la remota, sin especificar la distribución de los días o la continuidad de estos. Cada servicio se autogestionaba: para turnarse, en algunos casos era cada 10 días, en otros por semana y también cada dos o tres días, alternando entre teletrabajo y actividad presencial, soslayando así el cierre de servicios por falta de personal.

Como se puede apreciar de lo mencionado por la entrevistada 4:

“... veníamos una semana sí y una no, veníamos alternado, Tuvimos libertad para resolver todo eso de organizarnos en el trabajo, lo manejamos nosotros. También se dio la posibilidad de hacer teletrabajo a todas las áreas que podían hacerlo...” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

y coincidiendo con esto, el entrevistado 5 expresó:

“... que nos modifiquemos en grupo (...) para poder enfrentar esta situación, porque la idea (...) era preservar que el laboratorio siga en funcionamiento. Por eso se hicieron dos (2) grupos, por miedo al contagio y que el laboratorio se quede sin personal (...). La idea era que no pasará eso, por eso se nos dividió el trabajo remoto semana por medio, era lo más conveniente ... (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede decir que en el hacer y resolver se implementó la modalidad híbrida trayendo mejoras en la gestión hospitalaria para la atención oportuna de la población. Si bien se mejora la calidad de atención, se puede mencionar que la pandemia obligó a implementar el trabajo remoto (teletrabajo) modificando la dinámica laboral de las/os trabajadoras/es, ya que al no concurrir presencialmente se interrumpieron los vínculos sociales con las/os compañeras/os de trabajo provocando en algunos casos aislamiento y sufrimiento. Como así también al no poder participar de las decisiones diarias por no estar presentes, no les permite introducir su impronta, su creatividad e ingenio, vulnerando su identidad personal y la subjetividad de la actividad desarrollada (Neffa, 2020).

○ **5.2. Aplicación de nuevos protocolos, EPP y procedimientos de atención**

En el período de emergencia sanitaria surgieron algunos nuevos procedimientos y protocolos a aplicar en cuanto a la atención de las/os pacientes diagnosticados con Covid-19 y a los ingresos que no contaba con la certeza de portar el virus o no. En cuanto a estos, algunos lineamientos fueron impartidos por el Ministerio de Salud de la Nación, pero en particular en esta institución se creó un Comité de Crisis que se reunía todos los días para analizar las diferentes problemáticas referidas a la situación de pandemia, las acciones a implementar, para analizar las novedades sobre el comportamiento del virus, la definición de casos sospechosos, los procedimientos a aplicar, los EPP necesarios y las capacitaciones requeridas para su implementación.

Fue un momento de mucha incertidumbre, los protocolos cambiaban de manera constante. Al ser una enfermedad que no se conocía, se fue aprendiendo en el hacer y con el correr del tiempo. Los EPP requeridos que debían utilizarse para evitar el contagio, fueron en un principio escasos y modificando las especificaciones con el tiempo. También la definición de caso sospechoso, ya que en un principio los síntomas eran unos y posteriormente, fueron agregándole otros, es decir, fue una situación de constante cambio e incertidumbre. Como se expresa en el extracto de entrevista siguiente:

“... empezó con determinadas medidas que se prolongaron en el tiempo (...), el aislamiento fue cambiando durante la pandemia, entonces, por eso como es una enfermedad nueva inicialmente se tomaron unas medidas, que después en el conocimiento de la enfermedad, en la evolución, algunas medidas fueron cambiando, pero inicialmente era demasiado estricto...” (entrevistada 3) Fuente:

Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En algunas situaciones la institución utilizaba sus propios criterios para definir protocolos específicos para evitar la propagación del virus. Se ve lo descrito en la siguiente cita:

“... nosotros internamente armamos todos los protocolos y procedimientos, definimos: qué es un caso sospechoso, cuándo hay que hisopar y cuando no. A nivel institucional, también creo, que todos fuimos aprendiendo en la marcha ...”

(entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En consonancia con esto, el entrevistado 6, comenta:

“... nos empezamos a autogestionar sin saberlo, nos anticipamos a las medidas que se tomaban desde el punto de vista epidemiológico del Ministerio de Salud. Cuando yo veía, por ejemplo, que en Paraguay informaban que estaban por encima de los 1000 casos, yo ya lo consideraba como zona epidemiológica de riesgo y a las personas que venían de Paraguay se las aislaba ...” (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas

realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Sin dudas, la incertidumbre, el miedo y el desconocimiento creó un clima de trabajo hostil, que fue contrarrestado por un gran compañerismo y compromiso de todas/os las/os trabajadoras/es; surgiendo así, un espacio para acompañarlas/os llamado “Cuidados humanizados”.

Frente a esta incertidumbre, como menciona Henry (2020) fue necesario el compromiso de las/os compañeras/os de trabajo para subsanar y brindarse mutuamente las capacitaciones necesarias para afrontar los nuevos mecanismos y protocolos implementados que nunca habían sido utilizados anteriormente.

Otra cuestión importante que surge de las entrevistas es la necesidad y la falta de disponibilidad de los EPP. En la primera etapa de la pandemia, la disponibilidad de éstos era escasa, al igual que en todo el mundo por la alta demanda que sobrepasaba ampliamente la producción a nivel mundial, provocando escasez y una necesidad de realizar una distribución racionada para los sectores de alta exposición. Algunos servicios alegan que han tenido que proveerse de sus propios EPP para evitar el contagio, ya que los entregados por la institución no sólo eran escasos sino también, en muchos casos, no eran los adecuados para las actividades desarrolladas por las/os profesionales.

“Al principio era como que, había un cierto grado de desesperación, una situación difícil porque no había disponibilidad de barbijos por la demanda, pero eso se fue corrigiendo y hoy sí tenemos todos los EPP para poder hisopar, para intubar y para recibir un paciente en el consultorio. Inicialmente, hasta el propio equipo de salud lo compraba para protegerse, te comprabas tu máscara, tu barbijo, te lo comprabas porque tenías miedo...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En contraposición con esto, la entrevistada 1 y el entrevistado 6, sostienen que la institución a pesar de la escasez siempre otorgó los EPP a todas/os los profesionales de acuerdo con los lineamientos dados por la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación. En cambio, mencionan que los reclamos podrían ser por el poco conocimiento respecto a las indicaciones impartidas por los organismos rectores señalados anteriormente o por la desesperación y el miedo que existía ante la probabilidad de contagiarse. De acuerdo con lo expresado a continuación:

“... Y si, lo que pudimos hacer fue comprar al personal todo lo mejor y sostenerlo a lo largo del tiempo. Al principio no había suficientes barbijos, entonces teníamos que racionarlos(...), pudimos planificar para que en diciembre cuando bajaron los casos poder comprar para tener stock, de hecho tenemos en el depósito un stock de todas las escafandras y demás.” (entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Ante esto, el hospital delineó pautas para la distribución de los EPP, definiéndose dos protocolos: por un lado, se diferenciaban los puestos de trabajo con máxima exposición al virus como los que se encontraban en la primera línea de atención y por otro lado los de mínima exposición, es decir los que no se encontraban con una exposición excesiva o prolongada. En tanto dependiendo de la actividad que realizaban se les otorgaban los E.P.P. necesarios para desarrollar las tareas y estar protegidos para no contagiarse. Se muestran las siguientes citas:

“Nosotros hicimos una distinción (...) se empezó a utilizar los elementos de mínima exposición. Los elementos de mínima exposición cuentan con el barbijo quirúrgico, escafandra, camisolín y guantes (...) Se llaman de mínima exposición, porque te vas a exponer a mínima, vas a estar con el paciente, lo vas a monitorear, pero vas a salir, entonces igual con eso no te contagias. Ahora bien, los de máxima exposición son, por ejemplo, lo que utilizamos nosotros a la hora de hisopar, que cuentan con todo el camisolín, la cofia, el n95 y arriba el barbijo quirúrgico, eso es cuando voy a generar maniobras de aerosolización⁸ por ejemplo kinesiología (...) (entrevistado

6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Lo que se observa a través de estas citas es que la comunicación entre el personal de los distintos sectores y la capacitación para el uso de los EPP en la primera etapa de la pandemia, en algunos casos, no fue suficiente dado por el contexto y el miedo. Más allá que se realizaron capacitaciones específicas para enseñar y esclarecer las dudas presentadas sobre la utilización en algunos casos del barbijo N95 y otros sólo barbijos quirúrgicos, argumentando la razón de ellos en el contexto de la pandemia, se podría decir que no alcanzó para contener a todas/os las/os trabajadoras/es y disipar el miedo.

Cómo señala Padrón (2020) el escenario que se vivió durante la primera etapa de pandemia fue muy adverso, si bien el autor sólo analizó al personal de salud del subsector privado, este presenta similitudes a lo vivido por el personal de salud del subsector público de la institución investigada, en cuanto a la incertidumbre, al escaso conocimiento del virus Covid 19 y en algunos casos al faltante de personal y a la escasez de EPP. Todo esto hizo que las/os trabajadoras/es sintieran

⁸ Aerosolización: instrumentación para vías aéreas para muestras o medición de secreciones. (entrevistado 6).

miedo constante frente a la posibilidad de contagio y de diseminación del virus covid-19 entre las/os colegas y las/os amigas/os.

○ **5.3. Autonomía frente a las formas de organización de las actividades**

Durante el transcurso de la pandemia se ha visto de acuerdo con las entrevistas, que de las situaciones atravesadas en este periodo surgieron acciones conjuntas y consensuadas entre compañeras/os de trabajo y autoridades.

Cuando un paciente ingresaba en la institución, las decisiones eran tomadas basándose en los protocolos establecidos para atender la patología diagnosticada en el paciente, pero siempre resguardando tanto la salud del paciente como la del profesional. Los procedimientos se manejan con libertad de accionar, pero siempre respetando los lineamientos impartidos por las/os especialistas para evitar propagar el virus Covid-19. En caso de surgir dudas, siempre se confirmaba el accionar con las/os infectólogas/os, dependiendo la urgencia o con las/os profesionales que componían el comité de crisis que discutían los protocolos a implementar. Según lo indicado en la siguiente cita:

“...si bien hay autonomía para decidir sobre algunas cuestiones, es cierto que siempre se le avisa al superior, pero en cuanto hay algo imprevisto es el médico de guardia quien actúa (...). Uno tenía un protocolo de seguimiento, pero siempre te pasaban situaciones nuevas que no entraban dentro de ese protocolo, y la verdad es que uno siempre llamaba al servicio de infectología para ver cómo había que manejarse” (entrevistado 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

Al referirnos a la forma de autogestionarse como se ha mencionado, las/los trabajadoras/es eran consultadas/os frente a la posibilidad de realizar rotaciones y cambios de modalidad de trabajo. Cuando debían organizarse las burbujas de trabajo, las jefaturas otorgan flexibilidad a las/os trabajadoras/es para conciliar con sus tareas domésticas, más aún en el caso de las/los trabajadoras/es que debían reorganizar su vida familiar por el aislamiento de las/los hijas/os que no concurrieran al colegio de manera presencial. Se muestra la siguiente cita:

“... teníamos que venir porque somos personal de salud, pero también tenemos las tareas del hogar, quienes más consultas y más problemas tenían para poder conciliar las dos cosas eran las trabajadoras. Era... la escuela, las clases por zoom, el

trabajo, ... bueno, había que poder conciliar toda esa dinámica, (...), siempre estaba la posibilidad de poder conciliar con los compañeros y eso fue muy valioso para nosotras” (entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

Cómo se puede observar el personal contaba con flexibilidad para organizar los turnos de trabajo o las dinámicas de este. Además, podían decidir los protocolos a implementar consensuando entre colegas, dependiendo del estado de salud particular de cada paciente, siempre respetando los lineamientos generales dados. Cuentan con autonomía para planificar las tareas y esto es generalmente percibido de manera positiva porque les permite a las/os trabajadoras/es enriquecer el trabajo e impulsar la iniciativa.

En cambio, en las situaciones de emergencia cuando el accionar se desarrolla de manera imprevista y acelerada la autonomía para la toma de decisiones se puede vivenciar como negativa, padecerla y generar sufrimiento en las/os trabajadoras/es dado por una deficiente organización de las actividades para las cuales no se está capacitada/o, no se sabe que hacer ni cómo ejecutar correctamente la tarea (Henry, 2020).

○ **5.4. Puestos de Trabajo: conformación y modificaciones**

De acuerdo con lo relevado en las entrevistas la organización está compuesta por aproximadamente 1700 personas, de los cuales 1.100 personal de planta permanente y el resto son personal sin estabilidad distribuyéndose en pasantías, becas de formación, contratos. También se encuentran dentro de la organización personal que no pertenece a la Institución, pero que conviven diariamente como compañeras/os de trabajo, el personal tercerizado que forma parte de las empresas externas contratadas como el servicio de limpieza, mantenimiento, lavadero, cocina. Se muestra la siguiente cita:

“Bueno somos aproximadamente 1700 personas propias del hospital entre esas 1700 tenemos personal de planta unas 1100 personas después tenemos becas de formación qué son las llamadas residencias luego tenemos personal contratado aproximadamente 300 personas, 200 personas también tenemos pasantías, que son 10” (Entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Durante el periodo de pandemia todas/os las/os entrevistadas/os coinciden en afirmar que los puestos laborales se han visto modificados surgiendo varias situaciones con el personal. Por un

lado, se produjeron bajas por la determinación del Gobierno Nacional en licenciar a las personas con diferentes patologías que se incluyen dentro de las más susceptibles de contraer el virus Sars-Cov-2, produciendo una disminución de la cantidad de personal. Particularmente en esta institución, como dice el entrevistado 6 se tomaron como base las patologías indicadas por el Decreto Nacional 178/20⁹ para otorgar las licencias, pero a la vez se evaluaron puntualmente otras patologías a través del sector de medicina ocupacional y se otorgaron las licencias excepcionales por personas de riesgo. Como se expresa seguidamente:

... Bueno, acá fuimos por la positiva, en realidad en el sentido de que cuando salió el Decreto Nacional que fue 16 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional lo que dijo en consenso con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud fue, que había ciertas patologías que se encontraban exceptuadas de asistir al trabajo (...) como por ejemplo, una cardiopatía con intervención quirúrgica, esas personas se exceptúan y fueron exceptuadas pero qué pasa, había personas que se presentaron de manera espontánea aduciendo otras patologías nuevas (...) de esas 300 y pico se aprobaron nada más 108 licencias (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Por otro lado, se debieron delinear nuevos perfiles de puestos de trabajo que hasta el momento no existían como: los de las personas que al ingreso de la institución toman la temperatura de las/os pacientes y las/os trabajadoras/es. Así también la organización tuvo a cargo el diseño y planificación del armado de varios hospitales modulares, localizados geográficamente en otra ubicación, pero que dependían administrativa y presupuestariamente de esta sede central. Se realizó el proceso de selección de 500 personas (administrativas/os, técnicas/os, enfermeras/os, médicas/os, ingenieras/os clínicos, entre otros) que debían comenzar a prestar servicios de manera inmediata para cubrir las necesidades del sistema sanitario de la población y evitar su colapso. Se muestra la siguiente cita:

“... particularmente en el área de recursos humanos, nosotros lo que tuvimos que hacer fue empezar de cero cuatro (4) hospitales modulares que hoy dependen del hospital. Esto llevó a tener que contratar 500 personas de un día para el otro, prácticamente dos (2) semanas para, publicar, hacer la búsqueda, realizar entrevistas y confeccionar los legajos y contratar a esas personas” (entrevistada 1).

⁹ Resolución 178/20 del Ministerio de Trabajo, empleo y seguridad social. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226497/20200310>

De estas citas se puede inferir como la estructura del hospital se fue adaptando y organizando para: seleccionar el personal necesario para estos hospitales modulares, organizar la capacitación del nuevo personal, armar los planes de capacitación, realizar la compra de los insumos necesarios para la puesta en marcha de los modulares, contemplar también los puestos del personal de seguridad, los sistemas de información, establecer los protocolos de ingreso y de derivación, realizar la coordinación y la puesta en marcha, sin dejar de cumplir con la atención de las/os pacientes del hospital.

Todos los cambios mencionados produjeron un incremento en las actividades cotidianas del personal que, sumado a la imperiosa necesidad de resolución inmediata, provocaron un desgaste físico, mental y psíquico de las/os trabajadoras/es, ya que trabajar bajo esas condiciones afecta severamente la salud por la intensidad, la celeridad, la realización de tareas de precisión en corto plazo (Noriega, 1993).

Durante este periodo como se mencionó se otorgó licencia a las personas dentro del grupo de riesgo, frente a esta situación surgieron varios escenarios: por un lado, el personal que debía cubrirse por pertenecer a servicios/áreas con alta demanda de trabajo (kinesiología, enfermería, terapia intensiva) y por otro lado, las/os que se encontraban sin tareas asignadas momentáneamente como el personal afectado a quirófanos porque se suspendieron las cirugías programadas.

Así también, se debe mencionar que algunas personas consideradas dentro del grupo de riesgo decidieron, de todas maneras, prestar servicios, pero de manera remota haciendo uso de la modalidad de teletrabajo.

Otra situación relevada en las entrevistas fue que se encontraron con la necesidad de cubrir los puestos de las personas que se licenciaron por contraer el covid o por ser contacto estrecho, cubriéndose prioritariamente los puestos de la primera línea, en el caso de los demás sectores los datos recabados indican que esas tareas fueron absorbidas por personal que ya se encontraba trabajando en la institución. Las guardias en muchos casos tuvieron que ser cubiertas por el personal jerárquico (jefas/es, coordinadoras/es, supervisoras/es), es decir, todo el equipo se encontraba abocado a compensar la necesidad de personal, sobre todo en los momentos de picos de contagios y con las camas de las terapias con alta ocupación. Se muestra la siguiente cita:

“(…) había muchas bajas por gente que estaba enferma y necesitaba internarse o cursar la enfermedad en la casa. Y bajas por el personal que había estado con un contacto estrecho. A veces se podía reponer el personal y a veces tratábamos de arreglarnos entre nosotros, esto fue así muchas veces. Los coordinadores también han tenido que hacer guardias porque el médico estaba enfermo o aislado por contacto estrecho.” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

Algunos servicios también se vieron reducidos en la cantidad de recursos humanos por la necesidad de cubrir nuevos puestos de trabajo en los hospitales modulares. Hubo profesionales que fueron reubicados para ejercer la coordinación de un hospital modular, por su especialización y su trayectoria dentro de la institución.

El personal sanitario se volvió aún más escaso en el sistema de salud, haciendo referencia tanto a esta organización como a todas las del sector, por cuestiones obvias dadas por la gran cantidad de contagios y por la creación de nuevos puestos de trabajo.

La emergencia no permitió realizar una pormenorizada capacitación a los ingresantes porque la necesidad era inmediata, entonces la experiencia y el conocimiento del personal antiguo de la organización pasó a ser indispensable para brindar la atención adecuada de las urgencias.

Asimismo, las/os trabajadoras/es del área de informática y el conocimiento sobre las tecnologías utilizadas, fue una variable muy importante a la hora de la implementación de los sistemas de información de forma rápida para poder realizar el monitoreo y la derivación de las/os pacientes en la red de atención según la complejidad de cada caso.

Se muestra la siguiente cita:

“...las áreas profesionales y las áreas técnicas también requerían del personal que teníamos ya capacitado en el hospital, se trasladó personal informático momentáneamente porque teníamos que implementar y manejar los sistemas de información que usábamos en el hospital a los hospitales modulares. Por ejemplo, para realizar las historias clínicas de ingresos de los pacientes y liderar las áreas profesionales y las áreas técnicas, también realizar la coordinación ...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Haciendo un breve resumen de los resultados del presente capítulo, se puede decir que todas/os las entrevistadas/os coinciden en afirmar que se han realizado algunas incorporaciones de personal, sobre todo en los servicios más expuestos a los pacientes con Covid-19. El aumento de las demandas laborales fue tan importante que no han alcanzado para cubrir todos los puestos de trabajo necesarios para contener los requerimientos. Se incorporó personal para derivar a los hospitales modulares que se abrieron por la emergencia sanitaria y además para cubrir algunos puestos que usufructuaban licencias por ser grupo de riesgo o por contagiarse con el virus.

En consonancia con esto, la investigación realizada por el Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaria de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social (2020) afirma que el Ministerio de la Salud de Provincia de Buenos Aires incorporó personal con Becas de Contingencia para reforzar los equipos de salud del subsistema público provincial ingresando profesionalizados y no profesionalizados.

Así también se implementaron protocolos, procedimientos nuevos y se adquirieron EPP para evitar el contagio y la propagación del virus, impartiendo capacitaciones para su correcta utilización, tanto institucionales como entre pares. Con respecto a la disponibilidad de los EPP hubo dos etapas: en la primera etapa, existía escasez por la insuficiente producción nacional e internacional para satisfacer la demanda exponencial del mercado y una segunda etapa, en la que se accedía a la adquisición de los insumos de forma suficiente para cubrir las necesidades. Situaciones similares se reflejaron en la investigación llevada a cabo por Ortiz et al (2020) que señala que la principal inquietud de las/os trabajadoras/es se focalizó en los EPP porque eran escasos. Y también en Perú, un estudio reveló que el personal sanitario no tenía la accesibilidad requerida a los insumos como barbijo, mascarilla, camisolines, entre otros, por la insuficiente fabricación nacional e internacional para cubrir la demanda (Raraz-Vidal et al, 2021).

La falta de conocimiento de la enfermedad y de la forma de propagación se vio reflejada en la utilización de los EPP y los protocolos de atención de pacientes con Covid. A pesar de la creación del comité de crisis y las capacitaciones impartidas al personal, estos se encontraban con una sensación de intranquilidad por los constantes cambios y la falta de definiciones concretas ante la pandemia (Ortiz et al, 2020).

Más allá de que contaban con la anuencia de los superiores para que siguiendo los protocolos implementados tomarán decisiones, si surgía algún imprevisto, no sólo esto, sino que ante la urgencia de los casos que se presentaban, la primera acción era solucionar el inconveniente surgido con todas las medidas de precaución necesarias para evitar contagiarse o afectar la calidad de atención del paciente, es decir, contaban con la autonomía necesaria frente al accionar diario, comunicando posteriormente la ejecución de las actividades a sus superiores, o realizando las consultas necesarias a las/os profesionales especializados en el tema.

En contraposición a esto en Chile, según el informe realizado por Matamala y Barrera (2020), se llevó adelante una supervisión excesiva, con falta de autonomía para las decisiones del personal, desconfiando de las capacidades del profesional para ejecutar correctamente las imprecisiones.

Estas situaciones vividas por las/os trabajadoras/es son necesarias tenerlas en cuenta porque afectan de manera global tanto al trabajador/a como a las instituciones y a las naciones. Hay que tener una visión integral de las circunstancias, porque todos los factores se interrelacionan, tanto macro como micro, los internos a la organización o pertenecientes al contexto (Clerc, 1987; Neffa et al, 2001). Como señaló la OIT es necesario tener una mirada integral de las situaciones de trabajo y si se fragmenta no se tendrá la visión real de los hechos, porque los procesos de trabajo se desarrollan dentro de un contexto social, económico, cultural y de vida (Clerc, 1987). Es un todo que se alimenta e influye al entorno que lo rodea como el contexto socioeconómico, las personas y sus condiciones de vida, la organización en sí, su estructura, marco jurídico, legal y sindical (Clerc, 1987; Neffa et al, 2001). Las deficientes Cymat generan baja en la productividad del trabajador/a produciendo reducción en la calidad de los productos o servicios de las organizaciones (Neffa et al, 2001).

Capítulo 6. Condiciones laborales y exigencias dadas a las/os Trabajadoras/es durante la pandemia del Covid-19

En este capítulo se observa a partir de la mirada de las/os representantes de las/os trabajadoras/es, cómo se modificaron las condiciones de trabajo y las exigencias laborales durante este período de pandemia, encontrando los fundamentos para confirmar la segunda hipótesis de investigación planteada en la introducción de este trabajo.

Se toman las exigencias laborales como las categorías desarrolladas por Noriega (1993):

- En **función del Tiempo** (horas de jornada, descansos, horas adicionales, rotación - cambios de turno)
- **Cantidad e Intensidad** (atención, dedicación, rapidez en las tareas, repetitividad)
- **Formas de Vigilancia** (supervisión y control, autonomía, mal trato),
- **Tipos de Actividad y Tareas** (aislamiento, esfuerzo físico, posiciones incómodas)
- **Calidad del Trabajo** (posibilidad de participación de las/os trabajadoras/es en las decisiones del procedimiento).

En cuanto a las **condiciones laborales** también se abordan categorías como: situaciones difíciles vividas, los conflictos en las relaciones sociales y cuáles son los principales efectos en los aspectos físicos, psicológicos, mentales y sociales sufridos por las/os trabajadoras/es desde la percepción de los representantes.

Como se ha mencionado, las condiciones de trabajo impactan directamente en la carga global, determinando a partir de la organización y su división sociotécnica, las exigencias laborales y su incidencia en el proceso salud-enfermedad de las/os trabajadoras/es (Neffa, 2019).

Es importante la percepción de las/os trabajadoras/es, ya que son los primeros que sienten los efectos de los factores de riesgos en su vida y su salud (Neffa et al, 2001; Neffa, 2015). En tanto, ese proceso de salud-enfermedad que se produce en las/os trabajadoras/es, debe ser estudiado como un hecho social con historicidad, sin apartarlo de todo acontecer pasado y/o presente (Laurell, 1986).

○ **6.1. Tiempo, cantidad e intensidad laboral**

Retomando el análisis de las entrevistas realizadas se desprende que la pandemia aumentó el **tiempo, cantidad e intensidad de trabajo** de manera exponencial por el incremento de casos de covid.

La pandemia provocó que las/los trabajadoras/es, tuvieran un aumento del doble o triple de sus actividades normales; por un lado, el crecimiento de la demanda de atención a pacientes contagiados; y por otro, las bajas transitorias del personal de salud por pertenecer al grupo de riesgo, por contacto estrecho y las/os profesionales que se infectaron. Como lo revelan las siguientes citas:

“...si alguien se agarraba Covid 19 se aislaba en su casa y bueno lo que sí eso lo cubría el mismo personal que estaba...” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En consonancia con esto, la entrevistada 8 menciona:

“... nuestros compañeros tuvieron un aumento en la demanda laboral, que se ha triplicado en comparación con períodos anteriores, más allá que se encuentran acostumbrados a estos periodos de alta demanda, por ej. con la bronquiolitis esto es otra cosa, fue terrible, se duplicó o triplicó la tarea...” (entrevistada 8)

Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Así también surgió de las entrevistas que, algunos sectores se vieron más afectados con las demandas laborales que otros, por ejemplo, en el sector de atención telefónica de consultas, si bien disminuyeron las consultas habituales por actividades programadas que se suspendieron, este sector se vio altamente afectado por la gran cantidad de llamadas de personas que tenían sintomatologías de covid, llegando a tener alrededor de 150 consultas diarias por operador/ar, según se expresa en la siguiente cita:

“... después junto con un brote cayeron otra vez por su patología previa, entendés? pero sin controlar esto generó una sobrecarga en el CCI¹⁰ y no en gestión de pacientes. Sólo telefónico el CCI llegó a tener hasta por operador no sé si 150 consultas son muchísimos eran los casos que seguían la mitad era que seguían y la mitad era de consultas...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Asimismo, se revela en las/os entrevistadas/os que, al ser la institución un centro de referencia de la zona sur para la recepción y procesamiento de muestras de Covid, esto provocó no sólo un aumento de las actividades en algunos servicios, sino también en el incremento del **tiempo y la intensidad del trabajo**, como el servicio de laboratorio, que debían atender las solicitudes de todos los centros de salud públicos y privados de esta zona.

Se muestra la siguiente cita:

¹⁰ CCI, es la abreviación de Centro de Comunicación inteligente, call center donde se reciben las llamadas telefónicas del hospital.

“... de todas maneras como hospital de referencia siempre trabajamos a sala llena, pero en primera instancia se hacían todos los análisis de toda la zona (...) por la demanda, la excesiva demanda nosotros éramos referentes del Amba Sur(...) y no sólo eran consultas de los hospitales de la red, sino que también de lo privado todos estaban procesando acá, todo el Amba Sur se procesaba acá, entonces, eran muchísimas muestras, que el personal debía permanecer más horas de trabajo para cubrir la demanda ...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Sumado a esto en las entrevistas se indicó en varias oportunidades, que se debía trabajar con mucha rapidez a fin de evacuar consultas o realizar gestiones de manera inmediata, es decir, se resolvían situaciones de urgencia. De un día para el otro se implementaron nuevos procesos y protocolos que se tenían que aplicar, pero a la vez había que capacitar a las personas para evitar errores. No sólo eso sino también había que adquirir los insumos para que las/los profesionales tuvieran los elementos para protegerse. En muchos casos las/os profesionales no sabían cómo usar correctamente los EPP, por lo tanto, se impartieron capacitaciones de emergencia para instruir sobre las pautas indispensables para utilizarlos.

“... fue una capacitación de emergencia, nosotros teníamos todos los protocolos que tenía la nación, entonces se implementan acá de acuerdo a lo que nosotros teníamos como necesidad, el triage por ejemplo, acá nadie hisopaba (...), se tuvo que ir haciendo todas esas cosas y capacitar a la gente para que cubrieran eso, hubo muchos compañeros que se han puesto de voluntarios para justamente la capacitación ...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También se requería inmediatez para dar el ingreso de los pacientes a fin de evitar que las complicaciones se profundizarán por la demora en la atención. Como lo menciona la entrevistada 8:

“... cuando ingresa un paciente, hay que estar preparados y hacer las cosas con mucho cuidado para evitar contagiarte, viste..., hay que ponerse todas las cosas, botas, camisolín, máscara, todo, encima tenes viste? ... porque mira si te contagias, pero también tenés que hacer todo lo más rápido posible para atenderlos rápido, porque cuando uno se complica, es un problema...” (entrevistada 8). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También fue necesario dedicarle mucha atención y minuciosidad al vestirse y desvestirse con los EPP, para evitar cometer errores y contagiarse poniendo en riesgo su vida y la de sus familiares. No obstante, se instruía a las/os profesionales que, a pesar de las urgencias, siempre primero estaba su cuidado y después, el del paciente, porque si ante la emergencia se descuidan los pasos a seguir en la utilización de las protecciones se pone en riesgo su propia vida y la de los demás. Se muestra la siguiente cita:

“... ya el hecho de tener que cambiarte todo para ir a atender un paciente, te lleva tiempo, te lleva un poco de estrés, porque vos en realidad te estás cambiando para no contagiarse, entonces todo eso te genera cierta tensión, si bien te da seguridad estar cambiado, pero también te genera algunos cuidados que antes no tenían, (...) y por el estrés que te genera, si sabés que el paciente tiene Covid tenes extremo cuidado para no llevárselo ni vos, ni a tu casa, ...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

El personal también se vio afectado por la disminución de las horas de descanso y la suspensión de todo tipo de licencias, a excepción de las otorgadas por enfermedad, aplicadas a todo el personal de salud por DNU N° 260/20¹¹, situación que ha sido manifestada en varias de las entrevistas realizadas, a modo de ejemplo se citan dos (2) fragmentos de estas:

“y con el aislamiento que teníamos sólo veníamos a trabajar y volvíamos a casa. Tuvimos que rescindir de las relaciones humanas. De repente no podías estar con las otras personas, de repente no se podía desayunar, no podías juntarte en los espacios en común, ni dentro ni fuera del hospital y los vínculos laborales también se vieron muy afectados...” (entrevistada 4) Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En concordancia con esto, el entrevistado 5 menciona:

“... nos pusimos a laburar todos los de salud, no te hablo solamente el que está delante del paciente trabajando, sino desde el administrativo, el camillero hasta el médico, o sea todos los que trabajamos en salud, los chicos de seguridad, los de limpieza ... y creo que lo peor, una de las primeras cosas malas que hicieron fue no darnos las licencias de vacaciones porque estamos todos cansados. Pero al no darte las vacaciones, los tiempos de descansos necesarios, ya sea las vacaciones o las que

¹¹ Decreto Nacional por Urgencia 260/20. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/texact.htm>

te corresponden por ley, empeoro la situación de agotamiento de todos ...”
(entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se puede ver en las citas anteriores el aumento en la **cantidad de las actividades** fue muy importante llegando a triplicar las tareas habituales de las/os profesionales, por las bajas temporales: por licencias por grupo de riesgo, por infecciones del personal o por contactos estrechos, debiendo permanecer aislados en sus casas. Todas esas labores, en su mayoría, fueron absorbidas por el personal que no se encontraba licenciado, a fin de evitar la acumulación. No obstante, esto también se incrementó la cantidad de trabajo porque la institución debió absorber todos los estudios que se realizaban en el Amba Sur del subsector público y privado.

En tanto, también podemos inferir que aumentó la **intensidad de trabajo** por la rapidez que se requería en el procesamiento de los datos y la necesidad de respuesta inmediata a los centros de atención de pacientes con Covid. No solo eso, sino la minuciosidad y precisión necesaria para la utilización de los EPP y así evitar el contagio propio y la propagación del virus al resto de las personas. Para esto fue necesario la capacitación urgente de las/os profesionales, que en muchos casos nunca habían utilizado estos EPP, requiriendo instrucción a fin de evitar cometer errores en la correcta utilización.

La excesiva demanda provocó, además, un aumento en los **tiempos de trabajo**; por el incremento de las horas laborales de las/os profesionales, que para evitar el retraso de los resultados o la acumulación de tareas ampliaban las jornadas laborales; por la reducción de las pausas laborales, no estaban permitidos los momentos de dispersión entre compañeras/os, amigas/os y familiares, ni en espacios cerrados ni al aire libre; y la suspensión de las licencias establecidas por Ley, que por Decreto de Presidencia fueron suspendidas para poder hacer frente a la emergencia sanitaria con el personal de salud existente.

Otro dato importante que se menciona es que las consultas médicas de atención se distribuyeron en dos períodos. Primero, con los picos de contagios en la primera ola y el aislamiento preventivo obligatorio que prohibía la circulación, las personas con patologías de base no concurren a realizarse los controles correspondientes, por lo tanto, las consultas y prácticas habituales disminuyeron, sólo se incrementaron las referidas a pacientes con Covid-19. Posteriormente, con la baja de contagios, aumentan las demandas y consultas por esas patologías que habían sido descuidadas, provocando que las/os profesionales de la salud no tuvieran ningún período de alivio ni de descanso en sus actividades, de acuerdo con lo que se menciona a continuación:

“Las consultas que aumentaban eran las consultas por el Covid-19(...) no así aumentaban las consultas por otras enfermedades porque la gente tenía miedo de consultar y de ir a hacerse controles, eso fue en detrimento de todas las otras patologías que las evidenciamos después cuando baja un poco la ola de covid (...) y si, ni bien baja la ola de covid lo que se aumenta son las consultas por otro tipo de patologías...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En estas citas se puede observar como las/os trabajadoras/es estuvieron sometidos a una mayor **carga laboral** por tiempo, cantidad e intensidad de trabajo dada por el uso de los equipos de protección personal, por mayor cantidad de actividades generado por el reemplazo de compañeras/os y por un aumento en la cantidad de tareas diarias.

Estuvieron expuestos a mayor **tiempo de trabajo** ya que muchas/os extendieron su jornada laboral para poder cumplir con las nuevas labores asignadas. A una mayor **intensidad laboral**, por tener que aprender nuevas prácticas como los equipos de trabajadoras/es de servicios de la primera línea de atención, que debieron entrenarse para estar preparados para el ingreso de pacientes con Covid sumado a sus tareas diarias. Situaciones similares se vieron en el estudio realizado en las instituciones de salud del subsector público de La Plata, Berisso y Ensenada, de la Región XI de la Provincia de Buenos Aires, ya mencionado, que muestra que el 19% de las/os encuestadas/os vio incrementada su jornada laboral, el 85% sufrió aumento en la presión en el trabajo, disminución en los descansos para recuperación (60%) y un 73% en el aumento de los ritmos laborales.

Asimismo, se desprende de lo mencionado, que se requirió mucha precisión en la utilización de los EPP para prevenir la propagación del virus e inmediatez frente a situaciones diarias que debían resolverse para que las/os profesionales de salud contarán con la capacitación y los insumos necesarios para hacer frente a la pandemia.

Toda esta **carga global de trabajo** que deviene del incremento en las exigencias laborales puede producir, según la teoría afecciones severas en la salud de las/os trabajadoras/es (Laurell, 1993; Neffa, 2019), pudiendo generar en algunos casos implicancia en sus capacidades mentales, físicas y psíquicas, es decir, puede producirse "desgaste" (Laurell, 1993).

Asimismo, se debe mencionar que la falta de descanso o pausas en el trabajo puede generar efectos nocivos en la salud de las/os trabajadoras/es por la falta de recuperación. Una jornada

extenuante de trabajo que no se le dedica el tiempo necesario para la reparación puede producir patologías leves hasta irrecuperables (Useche Mora, 1992)

○ **6.2. Nueva modalidad de trabajo**

Como ya se mencionó anteriormente, del análisis de entrevistas se desprende que las/os trabajadoras/es debieron, por necesidad de la Institución durante el aislamiento declarado y para la prevención por los posibles contagios, reorganizar los servicios en “burbujas”, siendo el propio equipo de trabajo el que definía las guardias presenciales y el trabajo remoto de acuerdo con los requerimientos particulares del área. Se muestra la siguiente cita:

“... nos alternamos, somos tres en el área específica y nos alternamos y nos organizamos (...) pero no teníamos una semana sí y una no, sino que veníamos alternado tuvimos libertad para resolver todo eso de organizarnos en el trabajo, lo manejamos nosotros también se dio la posibilidad de hacer teletrabajo a las áreas que podían ...” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Por toda la situación de aislamiento, según lo relevado, se implementa de un día para el otro el teletrabajo, en los servicios en los que era posible. Se alternaba la presencialidad y el trabajo remoto, cubriendo así las actividades diarias de todos los sectores y evitando la aglomeración de personal, en lugares en donde la infraestructura no estaba preparada para mantener la distancia requerida, de acuerdo con los protocolos. Se muestra la siguiente cita:

“... entonces también además de la cortización¹² se hizo el teletrabajo en primera instancia, al no saber también cómo teníamos que estar y cuántos debíamos trabajar en los distintos lugares, había áreas que estaban sobresaturadas y entonces se hizo la cortización para evitar el contagio y para tener reemplazo en el caso de los contagios, o sea, porque si teníamos una, como la llamamos ahora, burbuja contagiada, debe ser reemplazada por la otra que estaba descansando o qué cortizaba...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En tanto, sobre las definiciones de la dinámica de trabajo, la Institución fue flexible y las/os trabajadoras/es acordaron la modalidad que mejor se adaptara a sus necesidades. En este sentido,

¹² Cortización, es la forma que las/os trabajadoras/es mencionan que se alternaban para realizar la tarea de manera presencial.

las/os entrevistadas/os señalaron que, algunos equipos estaban preparados para ese modo de trabajo remoto y a otros les era más difícil la adaptación, ya sea, porque no tenían las herramientas para desarrollar la tarea de manera correcta o porque en su casa no contaban con un espacio que pudiera ser adecuado como oficina, haciendo que la convivencia permanente con otras personas complica la concentración y disponibilidad. Se muestra la siguiente cita:

“... si, se implementó el teletrabajo, pero en algunos casos no era fácil, algunos compañeros y sobre todo algunas compañeras les fue muy difícil estar en su casa y a la vez tener alrededor a toda la familia, primero porque la casa es chica y están todos ahí al lado. Además, si tuviéramos más espacio capaz que si se puede, pero bueno hay que adaptarse, tuvimos que adecuarnos a todo esto nuevo...”

(entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede ver qué en las citas transcritas anteriormente la organización fue flexible frente a la adaptación de las/os trabajadoras/es en la organización de los puestos de trabajo, en la alternancia y en el armado de burbujas. Si bien tenían autonomía frente a la forma de organizar las actividades no todos estaban preparados para afrontar las nuevas modalidades por la falta de herramientas como por la escasa capacitación para la utilización de las nuevas tecnologías implementadas.

Así también, todas/os los trabajadoras/es de los diferentes servicios debieron adaptarse al teletrabajo, que de un día para el otro se implementó para solucionar los problemas de infraestructura para evitar los contagios masivos. Esta modalidad de trabajo remoto puede generar extensión en las jornadas por la falta de delimitación del espacio laboral con la vida personal del trabajador implicando, muchas veces horas extraordinarias de trabajo sin ser remuneradas (Neffa, 2015).

Esa implementación de trabajo remoto durante la pandemia se ha realizado en muchas organizaciones de salud, como es el caso descrito para los profesionales de la salud del Distrito 10D01 de Ibarra - Perú ¹³, donde muestra que si bien le permite al personal disponer de una flexibilidad mayor en sus horarios, también las/os lleva a una implicancia en su salud mayor, en este estudio se concluye que el 84,44% presentó síntomas de estrés frente a la modalidad del

¹³ El objetivo del estudio es identificar el estrés en el personal sanitario producto del teletrabajo por el COVID-19.

teletrabajo, pudiendo aumentar el porcentaje de las problemáticas en la salud si no se ejecuta de manera correcta su implementación y si la capacitación es inadecuada (Arteaga Cadena, 2020).

Además, según la teoría existente, estos cambios podrían traer incertidumbre y frustración en las/os trabajadoras/es por los cambios abruptos y la implementación de herramientas informáticas para los cuales no se contaba con la experiencia y práctica necesaria (Neffa 2019; Neffa et al, 2020).

○ **6.3. Supervisión y participación de las/os trabajadoras/es**

En el análisis de las entrevistas se revela que las/os profesionales, frente a las decisiones con respecto a los procedimientos a seguir o los protocolos a aplicar, siempre siguiendo los lineamientos establecidos, contaban con libertad de acción cuando surgían inconvenientes imprevistos.

“... un poco es así, hay autonomía para decidir de algunas cuestiones, pero siempre se le avisa al superior, pero en cuanto a lo imprevisto acá, por ejemplo, el médico de guardia actúa no nos avisa a nosotros. Nos avisa después por supuesto. En realidad, acá siempre, por lo menos lo que se dio siempre: uno tenía un protocolo de seguimiento, pero siempre te pasaban situaciones nuevas que no entraban dentro de ese protocolo...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Mencionan también que se conformó un comité de crisis, de los que participaron jefas/es de servicio, personal del hospital, asociaciones gremiales y autoridades, para delinear los pasos a seguir de acuerdo con las indicaciones impartidas por las organizaciones internacionales, nacionales y provinciales. En un principio las reuniones eran diarias y podía concurrir todo el personal que quisiera interiorizarse sobre la situación sanitaria, pero con el transcurrir del tiempo sólo participaban las áreas más involucradas en los casos médicos y las reuniones comenzaron a espaciarse. Se muestra la siguiente cita:

“... algo muy positivo que se dio en este hospital particularmente eran los comités de crisis que los conformaban todos los directores, los jefes de servicio, sindicatos, pero nos hicieron partícipes a todos o sea eso es algo que vos podías ir sentarte ahí y escuchar, hasta que después se limitó, los lineamientos se impartían hacia las jefaturas y las jefaturas hacia abajo, coordinaciones y el resto del personal ...”

(entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

No obstante esto, todas las decisiones frente a los procesos se realizaban en conjunto, entre pares, porque al tratarse de una enfermedad poco conocida se tomaban todos los recaudos para evitar errores, es decir, el consenso en el equipo de trabajo es importante. Además de esto, se evidencia que existió mucha colaboración y solidaridad entre los distintos equipos, se apoyaban mutuamente sin importar las individualidades, se identificaron como un colectivo de trabajadoras/es de salud que debían actuar en conjunto porque de no ser así, se corrían muchos riesgos. Se muestra la siguiente cita:

“... y se han hecho reuniones de comité de infectología de crisis de pandemia de todo lo que había que hacer. ¡Y sí!, porque sobre la marcha siempre había cambios, primero que el aislamiento era 14 días, después pasaron a 10. Durante la enfermedad hubo cambios, entonces constantemente nos reuníamos...”

(entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede apreciar de los recortes de entrevistas, que el personal de salud contó con la posibilidad de participación a la hora de las decisiones, si bien existían protocolos y normativas impartidas por organismos superiores, las/os profesionales actuantes en momentos de emergencia contaban con la anuencia de sus jefas/es inmediatos para decidir frente al imprevisto y luego, informar sobre los hechos acontecidos. Situación muy importante de calidad en el trabajo, como sostiene Noriega (1993), porque le permite utilizar su ingenio e inteligencia para la solución de los problemas contrarrestando la alienación en el trabajo que puede producir efectos severos en la salud de las/os trabajadoras/es (Neffa et al, 2001; Neffa, 2015, 2019). Aspecto vinculado con la subjetividad del trabajo, en donde el individuo pone en juego la integralidad de su persona demandando un esfuerzo adicional a los cotidianos. (Moreno Jiménez, 2011).

Esto se vio también en el estudio mencionado por Miota et al (2021), en donde se contaba con flexibilidad en la toma de decisiones, eran de manera conjunta y horizontal, se tomaban en cuenta la experiencia de cada una/o. Todas/os participaban frente a los mejores protocolos a aplicar ante las situaciones de emergencia vividas.

○ **6.4. Relaciones interpersonales**

Otra situación excepcional que se vivió en este lapso, señalada por las/os entrevistadas/os fue que, por el aislamiento y distanciamiento establecido, se perdieron los espacios para compartir y

socializar tanto fuera como dentro de la Institución. Ya no se podía utilizar el comedor por ser un foco de contagio, que era el espacio por excelencia, en donde se compartía con compañeras/os y se dispersaban de las situaciones difíciles del trabajo, pero eso se eliminó. Como lo señala el siguiente fragmento de entrevista:

“... siempre compartíamos muchas cosas juntos, desde charlas hasta encontronazos (...) o las mismas juntadas en este mismo sector de laboratorio, que nos juntábamos antes a charlar en el comedor, aunque sea 5 minutos y hoy no se puede. El mismo abrazo, la palmada, son cosas que ya hoy no se pueden por una cuestión de cuidarse uno y de cuidar al otro ...” (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En tanto en la Institución, para resolver este inconveniente, se crean espacios al aire libre para poder fraternizar con el otro/a, un lugar para mantener un vínculo social, que a pesar de las restricciones se pudiera compartir un tiempo con los pares, que no fuera trabajo, es decir, un espacio de distensión y convivencia con el otro/a. De acuerdo con lo mencionado seguidamente:

“... como no se podía usar el comedor para ir a comer con los compañeros, entonces, el hospital creó los espacios, esos verdes, esos lugares en los patios, que se pueden usar para comer o para pasar un rato, ahí viste? emmm, charlando, riéndote, o que se yo, para estar... (entrevistada 8). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

Una situación que también se observa en las entrevistas es, que la pandemia sacó lo mejor y lo peor de las personas. Por un lado, se reflejó la solidaridad y colaboración entre equipos de trabajo, cuando era necesario cubrir un/a compañero/a si se infecta o si era necesario la atención de algún paciente muy complicado. Por otro lado, también existió en los periodos de mucho trabajo por los picos de contagios: la intolerancia, el enojo, se veía a mucha gente utilizar la violencia, increpar a las/os compañeras/os, para obtener lo que necesitaba.

Para ejemplificar los aspectos positivos, se extrae la siguiente cita:

“La pandemia expuso las cosas buenas y malas de la gente, de la institución y de los servicios, la capacidad de gestionar, la capacidad de contener, quien lidera quién no, yo creo que eso pasó a nivel de todos, quién se puede adaptar más a los

imprevistos ...” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En contraposición con esto, la siguiente cita expone algunos momentos de intolerancia:

“... la gente está mal, está reaccionando de muy mala manera y a nivel institucional lo he visto, lo he visto entre colegas, lo he visto entre mismos enfermeros, enfermeros con médicos, médicos con enfermeros...” (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En otros casos, el Covid, fortaleció a los equipos de trabajo a través de la cooperación mutua, ya que a pesar de ser una enfermedad que produce un aislamiento inmediato, un trabajo solitario todas/os las compañeras/os prestaban su ayuda para encaminar el trabajo hacia el mismo destino porque a pesar del aislamiento todos los equipos vivían situaciones similares.

“... mirá, nosotros hemos tenido, no sé si decir gran suerte por eso no sé si la palabra es suerte o que realmente el equipo está consolidado no hemos tenido mayores problemas ni entre nosotros y enfermería ni entre nosotros y kinesiología, laboratorio, porque todos padecemos desde el lugar en donde estábamos la misma situación, entonces, es como que si hay que remar rememos todos juntos (...)” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Además de todo lo mencionado, según los relatos, también surgieron comparaciones entre equipos de trabajo, por ejemplo, entre el personal de la primera línea y los administrativos, sobre todo surgieron las comparaciones salariales y quienes podían realizar tareas remotas. Apareció con el transcurrir de los meses la disparidad en el pago de bonificaciones o en cuanto a la alternancia entre presencialidad y trabajo remoto, porque había sectores que reclamaban la realización de esa modalidad de trabajo, pero era imposible por la actividad desarrollada, debiendo concurrir de manera permanente y continua, sin vacaciones ni descansos porque el puesto lo requería por estar en la primera línea de atención al paciente. Se muestra la siguiente cita:

“y bueno conflictos, siempre hay en el servicio conflictos, yo creo que bueno...se planteaba esto de que mi personal veía que en otros servicios había mucha más incorporación de gente y que en nuestro servicio no había tanto, entonces bueno, todas esas cosas, generaban la diferencia. A esto, lo del resto de los profesionales que estaban cortizados y ellos no, que tuvieron que venir siempre y que no se

tomaron ningún tipo de licencia, solamente si estaban contagiados por covid, sino ellos laburaron estos dos años, laburando no? Y vos veías otros servicios que no venían y se llevaban el mismo sueldo sin venir...” (entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De las citas se puede recabar que la situación de pandemia afectó directamente las relaciones sociales en el trabajo, ya que por el aislamiento la interacción entre pares era escasa, no se podía compartir momentos de recreación en la organización ni tampoco se podía desarrollar actividades extralaborales, de esparcimiento para recuperarse del desgaste laboral. En este contexto de pandemia se ha producido un aislamiento prolongado y se trabajó solitariamente, siendo esto un factor de riesgo psicosocial importante que puede provocar ansiedad, angustia y depresión en las/os trabajadoras/es (OIT, 2020).

Las relaciones sociales en el trabajo, siempre que se realice adecuadamente, pueden generar un ambiente propicio para desarrollar las actividades cotidianas en el ámbito hospitalario y provocar beneficios para la salud del equipo de trabajo con menos implicaciones mentales (Fernandes et al, 2021).

Asimismo, las relaciones sociales son fundamentales en los ambientes de trabajo para sentirse parte de un equipo y para afrontar situaciones de conflictos, lograr la identidad del trabajador/a con la organización y conformar colectivos de trabajo que permitan desarrollar una organización conjunta para desplegar estrategias defensivas. En estos vínculos entre pares el/la trabajador/a establece vínculos de cooperación y solidaridad, cómo también requiere de la relación con los superiores para la obtención del reconocimiento necesario por la labor correctamente cumplida (Neffa, 2019).

○ **6.5. Experiencias difíciles vividas en pandemia**

El personal de salud, como se ha mencionado, se encuentra expuesto a largas jornadas de trabajo, disminución de pausas, eliminación de licencias, soledad, aislamiento en el puesto, ritmos acelerados, cambios en las rutinas de trabajo y de sus vidas, todos estos factores de riesgo psicosociales podrían producir un efecto negativo en la salud de las/os trabajadoras/es, que si bien existen de manera constante por el tipo de servicio que prestan, con la pandemia se han visto acrecentados OIT (2020).

Un tema importante que surge de las entrevistas estuvo dado por aquellos casos de pacientes muy jóvenes de Covid 19 que se morían de un día para el otro, donde el personal ha tenido que

sobrellevar momentos muy difíciles, sobre todo cuando esto sucedió con familiares, amigas/os y compañeras/os.

Si bien el personal de salud, por las características y condiciones propias del trabajo, se encuentran en constante contacto con la muerte y el sufrimiento, son seres humanos que se sienten afectados y al convivir en escenarios de crisis deben resguardarse de sus sentimientos para evitar tener implicancia en la salud mental. De igual manera, hubo momentos en donde las/os trabajadoras/es deben controlar sus emociones; ya que restringen sus sentimientos y emociones frente a pacientes y/o sus familiares a los que deben contener por encontrarse en situaciones más vulnerables (Huérfano Escobar y Ramírez Plata, 2021). La entrevistada 3 expresa lo vivido:

“... lo más difícil sin lugar a duda son las repercusiones en la salud psíquica (...) porque del cansancio vos te recuperas. En la atención al enfermo crítico estamos todos para eso, pero la situación emocional y de angustia que se ha vivido, esa no se pasa de un día para el otro, va a dejar secuelas a largo plazo. De ver gente muy joven enferma, de verla morir, eso no es algo que se pasa de un momento para otro y además es algo a lo que uno no está acostumbrado. Vos generalmente, no digo que no ves morir a pacientes, pero pacientes que están con una enfermedad hace mucho tiempo, pacientes que vos ves que se internan dos o tres veces (...). Y bueno, vos sabes cuáles son los pronósticos acá, se ha visto gente joven con una enfermedad que la contrajo y en 15 días estaba respirado¹⁴, en diálisis y falleció. Y eso fue muy difícil.” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

No obstante, lo más difícil ha sido cuando se enfermaba un/a compañera/o de trabajo que a pesar de estar acostumbrados a tratar y convivir con la muerte, el virus Covid 19 cambió los paradigmas establecidos también en los tiempos y estadíos del proceso de padecer una enfermedad, se aceleraron las etapas y la evolución de la enfermedad drásticamente. Muchas/os compañeras/os se enfermaron y en pocos días algunos tuvieron que ser intubados/as y otros llegaron hasta la muerte. Esta etapa ha sido mencionada y descrita como “muy triste” y traumática. Durante el período analizado uno de los factores más escasos sin dudas ha sido el factor tiempo. No había espacio para los duelos y para sobreponerse a situaciones tan difíciles y complejas vividas. La

¹⁴ respirado: manera informal de mencionar cuando a un paciente se le coloca la respiración mecánica (respirador) (entrevistada 3).

angustia y el dolor estuvo presente durante todo este período analizado. Se muestra la siguiente cita:

“Yo creo que la situación más difícil fue entubar a un compañero y el desenlace, (...) pero la situación más difícil ya era atender un compañero, es difícil, no se puede y es hasta antiético si se quiere. En esta situación de tal incertidumbre, era duro atender a un compañero. (...) vos hacés todo por el paciente, pero acá es tu compañero o los familiares de los compañeros, siempre se complica. Nosotros teníamos una tasa de mortalidad muy alta en Covid y las camas que se desocuparon eran por mortalidad y no porque se iban a la casa con una evolución favorable. Entonces cuando entra un compañero, que se te complique, que lo tengas que entubar, que tronar sabíamos cómo era el desenlace ...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se puede apreciar de las citas extraídas, el control de las emociones que tiene que hacer el personal de salud es muy importante en este contexto, porque debe hacer uso de sus habilidades profesionales para comprender y contener a sus pacientes y familiares provocando un uso excesivo de las capacidades cognitivas que pueden devenir en afecciones psíquicas (Neffa, 2015).

No obstante esto, a pesar de no tener que involucrarse y tratar de ser objetivo en muchas situaciones resulta muy difícil. Como lo expresa la entrevistada 8, que a pesar de su profesionalismo sintió miedo frente a la posibilidad de contagiarse y morir como alguno/a de las/os compañeras/os de trabajo y/o pacientes que debieron atender en esta emergencia sanitaria.

“cuando empezaron a enfermarse los compañeros, todos nos pusimos a pensar ¿y si mañana me enfermo yo? ¿cómo la voy a pasar? ¿terminaré como fulanita, como fulanita?” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También se vio el miedo de contagiar a familiares y amigos, la sensación de incertidumbre que se ha vivido debido a la falta de conocimiento del virus. Situaciones que eran cotidianas, como convivir con la muerte en las/os profesionales de salud, se convirtió en inseguridad y miedo frente a los escenarios vividos, en donde una persona con buen estado de salud y joven ingresaba a la institución y en 15 días se moría, esto afectaba emocionalmente a todas/os. Este trabajo emocional requerido que está dado por la atención cara a cara con las/os enfermas/os, produce un aumento de las exigencias psíquicas de las/os trabajadoras/es (Neffa, 2015).

Así también, se evidencia que la falta de tiempo fue un factor fundamental, haciendo que las tareas cotidianas se deban desarrollar con una presión adicional, no sólo por el escaso tiempo para llevarla adelante, en el caso de urgencias, sino también por la minuciosidad y atención que requerían, ya que si se cometía un error se ponía en peligro la vida de las/os pacientes, pero también la propia vida del profesional de salud que atendía. Cuando un trabajo requiere adoptar decisiones rápidas y procesar varias cosas a la vez y de manera detallada, es decir, exigencias cognitivas de las/os trabajadores por encima de sus capacidades puede producir un mayor esfuerzo cognitivo del habitual generando efectos nocivos sobre la salud mental de las/os trabajadoras/es (Neffa, 2015).

De los relatos surge que el colectivo de trabajadoras/es de la salud está atravesado por las emociones de manera constante. A pesar de que en los equipos de salud es habitual estar enfrentados a la toma de decisiones para luchar con la vida y con la muerte, durante este periodo se vieron incrementados los sentimientos de tristeza, angustia y miedo por la muerte de sus pares a causa de la pandemia y de personas en perfecto estado de salud. Las/os trabajadoras/es de la salud, están en constante contacto con el sufrimiento emocional de otras/os y se sienten frustrados frente a la imposibilidad de resolver la salud de las/os pacientes.

En la investigación llevada a cabo en un hospital provincial publicó por Sanchez Raverta (2022)¹⁵, señala que las/os trabajadoras/es de la salud entrevistadas/os han sentido miedo y tristeza frente al contagio de sus pares y la pérdida de la vida de algunas/os en muchos casos. También sintieron la soledad al trabajar y con poca contención emocional, no por sus compañeras/os sino por la institución.

Así se puede mencionar que en el comienzo al situarse las/os trabajadoras/es dentro de una sensación de guerra ficticia contra un enemigo invisible los expuso a riesgos evitables por subestimar y desconocer la magnitud del virus Covid 19 y esto llevó en algunas ocasiones el contagiarse entre compañeros por no cumplir con los protocolos de seguridad con el rigor necesario. Todo esto trajo un agotamiento mayor a las/os trabajadoras/es de la salud que en otras situaciones (Neffa et al, 2020).

¹⁵ El objetivo del trabajo es reflexionar sobre la percepción de las y los enfermeras y enfermeros de los riesgos psicosociales de un hospital público durante la pandemia del Covid-19.

○ **6.6. Efectos en la salud de las/os trabajadoras/es**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, las condiciones laborales en las que desarrollan sus actividades las/os trabajadoras/es, se han visto modificadas durante el periodo de la pandemia provocando consecuencias en su salud.

Durante todo este lapso según lo descrito por las/os entrevistadas/os, el personal de salud ha sufrido cansancio, agotamiento y fatiga tanto física, mental como psíquica, por las extenuantes horas de trabajo, la presión y la preocupación constante. Sumando a esto, no contaban con un espacio de distensión, un cable a tierra para desconectarse de sus labores diarias dado por la situación de estar en un aislamiento preventivo.

Los sectores que se han visto más afectados física, mental y psíquicamente, de acuerdo con el relevamiento realizado, son los sectores de la primera línea de atención, por encontrarse en permanente contacto con los pacientes de Covid 19. A modo de ejemplo se citan los extractos de dos entrevistas:

“... si bien la pandemia afectó a todo el equipo de salud,(...) pero dentro de un hospital siempre hay servicios que tienen más afectación que otros por los roles que tienen, yo creo que toda la gente que hace área crítica, todo el equipo de salud, desde el kinesiólogo hasta la que tiene que limpiar la habitación donde estuvo el paciente con covid, el médico, el enfermero, el de diagnóstico por imágenes que le va a hacer un estudio al paciente que tiene covid, yo creo que ese grupo estuvo más afectado que el resto sin ninguna duda.” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

El entrevistado 6 coincide en afirmar que el sector de la primera línea fueron los más afectados:

“Yo creo que se vio muy afectada la parte emocional, la parte psicológica y a nivel físico. Yo creo que lo que se siente es ese cansancio. (...) todos los terapeutas, todos esos médicos de la guardia que se rompieron el lomo durante toda la pandemia y se vieron afectados, (...) más tiempo sin dormir, más tiempo sin descansar, fuera de sus casas. Entonces la parte física se afectó pero principalmente la psicológica...” (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Cabe mencionar que lo primero que apareció en las entrevistas fue el miedo al contagio y el traslado del virus a los familiares y además la culpa, la responsabilidad por estos, que son

personas que no pertenecen al sector de la salud y no eligen estar en este ámbito, en cambio las/os trabajadoras/es si entienden el riesgo que implica ser parte del personal sanitario. Se muestra la siguiente cita:

“... en primera instancia era el miedo que tenía la gente, porque no sólo tenías que tener el cuidado para atender a los pacientes sino el cuidado en tu traslado y el traslado hasta tu casa y cuidar a tu núcleo familiar, qué es lo principal. De todas maneras, nosotros acá trabajamos y sabemos qué hacemos un servicio de asistencia y de servicio, pero la familia no es parte de...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Además, se resalta que a pesar de tomar todos los recaudos necesarios para protegerse, higienizarse de acuerdo a las indicaciones y quitarse la ropa de trabajo según los protocolos; igualmente era posible contagiarse y llevar el virus Covid 19 al hogar y propagarlo entre los seres queridos, por lo tanto el miedo era mayor. Como se indica en la siguiente cita:

“... creo que la situación más difícil que pasan (...), es el miedo a no volver a ver a tu familia por un tiempo, (...) miedo de contagiarlos y no verlos realmente nunca más, (...) eso creo, ya te digo es lo más temeroso desde mi punto de vista porque me daría miedo de contagiar a un hermano o de contagiar a un ser querido que realmente no se puede contagiar y no esté más ...” (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Con el transcurrir de los días y de los meses, según se describe, empezaron a reflejarse otros efectos del aumento de las exigencias, como el cansancio, el agotamiento físico y por sobre todo a aparecer y profundizar las problemáticas de salud mental, aunque al momento de la investigación aún no se tienen resultados concretos porque no ha terminado la pandemia, desprendiéndose de las declaraciones del personal entrevistado, que las principales secuelas perceptibles son las psíquicas. Se muestra la siguiente cita:

“... el tiempo que tuvo que dedicarle a su trabajo que siempre fue mayor, porque todos se enlentece, porque (...) la presión en estas horas de trabajo, ese tipo de estrés, la angustia qué te llevas a tu casa (...) sin lugar a duda, la mayor afección es en la salud psíquica, yo creo que sí sin lugar a dudas, porque del cansancio vos te recuperas, en la atención al enfermo crítico estamos todos para eso, pero la situación emocional y de angustia que se ha vivido esa no se pasa de un día para el otro va a

dejar secuelas a largo plazo...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se evidencia de las entrevistas, el aumento de la carga emocional sufrida durante este periodo afectó sin dudas a todas las personas que trabajan en el ámbito de la salud, porque se ven en constante trato con pacientes que sufren situaciones dramáticas que deben contener y brindarles su apoyo. Fue necesario, también, desplegar sus estrategias profesionales para hacer frente a la muerte de manera diaria. En este sentido, retomando lo señalado por Neffa (2015), cuando las/os trabajadoras/es deben esconder sus sentimientos y hacerles frente a situaciones dramáticas de otros, se produce un efecto negativo en la salud psíquica de estos. En tanto, el miedo, la angustia y la ansiedad surgida en este contexto de emergencia sanitaria pueden obedecer a las modificaciones de las condiciones de trabajo y el aumento de las exigencias laborales evidenciadas (Neffa, 2015).

“En todo, la angustia, depresión, el cansancio que viste es como que uno ya estaba agobiado de toda esta situación y que no sabíamos hasta cuando iba a ser, y que es como ahora, nosotros decíamos ahora estamos así pero no sabemos cómo vamos a estar en un futuro, es ... una incertidumbre.” (entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De acuerdo con lo señalado por las/os entrevistadas/os se ha producido cansancio y agotamiento físico y mental por las largas jornadas laborales, la alta demanda, el incremento de la cantidad de pacientes con Covid 19 y la complejidad que tienen estos, a diferencia de los pacientes habituales, ya que estos pacientes necesitan ser intubados, pronarse (ponerlos boca abajo) en algunas situaciones y volver a suprinarlos (poner boca arriba). Además, necesitan ser rehabilitados, ser sentados y acostados de manera permanente para evitar el entumecimiento de las extremidades provocando mayor fatiga, este esfuerzo físico que debió realizarse, puede producir afecciones musculares (Clerc, 1987). Se muestra la siguiente cita:

“... eran pacientes (...) que había que pronarlos (ponerlos boca abajo), que había que cultivarlos, por ahí se pronaba, a las 12 hs., 24 hs se volvían a suprinar (cambiarlos boca arriba), por ahí andaba mal, y se tenían que volver a tronar y suprinar.... También eran pacientes que están mucho tiempo ventilados con bloqueantes y todo ello llevaba a una debilidad muscular (...) son pacientes que después hay que hacer la parte de rehabilitación motora, que al paciente hay que empezar a sentarlo, que controlen el tronco, como empezar a caminar de nuevo, ...”

(entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se señala en el relevamiento, con el correr de los meses además del miedo y la culpa por la posibilidad de contagio a sus familiares y/o amigos, comienzan a surgir problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, malhumor, ataques de pánico, angustia y depresión, producto del cansancio, agotamiento, fatiga y una excesiva demanda laboral por la pandemia. Algunas personas debieron recurrir a la terapia o retomarla en algunos casos para poder conciliar lo que se vivía de manera cotidiana en el trabajo con la vida familiar y no llevarlo a la casa; ya que la gente tampoco contaba con la posibilidad de dispersión fuera de su casa por la situación de aislamiento preventivo. Según se señala a continuación:

“... a mí particularmente que no atiendo pacientes y no estoy en lo asistencial recién ahora puedo conciliar el sueño a mí me pasaba que no me podía dormir, dormía pero me despertaba a las 2 de la mañana pensando en el trabajo y eso hacía que yo venga de mal humor, mal dormida, había una cadena una consecuencia de cosas (...) yo tampoco puedo dormir, yo no tengo ni hambre, vivo cansada había personas que tenían ataques de pánico (...) había dos, tres compañeras nuestras que estaban retomando terapia y que tenían ataques de pánico” (entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Otro tema señalado de manera reiterada fue que el personal al tener que vestirse y desvestirse completamente, de manera constante para ingresar a las salas con pacientes de Covid 19 les generaba un trabajo adicional, provocando mayor cansancio físico, fatiga y agobio, por el miedo y angustia que conllevaba este protocolo y por minuciosidad en el preparado de los EPP. Cada uno de estos debía colocarse en un orden preciso y de olvidarse alguno implicaba la posibilidad de contagio y el riesgo de vida en cada uno de ellos.

“... si bien teníamos los EPP para utilizar, el mal uso hacía de que te contagies, (...) era algo que le trasladábamos a los compañeros: que en la emergencia no hay urgencia, en la pandemia no hay emergencia, no hay urgencia primero y más importante es la vida del que va a salvar la otra vida...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Otro momento importante y difícil vivido por las/os trabajadoras/es ha sido, según lo señalado, la doble responsabilidad profesional que les representaba al atender a sus pares cuando se enfermaban y debían ser internados, ya que no era lo mismo atender a un paciente desconocido

que a un/a trabajador/a de la salud, esto les generaba una presión mayor. Además, debían hablar con los familiares para mantenerlos al tanto de la situación clínica del paciente y hacer frente a esas situaciones provocó un cansancio mental y psíquico muy importante para el vínculo emocional en la interacción con él/la paciente. Se muestra la siguiente cita:

“... cuando tenías que atender un compañero, un enfermero era muy difícil, era más complicado que atender a una persona que no conoces. ¿Vos sabes? acá nos conocemos todos y también a veces conoces a su familia. Y bueno, explicarles a ellos lo que estaba pasando era una mayor responsabilidad cuando se trataba de nuestros propios compañeros...” (entrevistada 8). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Frente a todas estas situaciones la institución realizó acciones para ayudar y mejorar la contención de las/os trabajadoras/es y para aliviar de alguna manera los momentos difíciles que se vivían cotidianamente. Para esto en un primer momento se abrieron espacios de atención psicológica coordinados en conjunto con equipos del Ministerio de Salud de la Nación junto a las/os profesionales de salud mental de la organización y al equipo de medicina ocupacional, para establecer estrategias conjuntas que permitieran abordar las diferentes patologías. Según revelaron en las entrevistas se abrieron espacios de contención para evitar que las afecciones mentales de las/os profesionales de la salud produjeran efectos que se prolongarían en el tiempo. Estos eran talleres que se destinaban a las/los trabajadoras/es que participaban de manera voluntaria en donde podían exponer conflictos personales, dudas, inquietudes, miedos y toda otra cuestión que estuviera afectando la vida cotidiana laboral o personal.

En primera instancia, se realizaban talleres de manera virtual, con profesionales de salud mental del Ministerio de Salud de la Nación, que fueron abordados por las/os licenciadas/os en psicología de la organización. Se realizaban encuentros, charlas, reuniones por zoom, inicialmente solo para el personal del hospital invitándolos a expresar sus vivencias y posteriormente se sumó a la comunidad. Se muestra la siguiente cita:

“... creo, que de Nación mandaron psicólogos para atender a los trabajadores y acá también el área de recursos humanos puso al psicólogo del hospital, o psicóloga, la verdad no se bien... eso algo ayuda, con los talleres que abrieron...” (entrevistado 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De acuerdo con las entrevistas frente a esta situación inédita la organización ha sabido hacerle frente otorgando las herramientas necesarias para el abordaje de las posibles patologías que surgieran frente a la situación difícil vivida.

Se desprende de las entrevistas realizadas al personal de la primera línea que los espacios de contención para el personal que se crearon no alcanzaron por no haber sido lo suficientemente amplios ya que se desarrollaban en horarios de trabajo. A las/os profesionales les era muy complicado concurrir por la alta demanda de pacientes. Así también las/os representantes de las/os trabajadoras/es señalaron que el destinar tiempo para los talleres algunos/as trabajadoras/es profesionales lo vivían como una tarea adicional frente a la alta demanda de trabajo. Para algunas/os los momentos de relajación son vivenciados como una pérdida de tiempo de trabajo. De todas maneras, las asociaciones sindicales han propiciado la creación de estos espacios, la difusión y transmisión a sus afiliadas/os para que pudieran concurrir en la medida de sus posibilidades. Se muestra la siguiente cita:

“... cuando vino el de nación (hablando del equipo de psicólogos), qué trataba de lo emocional, era muy difícil que el compañero se enganche en el tema, nosotros como representantes de los trabajadores lo promocionamos y la gente no iba, entonces, (...) era cargarle otra actividad, (...) cargarle otra actividad, que lo descomprimía, que entendíamos nosotros que si estaba bien, que era un beneficio, que podía ser útil para los compañeros, pero el compañero no lo hacía, pero no hubo gran participación ” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De acuerdo a lo relevado en las entrevistas surge que la incorporación del Covid 19 como enfermedad profesional por decreto 367/2020¹⁶, no ocasionó un incremento de los accidentes de trabajo durante este periodo en comparación con años anteriores. Realizando para esto dos distinciones: Primero, que los accidentes de trabajo habituales correspondientes a los cortopunzantes y los in itinere se vieron reducidos por la disminución de las prácticas habituales y por la cantidad de personas que tenían permitido la circulación por el aislamiento preventivo declarado y segundo, que sí aumentaron las enfermedades profesionales por los casos de Covid-19; ya sea por infecciones propiamente dichas o contactos estrechos. Por este motivo no existe un incremento considerable, ya que se produce una compensación.

¹⁶ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227750/20200414>

“... hubo menos accidentes in itinere, por ejemplo, menos enfermedades respiratorias, pero sí hubo más quizás, las que te dije la gastrointestinal por cuestiones de covid a mí me parece que fue y además la de caso sospechoso...”

(entrevistado 2) Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

De todas maneras y a pesar de las situaciones difíciles vividas, el cansancio, agotamiento y angustia que sentían y padecieron las/os profesionales, según lo señalado en las entrevistas, las/os trabajadoras/es pudieron sobreponerse para hacerle frente al Covid 19.

Se consolidó un colectivo de trabajadoras/es de salud basado en el compromiso por la salud pública y el orgullo por la actividad realizada, sumado al reconocimiento que se ha recibido por la sociedad y por el agradecimiento de las/os pacientes por la tarea cumplida. Como se muestra a continuación:

“... yo creo que es por la responsabilidad hacia el trabajo, porque el rol en el sistema sanitario, estar inserto en un hospital que es público, creo que también hay mucho sentido de pertenencia...” *(entrevistada 4)*. Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

A modo de resumen del capítulo de las/os entrevistadas/os surge que las jornadas laborales y la cantidad de trabajo han aumentado de manera exponencial debido a la reducción de personal, dado por el otorgamiento de licencias, por los grupos de riesgo de las/os trabajadoras/es, por las infecciones ocasionadas por el virus Covid-19 y por los casos de contacto estrecho.

Además, algunos sectores se vieron enfrentados al desafío de dar respuesta a las tareas propias más aquellas tareas realizadas por las/os compañeras/os que se encontraban enfermos llegando a duplicar o triplicar las tareas habituales.

También se incrementó el ritmo e intensidad de trabajo por: la velocidad de respuesta requerida ante las situaciones de emergencia, la necesidad de confeccionar e implementar protocolos de un día para el otro, la capacidad de adquirir insumos para protección del personal y realizar las capacitaciones necesarias e inmediatas para utilizar los Equipos de Protección Personal y la dificultad de aplicar procedimientos nuevos, todo esto trajo por consiguiente una reducción de los tiempos de descanso.

Asimismo, surge que las/os trabajadoras/es se debieron adaptar a nuevas modalidades de trabajo como el teletrabajo surgiendo jornadas de trabajo híbridas entre trabajo remoto y presencial para evitar la aglomeración y la propagación del virus. Frente a esta situación hubo equipos que pudieron adaptarse más fácilmente que otros por diferentes cuestiones: por la falta de capacitación, por la falta de herramientas para desarrollar la tarea en los hogares, falta de espacio físico en los hogares para adecuarlos a las nuevas necesidades en el trabajo.

Los incrementos en las exigencias laborales por los cambios producidos en la organización y en el contenido del trabajo debido a la pandemia, generan efectos negativos en la salud de las/os trabajadoras/es (Noriega, 1993; Rodríguez y Cortázar, 1993), produciendo a su vez un incremento en la carga global de trabajo tanto física por las largas jornadas en posiciones incómodas y mentales por la gran cantidad de decisiones a tomar en un corto periodo de tiempo, por las emergencias e imprevistos surgidos y por los reiterados cambios en los protocolos y procedimientos a seguir, que obligaban al personal a estar en constante atención para evitar errores (Laurell, 1993; Nieto, 1999; Muracciole, 2010).

En tanto, cada una/o de las/os entrevistadas/os expuso que tuvieron flexibilidad en la elección de la modalidad de trabajo que les resultara más conveniente individualmente como a la hora de tomar decisiones frente a situaciones de emergencia que a pesar de contar con los protocolos establecidos, surgían imprevistos que debían resolverse con premura, por lo cual se procedía sin saltar las recomendaciones de las autoridades, a consensuar las acciones a desarrollar con el equipo presente. Es un elemento fundamental en el desarrollo de las condiciones dignas de trabajo la participación en las decisiones ya que le permite al personal ser parte de un colectivo de trabajo es decir humanizar el trabajo quitándole lo alienante de realizar una actividad repetitiva y monótona (Noriega, 1993; Nieto, 1999).

En consonancia con esto, Neffa (2019) afirma que le permite al individuo ser parte protagonista de su trabajo, generando el espacio para poner en juego su creatividad e inteligencia en la toma de decisiones de los procesos desarrollados cotidianamente.

Se mencionó que durante este periodo surgieron las luces y las sombras de las personas, tanto lo bueno como lo malo de cada uno/a. Por un lado, se establecieron pautas de colaboración y solidaridad entre equipos de trabajo, que entendían que todas/os estaban viviendo las mismas situaciones y necesitaban al colectivo de salud unido para salir adelante. En cambio por otro, también surgieron algunos conflictos entre sectores por la alta demanda de los EPP, por las dinámicas de trabajo y por comparaciones entre servicios, debido a la posibilidad o no, de realizar

el teletrabajo y los sueldos percibidos durante este periodo, consecuencia del cansancio, la presión y las exigencias laborales.

Circunstancias similares se describieron en una investigación realizada por Novick et al (2020) con el personal no médico en instituciones privadas del AMBA, que señalan la aparición de conflictos en la distribución y la provisión de los EPP por ser inadecuados e insuficientes, según lo descrito “*nada era suficiente ni adecuado*” (p. 7). En tanto frente a los fenómenos de solidaridad y colaboración, la teoría menciona que se pueden alcanzar a partir de las relaciones interpersonales existentes dentro de la organización, que posibilitan al trabajador/a ser parte de un colectivo y así obtener ayuda en situaciones de extrema exigencia, como lo fue este periodo.

Además de todas estas situaciones las/os trabajadoras/es tuvieron que sobrellevar momentos difíciles con la pérdida de compañeras/os de trabajo, sintiendo una doble responsabilidad cuando debían atenderlos o prestarles servicios en las internaciones.

Así mismo, de esto sintieron una sobre exigencia emocional ante la posibilidad del contagio y muerte, si bien son un colectivo de trabajo acostumbrado a lidiar diariamente con situaciones del sufrimiento ajeno, durante este periodo de pandemia se ha visto exacerbado por la necesidad de contención y acompañamiento que debieron ejecutar por la extrema vulnerabilidad de las/os pacientes internadas/os que sumada a condición clínica han debido transitar la enfermedad en soledad y desamparo, por el aislamiento declarado.

No obstante, todo lo mencionado también sintieron una responsabilidad adicional por la posibilidad de contagio propio y de sus allegadas/os.

Todos estos cambios mencionados, podrían haber provocado en el personal de salud trastornos y afecciones mentales, según lo percibido por las/os representantes de las/os trabajadoras/es. Por esto, la institución para dar respuesta a esta problemática llevó adelante algunas acciones reparadoras para acompañar y ayudar a las/os trabajadoras/es a descomprimir la situación de alta exigencia física, mental y psíquica que estaban viviendo. No obstante esto, se puede apreciar que el personal que estuvo afectado a la primera línea de atención de las/os pacientes diagnosticados con Covid 19, estuvo más expuesto a esta problemática que el resto de los servicios.

Las principales emociones manifestadas y descritas por las/os entrevistadas/os que se vivieron durante la primera etapa de la pandemia fueron: el miedo, la incertidumbre y la culpa. Posteriormente, con el transcurrir del tiempo y el aumento de la carga de trabajo, con un escenario de permanente incertidumbre, en las/os trabajadoras/es se fue generando un aumento del cansancio, del agotamiento, de la fatiga y se profundizaron las problemáticas en la salud mental

generando: trastornos del sueño, irritabilidad, ataques de pánico, angustia y depresión. Para los cuales la organización realizó diferentes actividades como ser talleres psicológicos y espacios de meditación.

La participación de las/os trabajadoras/es estuvo por debajo de lo esperado, entre otros motivos manifestaron que los horarios en los cuales se realizaban estas actividades estaban dentro del horario de trabajo y esto les ocasionaba una carga laboral adicional. No obstante, algunas/os trabajadoras/es recurrieron a tratamientos psicológicos o terapias alternativas para seguir adelante y poder hacer frente a la pandemia. La misma situación fue señalada en la investigación ya citada de Novick et al (2020), en la cual se identifican en la primera etapa los fenómenos del miedo, impotencia e incertidumbre ante un virus de alta letalidad y contagiosidad. Seguido del desgaste del personal con el agotamiento emocional y físico por las largas jornadas laborales y el cambio constante de los elementos de protección individual.

Pese a estos momentos de complejidad vivenciado emerge de las entrevistas, que las trabajadoras/es hicieron frente a las difíciles situaciones vividas durante este periodo por la constitución de un colectivo de trabajadoras/es de la salud a través de la colaboración y la solidaridad que se ha presentado entre pares, fundado en el compromiso por la salud pública y el orgullo por la actividad realizada, sumado al reconocimiento social de la tarea desarrollada. Fenómeno encontrado también en el estudio de Novick et al (2020) que destaca la puesta en valor del personal de salud durante la pandemia, que a pesar de las consecuencias difíciles vividas han podido sobrellevar las modificaciones de las condiciones de trabajo por la vocación y el compromiso asumido por su puesto. Estas estrategias, de acuerdo con Gernet y Dejours (2012, 2014) son desarrolladas por las/os trabajadoras/es para poder hacerle frente a los momentos de alta intensidad y aumento de las exigencias laborales, se despliegan para logran adaptarse a las nuevas condiciones de trabajo.

En tanto, como todas/os las/os trabajadoras/es son seres únicos e irrepetibles, cada una/o desarrolla diferentes formas de adaptación, entonces las afecciones serán disímiles entre sí (Neffa et al, 2001; Neffa, 2019). Además, en el intento de superar los obstáculos que se presentan entre el trabajo descrito y las actividades reales a desarrollar, las personas se exigen por encima de sus capacidades (Gernet y Dejours, 2012, 2014), provocando bajas temporales en el trabajo por el cansancio, la fatiga (Clerc, 1987) debido a los efectos negativos en la salud física, psíquica y mental (Gutiérrez, 2018; Neffa et al, 2001).

La institución creó espacios de contención para el colectivo de las/os trabajadoras/es y, realizó la adquisición de EPP, esto eliminó algunos riesgos y a otros los redujo. Como se menciona en

la literatura es necesario tener en cuenta que lo fundamental es eliminar los riesgos o reducirlos, ya que estos afectan de manera general al colectivo de trabajo, no alcanza con la prevención individual (Neffa et al, 2001; Neffa, 2015, 2019). Citando a Neffa et al (2001): “Como la salud no es mercancía, no pueden admitirse como legítimas las compensaciones monetarias (primas por riesgo) a cambio de la aceptación pasiva de riesgos.” (p. 6).

A modo de conclusión se puede mencionar, tomando como base de la información recabada en las entrevistas, que trabajar durante el periodo de pandemia ha sido una labor muy compleja. Se han modificado los puestos de trabajo, se ha incrementado la cantidad, la intensidad y el tiempo de trabajo aumentando por consiguiente la carga laboral, se han implementado nuevas dinámicas de trabajo en las cuales algunas/os de las/os trabajadoras/es han podido adaptarse y a otras/os les ha resultado muy difícil.

Además, si bien la organización ha otorgado las herramientas necesarias para el buen desempeño de las/os trabajadoras/es y se realizaron todas las capacitaciones posibles, esta pandemia global ha producido en el colectivo de salud un aumento de las exigencias laborales repercutiendo severamente en la salud de las/os trabajadoras/es. Como señala Kohen (2020) esta pandemia mundial ha generado un estado de desgaste, desafectación, temor y sufrimiento en toda la población.

Capítulo 7. Conflictividad laboral: estrategias y acciones colectivas desplegadas durante la pandemia

En el presente capítulo se aborda, a través del análisis de las entrevistas llevadas a cabo, cuáles fueron las estrategias de resistencia y negociación de las condiciones de trabajo desplegadas por el colectivo de trabajadoras/es y los sindicatos frente a los cambios producidos durante el período de pandemia. Así mismo, se realiza un análisis de los conflictos laborales surgidos con noticias periodísticas de diferentes diarios locales, nacionales y sectoriales, con el fin de triangular la información recabada y encontrar similitudes y diferencias en las estrategias sindicales llevadas a cabo. Así también, identificar las adaptaciones que debieron realizar las/los representantes de las/os trabajadoras/es frente a la situación de aislamiento declarado, como se modificaron los modelos de acción para llevar adelante las demandas de las/os trabajadoras/es, que afectan las condiciones de trabajo del sector.

Para comenzar, en el apartado siguiente se desarrolla el reconocimiento a la labor realizada al colectivo de trabajadoras/es de la salud durante la pandemia, tema que surgió en reiteradas

oportunidades en las entrevistas a las/os representantes de las/os trabajadoras/es y la percepción de estas/os frente a esta cuestión.

○ **7.1. Reconocimiento a la labor del personal de salud**

De las entrevistas se desprende que al principio de la pandemia se reconoció al personal de la salud como personal esencial y la sociedad en su conjunto los distinguía profesionalmente, a través de los aplausos, como héroes frente a la pandemia, la gente valorizaba la tarea realizada por los equipos de salud. Eso en el tiempo fue cambiando y desapareciendo de a poco. Además, el sector salud señala que institucionalmente no se ha realizado el reconocimiento esperado, es una cuenta pendiente. Como lo afirma en la siguiente entrevistada:

“... al principio nos sentíamos orgullosos porque se nos aplaudía en los balcones todos los días por la tarea que estábamos haciendo, pero después, viste... con el tiempo, se perdió, la gente se olvidó, lo peor es que ya nadie se acordaba del personal de salud, que entregaban su vida para salvar a otros, ...” (entrevistada 8). Fuente:

Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede apreciar en lo mencionado, que las/os trabajadoras/es perciben que el reconocimiento ha sido realizado de forma parcial, solamente obtuvieron aplausos al principio de la pandemia, pero con el correr de los meses fue desapareciendo. Esto no alcanzó para compensar las situaciones vividas por el personal sanitario durante este periodo. También necesitan ser recompensados económicamente con salarios justos y acordes a las actividades desarrolladas. Un reclamo concordante fue expresado en el comunicado y posterior marcha llevada a cabo por la CICOP, en representación de los 80 hospitales provinciales, municipales, centros de salud y el hospital Posadas de Morón, donde agradecieron los aplausos recibidos, pero también deben venir acompañados de políticas públicas que mejoren las condiciones laborales del sector (Varela al Día, 23/3/20)¹⁷.

Otro reclamo similar se ve en la carta abierta de Redima (Red Integrada de Médicos de Argentina) que pone al descubierto el pedido de las/os profesionales de la salud diciendo que no son héroes, sino personas normales que sienten miedo e incertidumbre y que merecen y quieren

¹⁷ Varela al Día, “Profesionales de la salud agradecen aplausos y reclaman mejores salarios y condiciones dignas”, 23/3/20

que el reconocimiento a la labor, que necesitan que se les otorgue mientras estén vivos/os y durante la lucha contra el virus y no después (Infobae, 1/4/20)¹⁸.

Este reconocimiento de las/os trabajadoras/es es importante porque, según la literatura les podría permitir desplegar estrategias para defenderse de las exigencias laborales (Guitierrez, 2018) y reducir las consecuencias de los riesgos y/o invisibilizar los miedos (Neffa et al, 2001). También, las/os hace sentirse enaltecidas/os y engrandecidas/os por la calidad y dedicación en la actividad. Cuando el reconocimiento es originado desde la cúpula de la organización se denomina reconocimiento de “utilidad”. En tanto, el de “belleza”, proviene de sus pares, o como en este caso de la sociedad, cuando las/os enarbolan como héroes en la pandemia. Las/os motivan, se sienten apoyadas/os y le da sentido a su trabajo (Gernet y Dejours, 2012, 2014; Gutiérrez, 2018; Neffa et al, 2001; Neffa, 2015).

También en la institución se realizaron acciones, como se mencionó en capítulos anteriores, la apertura de espacios de contención psicológica para poder volcar o expresar los sentimientos que las/os estaban atravesando en esa etapa y el acondicionamiento de espacios verdes para comer al aire libre con las/os compañeras/os. Sin embargo, según lo manifestado, no se ha realizado aún ningún reconocimiento especial por la labor de las/os trabajadoras/es.

Si bien es cierto, que de acuerdo a lo relevado, se han hecho actos específicos para celebrar el día de algunas profesiones, el día de la enfermería, el día del kinesiólogo/a, el día de la médica/o, con entrega de un paraguas y el diploma de honor a todo el personal por haber participado de la pandemia, las/os trabajadoras/es consideran que no ha existido un reconocimiento a la ardua labor desarrollada por ellas/os:

A modo de ejemplo se cita lo expresado por el entrevistado 2:

“No económico, no, no porque los que se dieron fue económicos, pero qué se yo, hecho institucionalmente yo creo que faltó, yo creo que faltó, pero también es el tema es el miedo, en la pandemia cómo organizar una atención a todos, pero si, por ejemplo, qué sé yo, a ver los espacios nuevos que se generaron para los compañeros, me parece que hacen a la cuestión, es un gesto (...) si se les dio un regalo a los

¹⁸ Infobae, “Una red federal de médicos expone sus reclamos frente al coronavirus”, 1/4/20

médicos por su día y a los enfermeros, por ejemplo, ...” (entrevistado 2). Fuente:

Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Esta falta de reconocimiento puede generar en el colectivo de trabajadoras/es un efecto negativo en su salud mental, ya que las personas realizan esfuerzo en el trabajo para recibir una recompensa/reconocimiento, por lo tanto, al no recibirla pueden producir desmotivación, ausentismo, falta de compromiso, una disminución en la calidad de atención. No solo esto, sino que un contexto de alta exposición como es el ámbito de la salud, son indicadores organizacionales importantes por la relación con la necesidad de cambio de profesión, violencia en el trabajo, alta rotación, entre otras (Ansoleaga, 2015).

Las/os entrevistadas/os perciben que la institución ha llevado a cabo acciones para mejorar, en alguna medida, las condiciones laborales en el contexto de pandemia: creando espacios de contención, lugares para dispersión al aire libre, festejo de los días de la médica/o, enfermera/o, kinesióloga/o. También mencionaron las/os entrevistadas/os que se llevaron a cabo otras acciones institucionales, como: la entrega de vasos, lapiceras y se visibilizó a cada uno de los diferentes equipos de trabajo de la organización con fotos de sus integrantes que eran proyectadas en los televisores de ingreso para hacerlos conocer ante la comunidad. Se realizó la apertura del lactario, para que las madres puedan extraerse leche de manera higiénica. Se otorga el día del cumpleaños para las/os trabajadoras/es para que puedan festejarlo con sus seres queridos. Como lo afirma la entrevistada 1:

“... después no sé si es un reconocimiento es un espacio que se dio (...) es que se abrió lactario entonces nuestras compañeras que antes literalmente se sacaba la leche sentada en el inodoro de los baños (...) todo lo institucional ya te lo dije que la lapicera que el vasito que esto, sí que la foto, todo eso me parece que fue sumando.”

(entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

Se ve en las citas que se han realizado algunas acciones que benefician a las trabajadoras en su periodo de lactancia, así también, se otorgó a las/os trabajadoras/es objetos con el logo institucional para impulsar el sentido de pertenencia a la organización. Se las/os incluyó en un colectivo de trabajadoras/es, construyendo su identidad como trabajador/ra de la organización. Como menciona Neffa (2019), es necesario para las/os trabajadoras/es establecer vínculos interpersonales entre pares y superiores para sentir la pertenencia y ser parte de un equipo de

trabajo así se les permite contar con el apoyo, colaboración y solidaridad en momentos de crisis y esto les otorga una identidad colectiva para establecer estrategias defensivas a futuro.

○ **7.2. Reclamos laborales realizados y logros obtenidos**

Dentro de este periodo surgieron reclamos del personal no agremiado, que se auto convocaron para presentar demandas laborales a las autoridades de la Institución. El origen de esta acción del colectivo de trabajadoras/es fue producto de la falta de respuestas a los reiterados pedidos de mejoras de las condiciones laborales que no fueron atendidas por la organización. Especialmente, en el ámbito de las/os profesionales de la salud, la falta de atención a los reclamos que fueron consensuados y que los identifican como colectivo de trabajo, pueden ocasionar estos conflictos (Baldi, 2018). Se cita lo mencionado por el entrevistado 5:

“...entonces ahí a la próxima semana te hice una reunión con todos los trabajadores acá en la sala de hall y ahí se denominó autoconvocados y ahí arrancamos siendo uno de los representantes (...) hacía tres meses que estaban aplaudiendo los chicos abajo en el hall y pidieron hablar con el director y no le daban bola...” (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se expresa en el relato, luego de reiterados reclamos no atendidos se decide una acción conjunta por un grupo autoconvocado de trabajadoras/es que al no encontrar respuesta a los pedidos se impulsó una movilización con aplausos, también surgieron algunas acciones con cierto grado de violencia en contra del personal jerárquico de la institución. Según lo describen las/os entrevistadas/os:

“...viste, yo tengo otra crianza, me crié en el barrio, he parado a la barra de defensa, entonces me importa menos que a los demás, y me cansé de los aplausos y que no nos dieran bola, entonces bajé y pateé puertas golpee ventanas y ahí nos dieron bola...” (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se evidencia de lo antedicho el surgimiento de un movimiento pequeño de trabajadoras/es que no se encuentran afiliadas/os a las asociaciones sindicales existentes dentro de la organización. Este grupo de autoconvocadas/os surge a partir de la falta de atención a ciertos reclamos, tanto de las autoridades como también de los sindicatos existentes que no absorbieron estas demandas. Estos grupos emergen, como lo menciona Baldi (2018), retomando a Pizzorno (1978), por no sentirse representados en las relaciones laborales presentes, sintiendo la necesidad de expresar su

voluntad a ser parte de las negociaciones y acuerdos que se realizan. Así también, para que se constituya una accionar colectivo es necesario que los individuos se sientan damnificados por una situación determinada (como sucedió en esta organización) y entiendan que, a partir de esta movilización colectiva se les solucionaría la problemática (Baldi, 2018). No obstante, esto no surge de la noche a la mañana es un proceso que se va conformando con la cooperación entre pares que comparten un interés común (Neffa, 2015).

También se puede ver de lo antes mencionado, que este grupo presenta características violentas a la hora de hacer las peticiones, situación que suele darse en grupos pequeños porque entienden que es la única manera de hacer visibles sus reclamos por no contar con otro apoyo para realizarlo, como lo menciona Almada (2019) cuando cita a Tarrow (1997) este accionar colectivo violento (vandalismo) suele restarle legitimación al reclamo.

Estos movimientos de autoconvocados también se replicaron en otras organizaciones de la región, como el Hospital San Martín de La Plata que después de no obtener respuesta, se agrupan para visibilizar las peticiones requeridas como se menciona en el diario Hoy el 2 de noviembre de 2020¹⁹.

Dentro de los logros, se menciona en las entrevistas, que se obtuvo un aumento para mejorar el salario de las/os trabajadoras/es que cerró en un aumento del 20 % para el personal de estable y para las/os profesionales que realizan guardias del 30% durante el año pasado y hasta el momento el 18% de este año, quedando en un 38%, es decir, un 10% por encima de la inflación. Así también, se consiguieron algunos otros beneficios: se eliminó la categoría más baja del escalafón y se otorgó una bonificación llamada “canasta básica” para compensar a algunos profesionales de la salud que tenían un salario que no alcanzaba a superar la misma. Según lo dicho por las/os representantes de las/os trabajadoras/es:

“... en este año le vamos ganando a la inflación, lo que recibimos por las paritarias más el suplemento covid que continúa, esto nos mantiene por encima de la inflación. Hoy recibimos de esta paritaria (...) nada más que el 20% de este año, pero recibimos un 18% del año anterior entonces estamos en un 38% (...) estamos en un 10% por encima de la inflación ...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

¹⁹ Diario Hoy, “Protesta de profesionales de la salud en el Hospital San Martín”, 2/11/20

“... a algunos compañeros les tocó también la bonificación especial, porque lo que cobraban no alcanzaba la canasta básica. ... se consiguió, desde la asociación, que los trabajadores que tenía la categoría más baja se los pase a la categoría siguiente y así están un poco mejor de sueldo, igual falta, pero ahora estamos pidiendo volver a juntarnos para negociar, pero veremos que nos dicen...” (entrevistada 4) Fuente:

Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En tanto se otorgó un bono no remunerativo llamado “Bono Covid” que se pagó a la mayoría de las/os trabajadoras/es, quedando por fuera de este cobro en la primera etapa a aquellos/as profesionales con las categorías más altas. Además, este bono fue diferente para el personal de la primera línea, el personal más expuesto que el personal que no atendía de manera directa a los pacientes con diagnóstico de Covid. El monto percibido por el personal administrativo era menor que el monto percibido por el personal médica/o, técnica/o, camillera/o y/o enfermeras/os, que se encontraban afectadas/os a la asistencia de las/os pacientes infectados. Posteriormente, por los reclamos presentados, se hizo extensivo a todas/os las/os profesionales de la primera línea de atención, incluyendo al personal que en primera instancia no lo cobraba, ya que se había priorizado a las/os trabajadoras/es con menor salario. Según surgió de las entrevistas:

“... desde mitad de junio a todos los que estaban en la primera línea se les dio un suplemento económico (...) era para los que menos poder adquisitivo tenían, era un incentivo, pero también eso hacía una diferencia con los otros trabajadores, los que tienen las categorías más altas no lo cobraron en un principio y aquellos que trabajaban en puestos administrativos se les dio un incentivo menor porque tenían menos exposición, si bien tenían contacto con los pacientes no estaban tan expuestos...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede ver de lo señalado que se obtuvieron mejoras en las condiciones salariales de manera permanente y complementaria como los bonos no remunerativos que incrementaron el salario de las/os trabajadoras/es de la salud, en primera instancia para el personal de la primera línea y posteriormente, para todo el personal. Estas mejoras salariales y otorgamiento de bonos también fueron reclamados en otras organizaciones y obtenidos con el transcurrir de los meses durante la pandemia, como lo expresa el Vicepresidente de la CICOP, cuando menciona el cierre de la paritaria salarial para el personal de la salud de la Provincia de Buenos Aires en un 44%,

producido en el mes de abril del 2020²⁰. En la misma línea de demandas se impulsó a través de una movilización de enfermeras y enfermeros autoconvocados, el día 21 de septiembre en la Plaza de Mayo de Caba y Plaza Moreno de La Plata la petición de un bono trimestral por \$ 30.000 para el sector público y privado del personal de salud²¹. Y también el personal de salud de la Ciudad de Buenos Aires reclama el aumento de bonos para las/os profesionales sanitarios²².

Dentro de lo subrayado por las/os entrevistadas/os, otros beneficios conseguidos para las/os trabajadoras/es fueron la regularización de algunos contratos, incorporando al personal en la estructura de la institución. También se recategorizó al personal como profesionales ya que percibían un salario inferior por encontrarse en una categoría salarial que no coincidía con el título obtenido. Además, se amplió el tope para la bonificación por guardería y se equiparan las asignaciones familiares a los valores cobrados a través de Anses, representando un incremento en los salarios del personal sanitario, sobre todo de las categorías más bajas. Se muestra la siguiente cita:

“... podemos decir que se lograron algunos beneficios, las compañeras recibieron un aumento en el cupo por guardería y se igualaron las asignaciones a Nación..., se pasó a planta a los contratados, se recategorizó por título, se cambió de categoría a los que estaban en la más baja, bah... en realidad se eliminó la categoría 5 y se pasaron todos a la 7...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Dentro de las cosas mencionadas por las/os entrevistadas/os como positivas, se rescata la conformación de mesas técnicas de negociación, que a pesar de la pandemia pudieron constituirse igual, para poder negociar y plantear los temas que son fundamentales para mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud. Estas mesas están constituidas por las autoridades, el consejo de administración, el área de recursos humanos y los sindicatos representativos de la institución.

²⁰ El destape, “Médicos paran en Provincia: cómo está el sector y que ofrece el gobierno”, 25/11/20.

²¹ La izquierda Diarios: “Día de la sanidad. En La Plata enfermeros y enfermeras se movilizan por mejoras en sus condiciones laborales”, 21/9/20.

²² El destape, “Trabajadores de Salud concretaron un paro por reclamos salariales y laborales”, 12/5/21.

“... seguimos trabajando en condiciones, reuniéndonos, hoy por ejemplo tenemos una mesa técnica donde los gremios participan de las decisiones institucionales o sea no estamos ajenos a las realidades del hospital y todos buscamos y elevamos las propuestas en esa mesa, no sólo hay autoridades sino también representaciones buscando una solución. El diálogo para mí está perfecto, todo lo que se haga por consenso me parece que va a ser bien recibido por los trabajadores y más beneficioso para todos...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Una de las decisiones que surge de la mesa técnica según lo expuesto por las/os trabajadoras/es es la conformación de la comisión de seguimiento de carrera, que está conformada por personal de la institución designado por la autoridad competente, el área de recursos humanos y las autoridades de la organización. Se definen los aspectos del plan de carrera del personal con el objeto de implementarlo de manera correcta y acorde con las necesidades de las/os trabajadoras/es. Se muestra la siguiente cita:

“... la comisión de seguimiento de la carrera hospitalaria va a estar conformada por integrantes del hospital. Los va a designar el hospital a través del Director Ejecutivo, recursos humanos y autoridades ...” (entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De las acciones realizadas se puede ver que las más significativas para el personal fueron otorgarle la estabilidad a los contratados, recategorizar al personal de acuerdo con los títulos obtenidos y ampliar los beneficios sociales a las/os trabajadoras/es que poseen menores de edad a cargo.

Es importante mencionar la conformación de las mesas técnicas de trabajo con participación de las autoridades, representantes sindicales y gerentes de recursos humanos, en las cuales se debaten las decisiones referentes a las mejoras en las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es. Estas mesas permiten al trabajador a través de sus representantes participar de las decisiones y visibilizar aquellas situaciones cotidianas de la realidad del trabajo, que si no las vives es muy difícil poder comprenderlas, son situaciones a las que se encuentran expuestos las/os trabajadoras/es de manera constante. Como sostiene Neffa (2001) las/os trabajadoras/es son las/os primeras/os afectados, deben ser llamados a participar en las diferentes etapas del proceso para que participen en la evaluación, elaboración de medidas de prevención y en el seguimiento para mejorar el ámbito laboral.

También se realizaron reclamos en otros ámbitos como en la Ciudad de Buenos Aires, una solicitada por la CTA a través de la defensoría del pueblo para conformar una mesa de discusión para hacer escuchar los reclamos de las/os profesionales de la salud del ámbito de CABA²³.

Los reclamos en su mayoría, como se mencionan en las entrevistas, se refirieron a cuestiones que aún no se encuentran previstas ni legisladas hasta el momento o que están en constante modificación, como es lo referido a la definición de caso sospechoso, que debe cubrir la ART y que no, o cuales son los criterios para aislar a una persona positiva de Covid o como y cuando definir a una persona como contacto estrecho, todas estas son cuestiones propias sobre la situación de pandemia. Se muestra la siguiente cita:

“...los reclamos eran justamente en esos espacios grises que quedaban, de que vos no podías tampoco tener la respuesta porque tenías que ir a consultar, a ver si estaba o no estaba vigente algo, cuál era la reglamentación vigente así que bueno era todo muy complejo (...)”
(entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

“los reclamos que recogimos de los afiliados, es decir, los que vinieron de manera espontánea, eran sobre si se contagiaban como deberían hacer, si los cubría la ART o si era medicina ocupacional quien debía actuar, y cómo tenían que hacer el trámite...”
(entrevistada 8). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También surgió la necesidad de definir a las tareas de salud en la categoría de tarea esencial, que si bien en el sector sanitario es un reclamo histórico, se hizo muy visible durante la pandemia ya que nunca se ha logrado obtener una respuesta, como la categoría de insalubridad, el envejecimiento prematuro por las tareas realizadas que son temas pendientes de resolución aun. De acuerdo con lo expresado por el entrevistado 2:

“.... somos esenciales, hace mucho que somos esenciales en la provincia de Buenos Aires, pero en la Nación lo toman distinto, quizás hoy creo que no podemos perder como trabajadores la visibilidad que logramos, los aplausos duraron dos semanas, creo que tenemos que lograr justamente que lo esencial no sea invisible a los ojos...” “... de hecho por eso se pidió el agotamiento prematuro, la insalubridad, son cosas que la venimos

²³ Gestión sindical, “piden al gobierno porteño una mesa de diálogo para resolver reclamos de las/os trabajadoras/es de la salud, 28/1/21”

trabajando desde antes y con la pandemia se incrementó...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Otros reclamos que surgen de las entrevistas son la necesidad de reabrir paritarias para modificar el aumento recibido, ya que las/os representantes de las/os trabajadoras/es consideran que es insuficiente porque a otros sectores les otorgaron un 45% y el sector salud tendría que ser el mejor remunerado por el esfuerzo realizado. Se transcribe la siguiente cita:

“... esta vez el hospital toma la paritaria como el aumento que da la nación y nosotros consideramos que eso es insuficiente (...). Yo creo que realmente la paritaria mayor debería ser del personal de salud sin lugar a duda. No porque el resto no se lo merezca, porque considero que el esfuerzo, en este momento de la pandemia, ha sido de todo el equipo de salud y creo que son los merecedores de la mayor paritaria. Por eso consideramos que la paritaria se tiene que abrir y tenemos que ser escuchados y tenemos que negociar una paritaria mejor (...)” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

También hubo reclamos sobre la necesidad de incorporar personal capacitado para contener y poder sobrellevar la situación de pandemia debido a la cantidad de bajas producidas; si bien se han realizado algunas altas estas se producen con personal poco calificado, siendo necesario e indispensable tener personal entrenado para llevar a cabo la atención de pacientes complejos en la institución. A modo de ejemplo se transcribe lo expresado por la entrevistada 7:

“... decía que siempre se lo planteaba al director, es importante tener recurso humano extra por estos casos porque llegó un momento que no tenías a nadie, yo en un momento tenía a 5 personas en aislamiento y no llegábamos a realizar el trabajo ...” (entrevistada 7). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En tanto se debe reconsiderar también las vacaciones y los descansos no otorgados al personal sanitario con el objeto de recomponerse por la ardua tarea desarrollada durante este periodo. Se muestra la siguiente cita:

“... reclamamos por salario, vacaciones y carrera hospitalaria (...) creo que lo primordial que haría para mejorar es el aumento salarial de los compañeros, creo que iría de base en eso porque uno con una buena remuneración trabaja mejor, después de eso vamos por lo que son los alimentos, las comidas, los tiempos de descanso, las vacaciones...” (entrevistado 5) Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se puede decir que las entrevistas muestran reclamos de carácter ofensivos solicitados por las/os trabajadoras/es para defender los derechos laborales (Spaltenberg ,2000) como los pedidos de renegociación de los salarios, reapertura de paritarias, incorporación de personal capacitado necesario para contener las urgencias durante el periodo. Así también es necesario reconsiderar la necesidad de descanso para recuperarse del agotamiento producido por la ardua tarea, reposo fundamental para evitar la fatiga laboral porque de no producirse la recuperación podría acarrear trastornos graves en la salud de las/os trabajadoras/es (Neffa et al, 2001; Useche Mora, 1992).

Haciendo un relevamiento de noticias periodísticas estas peticiones se repiten en la Provincia de Buenos Aires, a través de los principales sindicatos (CICOP, ATE y Sindicato de Salud Pública), en las que solicitan reapertura de paritarias para 2021 y reivindicando la necesidad de una recomposición salarial con mejores condiciones laborales para el sector, mejoras en la infraestructura hospitalaria, apertura de vacantes, desprecariación laboral, carrera hospitalaria y EPP^{24,25,26,27}.

Otra cuestión que se revela en las entrevistas es el papel que cumplieron las/os representantes del colectivo de trabajadoras/es para solucionar los conflictos. Estos fueron determinantes para hacer escuchar los reclamos y poder conciliar y consensuar las diferentes voluntades para solucionar los conflictos. Para esto la relación entre las/os diferentes actoras/es fue muy buena y fluida. Según lo señalado surge que la Dirección posee una gestión de puertas abiertas donde se pueden plantear de manera habitual las peticiones, están abiertos al diálogo y los problemas que se presentan son resueltos sin confrontaciones llegando a acuerdos de manera conjunta. Si bien se destaca la predisposición permanente a la atención de los pedidos también se expresa que a pesar de la voluntad de diálogo muchas veces no se encuentran respuestas a los reclamos y algunas veces no se pueda llegar a la resolución deseada. Se muestra la siguiente cita:

“La relación entre los actores es buena, el diálogo existe y la voluntad de solucionar los problemas, de hecho el año pasado gracias a este diálogo, porque el año pasado se dieron confrontaciones de grupos no agremiados, nosotros estamos trabajando

²⁴ El destape, “Paritarias 2021: Provincia realizó una primera oferta salarial del 32% a los médicos”, 25/3/21.

²⁵ El destape, “El gobierno bonaerense comenzará la paritaria 2021 con el sector de la salud”, 23/3/21.

²⁶ Línea sindical, “Gremio de médicos habla de saturación sanitaria en la Pcia de Buenos Aires, pide mayores restricciones y advierte que «la oposición al cierre de actividades es irresponsable»”, 27/4/21.

²⁷ Línea sindical, “CICOP pide «inversión en producción pública de vacunas e insumos hospitalarios»”, 3/5/21.

sobre el tema, quizás los tiempos justamente no condicen con las realidades de cada uno de los trabajadores...” (entrevistado 2). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En consonancia con esto, la entrevistada 3 menciona:

“... la relación es buena, la dirección tiene una dirección de puertas abiertas, uno puede golpear la puerta y pasar, y charlar los temas, eso es algo muy bueno y hay un respeto mutuo y podemos conversar perfectamente, es una buena relación, pero necesitamos otro tipo de respuestas consideramos que los trabajadores se merecen mayor remuneración y la categoría de insalubridad ...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021.

En resumen, se puede rescatar que se ha conseguido un aumento del salario por encima de la inflación, un bono no remunerativo para todas/os las trabajadoras/es, una remuneración por encima del tope de la canasta básica para todos los salarios. Así también se adecuaron los beneficios sociales, se incorporó en planta permanente a gran parte de las/os trabajadoras/es que se encontraban con contratos precarios. No obstante, de todos los logros mencionados se encuentran pendientes: la categorización de insalubridad, el reconocimiento por esencialidad de la actividad, el otorgamiento de una licencia por sobrecarga de trabajo en la pandemia y licencias especiales para las/os trabajadoras/es de la salud. Estos reclamos pendientes surgieron también en otros ámbitos como el realizado en la Provincia de Buenos Aires entre ATE y CICOP que reclaman una licencia extraordinaria para los profesionales de la salud por la necesidad de descanso, la sobre exigencia, el incremento de la carga laboral que provoca agotamiento, fatiga y estrés^{28,29}.

Además, se refleja que existe una relación fluida, canales de diálogo y la posibilidad de participación entre los diferentes actores que intervienen en los reclamos planteados posibilitando así el accionar colectivo para la obtención de las reivindicaciones necesarias para las/os trabajadoras/es (Baldi, 2018).

²⁸ Infobae, “Los sindicatos bonaerenses de la salud redoblaron sus reclamos salariales y advirtieron que el aumento a la Policía es discriminatorio”, 10/10/20.

²⁹ El día, “Los médicos anunciaron para este miércoles el primer paro a la gestión de Kicillof”, 22/11/20.

○ **7.3. Acciones de las/os representantes del colectivo de trabajadoras/es**

En cuanto a las acciones desarrolladas por las/os representantes de las/os trabajadoras/es, se desprende de las/os entrevistadas/s que, durante la primera etapa de la pandemia, es decir, después de declarado el aislamiento preventivo obligatorio por el gobierno, las medidas desarrolladas debieron adaptarse al contexto, ya que no podían realizarse movilizaciones, ni asambleas, ni reuniones presenciales.

De acuerdo con lo mencionado por el entrevistado 2:

“... nosotros nos hemos reunido casi todo el tiempo por zoom desde el sindicato inclusive acá dentro de la institución...” (entrevistado 2) Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Así también se realizaron reuniones internas de las/os representantes para consensuar las diferentes peticiones, éstas se desarrollaban de manera virtual. Después, durante los periodos de baja de contagios, comenzaron a realizarse reuniones presenciales y de manera espaciada, siempre con las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación del virus.

“siempre solicitamos reuniones con la dirección para resolver algunos reclamos de los compañeros, pero viste... es re difícil que te atiendan, y encima otra con esto de la pandemia, es más complicado, ... tuvimos que modificar algunas cosas para reunirnos...” “... y después, ya sí pudimos vernos las caras, eeee...viste cuando los casos eran menos, ahí sí nos reunimos, obvio!!! que con todos los elementos, bah con barbijo y distancia...” (entrevistada 8). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se desprende que para llevar adelante los reclamos requeridos se utilizaron métodos menos convencionales como reuniones por diferentes plataformas digitales, se establecieron maneras de negociación colectiva informales o por canales informales (Baldi, 2018) para poder mantener el posicionamiento como interlocutores entre el empleador y las/os trabajadores y defender los derechos de estos (Gil Rivero, 2012).

Se refleja que las/os representantes de las/os trabajadoras/es debieron modificar los protocolos para poder llevar adelante los reclamos a pesar del aislamiento. En una primera instancia, abordaron acciones colectivas con una dimensión discursiva, en tanto se diagramaron reuniones y asambleas a través de las plataformas virtuales para no perder la representatividad y atender las necesidades urgentes y de largo plazo. En la segunda, cuando los contagios disminuyeron se

volvió a la presencialidad, a las movilizaciones, reuniones y mesas técnicas. Es decir, siguiendo la definición del Ministerio de Trabajo retomada por Montenegro Loewy y Rocca (2018), primero, se abordaron acciones del orden discursivo, haciendo uso de la palabra como herramienta principal, en tanto no se podían realizar aglomeraciones de personas y después, se volcaron a acciones basada en la presencialidad nuevamente como movilizaciones y concentraciones.

Otras formas de reclamos fue la presentación de notas a la Dirección y/o autoridad responsable a través de los mecanismos establecidos institucionalmente. El procedimiento es a través de la mesa de entradas que son quienes derivan las peticiones al área que corresponda. A partir de allí se solicita la convocatoria para una reunión para poder expresar las necesidades de las/os trabajadoras/es. Se muestra la siguiente cita:

“... habría que abrirse la paritaria para que no sea ese el porcentaje que queda, así que bueno, en este momento se ha presentado una nota por mesa de entradas y estamos esperando que nos convoquen la fecha para poder reunirnos.” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

De acuerdo a lo expresado en muchas ocasiones se realizaron las presentaciones, pero no se obtuvo respuesta, como consecuencia se realizó una asamblea de autoconvocados y una movilización dentro de la institución a través de aplausos para hacer visibles los reclamos. De todas maneras, cuando se agotaron todas las instancias posibles para conseguir dialogar con las autoridades y no obteniendo ninguna respuesta, se convocó a un corte de la calle con movilización acompañado del desplazamiento de otras organizaciones para visibilizar el reclamo no atendido del personal. Se muestra la siguiente cita:

“Nosotros presentamos a razón de 10/12 notas (...) entonces fuimos y cortamos la Calchaquí y ahí nos dieron importancia bola...” (entrevistado 5). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Las demás asociaciones sindicales se limitaron a ejecutar acciones sin confrontación. Son asociaciones que utilizan políticas de consenso y no confrontativas. Se realizaron notas, reuniones de manera virtual y presencial (cuando se permitió) y peticiones formales para solucionar las inquietudes planteadas. Algunos planteos fueron resueltos en las mesas técnicas

de negociación por las asociaciones sindicales constituidas formalmente. Se muestra la siguiente cita:

“... hemos tenido varias charlas con la dirección ejecutiva del hospital (...) y actualmente hemos presentado una nota al consejo de administración para llevarle la inquietud ...” (entrevistada 3). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Un tema que surge de los relatos es con respecto a la comunicación interna y a cómo debería haber sido. Todas/os las/os entrevistadas/os coinciden en afirmar que no resultó suficiente y que, si estuviésemos en otra situación de emergencia sanitaria, como la que se está viviendo, sería importante mejorar la comunicación entre los equipos de trabajo y la información que se transmite. Si bien resaltan que ha sido buena comparándola con otras organizaciones consideran que debería ser reforzada para lograr una comunicación más eficiente.

“yo creo que la comunicación fue buena, pero quizás reforzar un poco el contenido y la dinámica a la hora de transmitir la información...” (entrevistado 6). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Se menciona que se podría consensuar algunos de los contenidos de la comunicación, de los métodos y de los medios a través de los cuales se realizó para mejorar. Además, resaltan la participación de las/os representantes y sugieren que pueden ser el canal de comunicación por excelencia entre las autoridades de la institución y las/os compañeros para tener una comunicación más clara, precisa y fluida entre las/os representantes de las/os trabajadoras/es y el personal jerárquico de la organización. Y que a partir de lograr ese vínculo comunicacional permite obtener acuerdos más beneficiosos para el colectivo de trabajadoras/es.

A modo de ejemplo se cita, a la entrevistada 1:

“Yo creo que un desafío para mí es lo comunicacional ese sí te podría decir es importante es algo para pulir general más allá de la pandemia que se comunica que no cómo se comunica porque hay cosas que no se comunican por qué no se comunican porque no se quieren comunicar y bueno eso sí.” (entrevistada 1). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

En coincidencia con esto, la entrevistada 4 expresa:

“... la comunicación es fundamental, la comunicación es el canal, el puente que abre todo porque sin comunicación no podés presentar propuestas, no podés dialogar, no podés escuchar al otro, porque en realidad los gremios, los sindicatos son esos, es un puente que acerca la inquietud del trabajador y la trabajadora, o sea, no hay otra, yo creo que, fortaleciendo la comunicación mutua, sería es el canal, ahora está, pero digo igualmente siempre se puede mejorar creo que sería eso.” (entrevistada 4). Fuente: Entrevistas realizadas en una institución de salud de alta complejidad en el conurbano sur, diciembre 2021

Como se puede ver, existe concordancia entre la representante de la gestión institucional (entrevistada 1) y la representante de las/os trabajadoras/es (entrevistada 4) que mencionan a la comunicación como un canal fundamental para que las relaciones entre las/os actores que se presentan en las escenas cotidianos del trabajo sean amenas y permitan a los representantes ejecutar su accionar permitiendo a través de esta, evacuar las inquietudes de los trabajadores y poner en marcha de las negociaciones con el empleador. Si bien la comunicación es fluida y ha sido correcta, ambas mencionan que se puede mejorar para obtener mejores resultados. En tanto, la comunicación es un factor fundamental para evitar los efectos negativos en la salud mental de los trabajadores. Cuando existe un sistema de comunicación con dificultades puede generar problemas en la planificación y la calidad de atención en la organización (INSHT, 2001).

Se revela de lo mencionado que frente a la inacción de las asociaciones sindicales existentes surge un movimiento de autoconvocados, que en contraposición con los métodos convencionales de negociación llevados adelante por los gremios existentes, se movilizó y realizó un corte de calle para que sus reclamos sean visibilizados. En decir, desplegó estrategias disruptivas a fin de poner sobre la mesa las demandas de las/os trabajadoras/es. En tanto se desarrollaron estas acciones una vez agotadas las estrategias convencionales de diálogo. En muchos casos como este, las acciones llevadas a cabo no tienen el caudal de personas necesarios llevando a las/os convocadas/os a utilizar métodos violentos o de coerción a fin de lograr visibilizar las demandas, que de otra manera, no sería posible (Tarrow ,1997).

Otro tema que se muestra en las entrevistas es la importancia de la comunicación interna, clara y precisa en una organización, porque cuando las órdenes impartidas no se dan con exactitud las/os trabajadoras/es deben realizar un esfuerzo cognitivo adicional. La comunicación entre pares y jerárquicos, es decir, dentro del equipo de trabajo es fundamental para desarrollar bien las tareas encomendadas, si esta no está presente o es deficiente surgen problemas mentales, depresión y malhumor en el ámbito de trabajo (Neffa et al, 2001).

Todas las acciones llevadas a cabo y las adaptaciones que se debieron realizar no sólo ocurrieron en esta institución sino también estuvieron presentes y se replicaron en otras organizaciones del sector de la salud. Se desplegaron diferentes estrategias para poder visibilizar los reclamos de las/os trabajadoras/es como la convocatoria realizada por FESPROSA en noviembre 2020 para realizar una medida de fuerza para visibilizar las condiciones laborales del sector, solicitar un salario digno, incorporación de personal y otros reclamos históricos ³⁰.

Se visibiliza de las entrevistas que a pesar del aislamiento las/os representantes de las/os trabajadoras/es desplegaron su accionar para mostrar la problemática del sector. Debieron modificar sus modelos de acción, sobre todo durante el primer periodo de la pandemia, adaptando sus mecanismos de convocatoria, manteniendo el contacto estrecho con sus representadas/os. En tanto, una vez finalizada el ASPO, se llevaron a cabo acciones de movilización y reclamos para mejorar las condiciones laborales, a pesar de la pandemia que aún seguía en curso. Situación similar se relevó en el estudio realizado por Nava y Grigera (2020) que menciona que fue significativo el aumento de las manifestaciones en los lugares de trabajo que anteriormente no podían realizarse por la declaración del aislamiento.

Cabe mencionar también, como rescatan Aspiazu, Baldi y Lanari (2011), que si bien en la institución se llevaron a cabo movilizaciones y cortes de calles, es un sector que debe mantener guardias por tratarse de un servicio esencial. Cuando se decide llevar a cabo una acción conflictiva se pone en juego la ética, el compromiso con el puesto y la conciencia social al entender que las/os pacientes que son atendidos en el ámbito público son personas de escasos recursos y extrema situación de vulnerabilidad, por lo tanto, dejarlos sin atención provocaría un empeoramiento de su calidad de vida (Beleira, 2012). Por tanto, la cuestión moral y ética juega un papel muy importante cuando deben realizar los reclamos del sector.

³⁰ Gestión sindical, “Los médicos vuelven a protestar por las condiciones laborales: *“Estamos con salarios muy deteriorados”*”, 7/11/2020.

8. Conclusiones

En lo concerniente al objetivo principal, esta investigación se propuso analizar los cambios en la composición de los puestos de trabajo del personal, las condiciones laborales y las estrategias sindicales desplegadas, en un hospital público de alta complejidad de la región del Conurbano Sur, durante la pandemia Covid-19 desde la percepción de las/los representantes gremiales de dicha institución.

Con respecto a los cambios realizados en la organización del trabajo y en la composición de los puestos de trabajo durante la pandemia Covid 19 desde la percepción de los representantes de las/os trabajadoras/es del Hospital queda en evidencia luego de realizar esta investigación cualitativa, que los mismos han sido modificados por las nuevas demandas y requerimientos a partir del inicio de la pandemia para dar respuesta a las nuevas necesidades de atención de la población a cargo.

Estos cambios se implementaron a través de nuevos protocolos de prevención y de atención para las/os trabajadoras/es y la población. El personal de la institución del conurbano sur estuvo expuesto a los cambios en los turnos y extensión de las jornadas laborales adecuándose a las necesidades del servicio por la emergencia sanitaria.

Se puede decir que uno de los mayores aprendizajes que trajo la pandemia estuvo en la capacidad de flexibilización y de adaptación permanente de las/os trabajadoras/es a los cambios de escenarios y a las nuevas demandas.

En este hacer, adaptarse y resolver surgió una nueva manera de trabajo dado por el nuevo contexto y las nuevas necesidades de cuidados para las/os trabajadoras/es donde se implementó la modalidad híbrida laboral trayendo mejoras, en la gestión hospitalaria y en la atención oportuna de la población. Si bien se mejoró la calidad de atención, se puede mencionar que la pandemia aumentó la división física del trabajo por la implementación del trabajo remoto (teletrabajo) modificando la dinámica laboral de las/os trabajadoras/es, ya que al no concurrir presencialmente interrumpieron los vínculos sociales con sus compañeras/os de trabajo provocando en algunos casos estados de aislamiento y sufrimiento.

Cómo surge de las entrevistas realizadas el personal contaba con flexibilidad para organizar los turnos de trabajo o las dinámicas de este. Además, podían decidir los protocolos a implementar consensuando entre colegas, dependiendo del estado de salud particular de cada paciente, siempre respetando los lineamientos generales dados. La autonomía para planificar las tareas fue

percibida de manera positiva porque les permitió a las/os trabajadoras/es enriquecer el trabajo e impulsar la inventiva.

Así también de las entrevistas se desprende, que fueron implementados protocolos, procedimientos nuevos y se adquirieron EPP para evitar el contagio y la propagación del virus, que con el fin de la utilización correcta se brindaron capacitaciones institucionales y principalmente, entre pares. Con respecto a la disponibilidad de EPP hubo dos etapas: en la primera etapa, existía escasez por la insuficiente producción nacional e internacional para satisfacer la demanda exponencial del mercado y una segunda etapa, en la que se pudieron acceder a la adquisición de los insumos suficientes para cubrir las necesidades.

Sin dudas la incertidumbre, el miedo, el desconocimiento creó un ambiente laboral hostil que fue contrarrestado por un gran compañerismo y compromiso de todas/os las/os trabajadoras/es. Lo que se observa a través de las entrevistas es que la comunicación entre los sectores y la capacitación para el uso de los Elementos de Protección Personal dado por el contexto y el miedo en algunos casos no fue suficiente. Más allá que se realizaron capacitaciones específicas se podría decir que no alcanzó para contener a todas/os las/os trabajadoras/es y disipar el miedo.

Así también surgió la idea de crear un espacio de cuidados humanizados para acompañar a las/os trabajadoras/es emocionalmente, cuidar a los que cuidan.

De esta investigación se puede inferir como la estructura del hospital se fue adaptando y organizando permanentemente para: seleccionar el personal necesario para los distintos sectores y los nuevos hospitales modulares, organizar las capacitaciones del nuevo personal, armar los planes de capacitación, realizar la compra de los insumos necesarios de los Elementos para la Protección Personal, insumos para la puesta en marcha de los modulares, contemplar también los nuevos puestos del personal de seguridad, actualizar los sistemas de información, establecer los protocolos de ingreso y de derivación, realizar la coordinación y la puesta en marcha de los nuevos protocolos, sin dejar de cumplir con la atención de los pacientes del hospital.

En cuanto al segundo objetivo específico de analizar los cambios en las condiciones de trabajo y las exigencias establecidas al personal del hospital durante la pandemia desde la mirada de las/os representantes de los y las trabajadoras del hospital.

De las entrevistas realizadas surge como las/os trabajadoras/es han estado sometidos a una mayor carga laboral **por** tiempo, cantidad e intensidad laboral dado por: el uso de los Equipos de

Protección Personal, por una mayor **cantidad de actividades** realizadas generado por el reemplazo de compañeras/os y por un aumento de la demanda de tareas. Las/os trabajadoras/es estuvieron expuestos a mayor **tiempo de trabajo** ya que muchos hicieron horas extras para poder cumplir con las nuevas labores asignadas. A una mayor **intensidad laboral** dada por el factor tiempo, por tener que aprender nuevas prácticas como los equipos de trabajadoras/es de los servicios de clínica médica y cirugía general que realizaron capacitaciones en manejo de vías respiratorias para estar entrenados en la atención de pacientes con Covid sumando más tareas a sus rutinas diarias. Como así también muchas/os jefas/es de servicios desempeñaron tareas asistenciales dado por el incremento de pacientes.

Si bien la organización fue flexible frente a la adaptación de las/os trabajadoras/es en la organización de los puestos de trabajo, en la rotación y en el armado de burbujas, tenían autonomía frente a la forma de organizar las actividades y demás eran partícipes de algunas decisiones en los procedimientos, no todos estaban preparados para afrontar las nuevas modalidades ya sea por la falta de herramientas como por la escasa capacitación para la utilización de las nuevas tecnologías implementadas.

La pandemia afectó directamente las relaciones sociales en el trabajo, ya que por el aislamiento la interacción entre pares era escasa, no se podía compartir momentos de recreación en la organización ni tampoco se podía desarrollar actividades extralaborales, de esparcimiento para recuperarse del desgaste laboral.

Sumado a la falta de tiempo de esparcimiento y aislamiento se vieron aumentadas de manera exponencial las jornadas laborales y la cantidad de trabajo, dado por el otorgamiento de licencias al personal perteneciente a los grupos de riesgo y por las infecciones ocasionadas por el virus Covid-19 y por los casos de contacto estrecho. Además, algunos sectores se vieron enfrentados al desafío de dar respuesta a las actividades propias más aquellas realizadas por las/os compañeras/os que se encontraban enfermas/os llegando a duplicar o triplicar las labores habituales.

También se incrementó el ritmo e intensidad de trabajo por: la velocidad de respuesta requerida por ante las situaciones de emergencia, la necesidad de confeccionar e implementar protocolos de un día para el otro, la capacidad de adquirir insumos para protección del personal y realizar las capacitaciones necesarias e inmediatas para utilizar los Equipos de Protección Personal y la

dificultad de aplicar procedimientos nuevos, todo esto trajo por consiguiente una reducción de los tiempos de descanso.

De acuerdo a las entrevistas frente a esta situación inédita la organización ha sabido hacerle frente otorgando las herramientas necesarias para el abordaje de las posibles patologías que surgieran frente a la situación difícil vivida.

En tanto al objetivo tres: reflexionar sobre las estrategias desplegadas por el colectivo de trabajadoras y trabajadores del Hospital ante los cambios producidos en la organización del trabajo y en las condiciones laborales durante la pandemia del Covid-19.

Se puede mencionar que se ha realizado un reconocimiento de manera parcial ya que en una primera instancia la sociedad y las autoridades reconocían la labor desarrollada por las/os profesionales de la salud, pero transcurrido un tiempo eso fue perdiéndose. Por lo tanto, no alcanzó para compensar las situaciones vividas por el personal sanitario durante este periodo, como la pérdida de familiares, amigos, pares de manera cotidiana. Si bien es genuino el sentimiento de las/os trabajadoras/es, sostener en el tiempo ese reconocimiento resulta imposible porque transcurrido el tiempo la pandemia se transformó en una nueva normalidad dejando de ser una situación excepcional.

En tanto se evidencia que se llevaron a cabo acciones desde la organización para mejorar las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es, se crearon espacios de contención psicológica para disminuir las consecuencias psíquicas y mentales del personal. Así también se abrió un espacio para las trabajadoras en periodo de lactancia, que si bien no se relaciona directamente con el contexto de pandemia, tiene que ver con las mejoras en el ambiente de trabajo. Por otro lado, con el fin de motivar el sentido de pertenencia al equipo de trabajo de salud de la organización se entregaron elementos de uso personal con el logo institucional.

En lo referido a las estrategias de las/os representantes de las/os trabajadoras/es surge un movimiento de autoconvocados, que en vista de no obtener respuestas a sus reclamos, ni de los sindicatos existentes ni de las autoridades de la institución, desplegaron acciones de conflictivas con características violentas en contraposición con las negociaciones llevadas adelante por los sindicatos tradicionales de la organización.

También se refleja que el accionar de las/os representantes del personal se debió modificar debido al ASPO declarado, cambiando los protocolos tradicionales para poder llevar adelante los reclamos a pesar de la pandemia. En una primera instancia abordaron acciones colectivas poco

utilizadas hasta el momento, convocando a reuniones y asambleas virtuales para atender las necesidades urgentes del sector. En la segunda etapa, con la disminución de los contagios se volvió a la presencialidad, a las movilizaciones, reuniones y concentraciones en la vía pública. Si bien debieron readecuar las metodologías, no se dejaron de realizar acciones sindicales en procura del bienestar del personal sanitario y una vez permitido el desplazamiento se produjeron nuevamente convocatorias con el distanciamiento y los elementos de protección necesarios.

Mencionando los reclamos surgidos, los principales fueron los referidos a las mejoras en los salarios, la reapertura de paritarias, la incorporación de personal capacitado para cubrir las vacantes producidas por las bajas temporarias (licencias por enfermedad, grupos de riesgos y casos sospechosos) y permanentes (fallecimientos). Algunas reivindicaciones se pudieron obtener: como mejoras en las condiciones salariales a través de acuerdos paritarios y el pago de bonos no remunerativos (Covid y Canasta familiar) que incrementaron el salario de las/os trabajadoras/es de la salud en algunos casos para obtener una remuneración equivalente o superior el monto de la canasta básica.

Asimismo, se otorgó estabilidad a las/os contratadas/os, se readecuaron los puestos de trabajo de acuerdo con los títulos ostentados, se ampliaron beneficios sociales a las/os trabajadoras/es que poseen menores de edad a cargo. Es importante mencionar la conformación de mesas técnicas de trabajo en donde participan las autoridades, representantes sindicales y gerentes de recursos humanos, para la discusión de la carrera hospitalaria y las mejoras de las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es.

Así también surgió la necesidad del otorgamiento de una licencia extraordinaria al personal sanitario para poder recuperarse del agotamiento físico, psíquico y mental producido por la ardua tarea, situación que se fue solucionando con el transcurrir de los meses de pandemia. También necesitan ser recompensados económicamente con salarios justos y acordes a las actividades desarrolladas.

De la investigación realizada se puede inferir que, si bien se han obtenido algunas mejoras y reconocimientos parciales por la ardua labor desarrollada, la percepción del colectivo de trabajadoras/es del ámbito de la salud (de acuerdo al periodo que abarca la investigación) aún queda pendiente el reconocimiento y la gratitud hacia las/os profesionales que en muchos casos han dado su vida por la atención de los pacientes durante la pandemia.

Asimismo, es necesario abordar los temas pendientes y reclamos históricos del sector, salarios acordes a las actividades, infraestructura adecuada, capacitación permanente y espacios de contención para el abordaje de las problemáticas psicológicas derivadas del trabajo. Muchas/os trabajadoras/es sienten frustración y desazón ante la falta de mejoras salariales y de las mejoras de las condiciones laborales logradas hasta la fecha.

Esta investigación propone realizar un aporte para seguir explorando el camino y profundizar el análisis de las consecuencias producidas en el colectivo de trabajadoras/es del ámbito de la salud producidas por las modificaciones en las condiciones de trabajo durante la pandemia.

Para concluir, esta investigación se puede considerar como puntapié inicial para futuras líneas de investigación, ya que aborda un tema poco estudiado hasta el momento por tratar de una problemática que aún no se sabe certeramente las consecuencias producidas por estar transitando aún la post pandemia. Por lo tanto, podría ser profundizado con el abordaje con perspectiva de género a fin de analizar las consecuencias de la doble jornada de las trabajadoras de la salud siendo un ámbito mayoritariamente femenino y temática que surgió en algunas entrevistadas. Así también otra línea de investigación puede orientarse a profundizar las consecuencias en la salud mental y psíquica del personal sanitario durante la pandemia en el mismo contexto del presente trabajo.

Bibliografía

- Abramzón, M. C. (2006). Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 52-62. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7306>.
- Acevedo, G. E., Farias, M. A., Sanchez, J. M., Astegiano, C., Buffa, G., Loyaute, G. A., Demaria, M. J., & Fernandez, A. R. (2014). Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista De Salud Pública*, 17(3), 8–20. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6847>
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento 60. Buenos Aires: Universidad de San Andrés-CEDI.
- Almada, V.E. (2019). Conflicto docente y suspensión de la Paritaria Nacional en 2018. Limitaciones por Decreto a los derechos conquistados por los trabajadores de la educación pública. [Trabajo Final]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Instituto de Ciencias Sociales. Florencio Varela.
- Ansoleaga, Elisa. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista médica de Chile*, 143(1), 47-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>
- Ariovich, A., y Crojethovic, M. (2015). *La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://cdsa.academica.org/000-061/252.pdf?view>
- Arteaga Cadena, M. E. (2020). Estrés en los trabajadores de la salud del distrito 10d01 durante la implementación del teletrabajo en medio de la pandemia covid-19. Recuperado de: <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3981/2/ARTICULO%20ELISA%20ARTEAGA.pdf>
- Aspiazú, E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina. En: *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*. Serie Estudios N° 9, Buenos Aires: MTEySS.
- Aspiazú, E. L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen*, 19(1), 55-66. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-31232016000100005

- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002
- Aspiazu, E., Baldi, L. y Lanari, E. (2011, agosto). *Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud*. Ponencia presentada en el 11° Congreso ASET, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://www.aset.org.ar/congresos/10/ponencias/p6_Aspiazu.pdf.
- Baldi, L. (2018). *Organización sindical y acción colectiva de los trabajadores profesionales de la salud pública: Argentina, 2006-2015*. [Tesis Maestría]. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina.
- Basualdo, V. y Peláez, P. (2020). *Procesos de conflictividad laboral en el marco de la pandemia del COVID – 19 en Argentina (marzo-mayo 2020)*. Documento de trabajo. Buenos Aires: FLASCO. Programa “Estudios del trabajo, movimiento sindical y organización industrial”. Disponible en: <https://www.flasco.org.ar/publicaciones/procesos-de-conflictividad-laboral-en-el-marco-de-la-pandemia-del-covid-19-en-argentina-marzo-mayo-2020/>
- Beleira, A. (2012). En defensa de la salud pública. Notas sobre las acciones colectivas de los/as trabajadores/as del Hospital Castro Rendón frente a las reformas neoliberales. *Trabajo y Sociedad*, 20, 180-211. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1514-68712013000100024&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Beleira, A. (2016). Pensar al Estado como ámbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud pública de Neuquén (2005-2013). *Estudios Sociales del Estado*, 2(3), 180-211. Recuperado de: <https://www.estudiossocialesdelestado.org/index.php/ese/article/view/66>.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), s96-s109. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>
- Bonpland, V. (Mayo, 2018). Los establecimientos SAMIC desde el punto de vista de la Organización Sanitaria y del Control. *Diario DPI. Suplemento Salud*, (26). <https://dpicuantico.com/sitio/wp-content/uploads/2018/05/Bonpland-SALUD-7.5.pdf>
- Cao, H., Blutman, G., Estévez, A. y Iturburu, M. (2007). *Introducción a la administración pública argentina: nación, provincias y municipios*. Buenos Aires: Biblos.

- Clerc, J.M. (1987). Organización y contenido del trabajo. En Clerc, J. M. (Dir.) *Introducción a las Condiciones y Medio ambiente de Trabajo* (pp. 1-28). Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra.
- Crojethovic, María (2011). Condiciones de Trabajo Precarias. Motivación e Interés dentro de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires-Argentina.. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 4(11),26-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477847118003>
- Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2008). La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas. *Papeles de trabajo: La revista electrónica del IDAES*, 2(4), 4.
- Ernst, C. y López Mourelo, E. (2020). *La COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política*. Informe Técnico. OIT: Argentina.
- Decreto 2520/2015 de Aprobación del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, del 24 de noviembre de 2015, Buenos Aires. InfoLeg, Información Legislativa. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/>
- Demarche, M. F. (2004). *Descentralización hospitalaria: Logros y desencantos de una política social*. [Trabajo final de grado]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.618/te.618.pdf>
- Dejours, C. (1998). De la tecnología al concepto de trabajo. En Dejours, C. (Ed.), *El factor humano* (pp 39-50). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Delfini, M., Drolas, A. y Medina, J. (2013). Conflictividad laboral y reapropiación del lugar de trabajo. *Revista de ciencias sociales, segunda época*, (24), 109-129.
- Fernandes, M. A., Araújo, A. A. C., Oliveira, A. L. C. B. D., & Pillon, S. C. (2021). Comunicación y relaciones interpersonales entre trabajadores de la salud en la pandemia COVID-19. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116764/1/CultCuid60Esp_06.pdf
- Ferrandino Lamarca, F. S. (2020) *Burnout en profesionales de la salud en tiempos de pandemia de covid-19*. [Trabajo integrador final]. Facultad de Medicina, Facultad H.D. Barceló. Recuperado de: https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH0169/cfd0881b.dir/BRC_TFI_Ferrandino.pdf

- Gernet, I. y Dejours, C. (2014). Psicopatología del trabajo. *Buenos Aires, Argentina, Miño y Davila*.
- Gernet, I, y Dejours, C. (2012). *Psychopathologie du travail*. París, Francia: Elsevier Masson.
- Gil Rivero, J. (2012). Teorías analíticas e interpretativas sobre el conflicto en el centro de trabajo. *Estudios. Revista de Pensamiento Libertario*, (2), 34-48. Recuperado de: [Teorías analíticas e interpretativas sobre el conflicto en el centro de trabajo - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
- Gutiérrez, I. (2018). Contribuciones de la psicodinámica del trabajo para el abordaje de la salud y seguridad en el trabajo: alcances y limitaciones. *Seguridad integral en el trabajo: un enfoque psicosocial*, 91-110.
- Heim, S., Garcia Munitis, P., Gonzalez Villa Monte, G., Del Marmol, F., Otero, L., Ballina, F., Antonietti, L. (2018). Relato de la experiencia: Grupo de monitoreo del plan estratégico de un hospital público en Argentina. *Revista el Hospital El Cruce*, 20, 38-45. Repositorio: Hospital el Cruce.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2000). Metodología de la investigación. Quinta Edición. México, D.F: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Horrac, B., Occhi, M., Aranda, M., & Rodríguez, B. (2011). Percepción sobre las condiciones y medioambiente de trabajo del personal obrero de mantenimiento hospitalario. El caso del Hospital San Juan de Dios de La Plata. En Concurso Biale Massé. 2da. edición. El estado de la clase trabajadora en la Provincia de Buenos Aires 2011. https://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/masse/2011/categoriaa/a_horrac-occhi-aranda-rodriguez.pdf.
- Horrac, B., Disipio, S., García, M. I., Occhi, M. J. y Vadurro, S. (2010). *Percepción sobre las condiciones y medioambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. El caso de tres hospitales provinciales interzonales del gran La Plata, Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires*. En concurso Biale Masse, Bicentenario de la Patria 2009, La Plata: Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/masse/categoriaC/15_HORRAC_Percepcion_sobre_las_condiciones_y_medioambiente_de_trabajo_enfermeras.pdf.
- Huerfano Escobar, D. P., Ramirez Plata, M. L. (2021) *Diseño de una propuesta de intervención en factores de riesgo psicosocial a causa del Covid-19 en el personal de salud en Medellín Colombia*. [Trabajo de Grado]. Universidad ECCI. Dirección de Postgrados. Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Bogotá, Colombia. Recuperado de:

<https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/2593/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (2001). *Estrés Laboral*. Documentos Divulgativos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / INSHT. Recuperado de: <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2018/08/estres-laboral-guia.pdf>
- Lanari, M. E. (2010) *Realidad y percepción del déficit de trabajo decente. El caso de los médicos que desempeñan sus tareas en hospitales de Mar del Plata*. En Concurso Biale Massé, Bicentenario de la Patria: El estado de la Clase Trabajadora en la Provincia de Buenos Aires 2010, La Plata, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. <http://nulan.mdp.edu.ar/id/eprint/1039>
- Laurell, AC. (1986). El Estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. En Laurell AC (Ed). *Cuadernos médicos sociales*, (pp 3-18). DF, México: ERA.
- Laurell, AC. (1993). La construcción teórica- metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En Laurell, AC (ed). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*, (pp13-35). Washington, Estados Unidos: PALTEX.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Matamala, J. y Barrera, A. (2020). *Desgaste y riesgos psicosociales en profesionales de la salud durante la pandemia en Chile* [Tesis doctoral en Psicología]. Pontificia, Universidad Católica de Valparaíso. Disponible en: https://www.confedepus.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe.-Confedepus_LOGOS.pdf
- Mattié, M. (1994). *El proceso de trabajo: Condiciones y Medio ambiente en el sector informal urbano en el Área Metropolitana de Mérida*. (Tesis de pregrado). Facultad de Ciencias económicas y sociales Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Medina, A. y Narodowsky, P. (2015). *Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires: Fahce.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020a). *Actualización epidemiológica. Confirmación del primer caso importado de COVID-19 en la República Argentina - SE 10 - 04/03/2020. Recomendaciones para el equipo de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Materiales para el equipo de salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/actualizacion-epidemiologica-confirmacion-del-primer-caso-importado-de-covid-19-en-la>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020b). *Nuevo Coronavirus COVID-19. Recomendaciones para el equipo de salud. Materiales para el equipo de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-nacional-de-cuidados-de-trabajadores-y-trabajadoras-de-la-salud>

Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social. Conflictos laborales. Primer semestre 2020. Informe Técnico. Dirección de estudios y estadísticas de relaciones del trabajo. Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de: https://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/conflictoslaborales/Conflicto_Laboral_SEM_2020s1.pdf

Miota, A. C., Pérez, B. V., Morales, P. L., Martínez, C. A., Ivars, L. S., Amengual, V. F. y Lorite, I. G. (2021). Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica. *Comunidad*. 22(3). Barcelona. Recuperado de <https://comunidad.semfyec.es/respuesta-de-un-centro-de-salud-ante-la-pandemia-covid-19-percepciones-de-la-plantilla-medica/>

Montenegro Loewy, L. y Rocca, M. V. (2018). La producción de estadísticas sobre conflictos laborales: un estudio comparado. *Estudios del trabajo*, (56) Recuperado en 21 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2545-77562018000200003&lng=es&tlng=es

Montes Cato, J.; Palermo, H., Spinosa, L. y Ventrici, P. (2020). *La situación del empleo en Argentina durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Informe a partir de una encuesta autoadministrada a delegados y delegadas sindicales del sector público, servicios, comercio e industria. Buenos Aires, Argentina: CEIL-CONICET. Disponible en: <http://www.ceilconicet.gov.ar/2020/05/informe-la-situacion-del-empleo-en-argentina-durante-el-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio/>

Moreno Jiménez, Bernardo. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>

Muracciale, M. (2010). *Educación Física y Salud. Una propuesta para mejorar las condiciones de trabajo en medio ambientes laborales*. En Suarez Maestre, A. (Comp.) (2011). Serie de Estudios N° 1 “Las Condiciones de Trabajo en la Provincia de Buenos Aires” Documentos presentados en la Primera Edición del Concurso Bicentenario de la Patria. Año 2010. La Plata, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires. Concurso Bicentenario de la Patria Premio Juan Bialet Masse. 2da edición.

Nava, A., y Grigera, J. (2020). Pandemia y protesta social: Tendencias de la conflictividad social y laboral en Argentina 2019-2020: Tendencias de la conflictividad social y laboral en

- Neffa, J.C. (1989). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: Área de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales del Trabajo, Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, CREDAL/CNRS, Humanitas.
- Neffa, J.C. (Coord), Giraudó, E., Korinfeld, S. Mendizabal, N., Poy, M. y Vera Pinto, V. (2001). *Telegestión: su impacto en la salud de los trabajadores*. Trabajo y Sociedad, CEIL-PIETTE-CONICET, Buenos Aires: FOEESITRA.
- Neffa, Julio C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires, Argentina: CEIL-CONICET.
- Neffa, J. C. (2019). *¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?: Reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado*. CEIL. Recuperado de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/2019/10/libro-que-son-los-riesgos-psicosociales-en-el-trabajo-julio-cesar-neffa/>
- Neffa, J. c., Kohen, J. A., Henry, M.L., Korinfeld, S., Laudi, C., Padro, R.. (2020). *Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical*. 1° ed. Homo Sapiens. Rosario.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/157853/CONICET_Digital_Nro.9949fbd4-a852-4bfc-9972-83d70e59f2c0_A.pdf?sequence=2
- Nieto, H.A. (1999). Salud Laboral. En Mazzáfero, Vicente (comp). *Medicina y Salud Pública*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Noriega, M. (1993) Organización laboral, exigencias y enfermedad. En Laurell, Asa C. (Eds.), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp. 167-187). Washington DC, Estados Unidos: PALTEX.
- Novick, M. (Coord), Ibañez, F., Munilla, D., Metlika, U., Puntillo, S., Szwarcberg, F. y delegados, delegadas, colaboradoras y colaboradores de ATSA (Diciembre, 2020). *Impacto del covid-19 en la salud del personal no médico de salud*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Friedrich Ebert. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/17392.pdf>
- Novick, M. y Galín, P. *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones*, Buenos Aires: OPS/OMS. 2003.

- Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaria de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social. *Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempo de pandemia (covid-19) (2020)*. Relevamiento de la situación La Plata, Berisso y Ensenada. Informe de Resultados, Septiembre 2020. Buenos Aires: Argentina: UNLP. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/resultados_de_la_investigacion_la_situacion_de_los_trabajadores_y_las_trabajadoras_de_la_salud_en_tiempos_de_pandemia_covid_19_relevamiento_en_la_plata_berisso_y_ensenada_.%20Relevamiento%20de%20la%20situacion%20de%20La%20Plata,%20Berisso%20y%20Ensenada.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1993). *Resolución sobre las estadísticas de huelgas, cierres patronales y otras acciones causadas por conflictos laborales, adoptada por la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo*. 15° Conferencia Internacional del trabajo. Ginebra. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087546.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2013). *El Trabajo Decente: la concepción de la OIT y su adopción como estrategia de desarrollo en Argentina*. Serie Notas OIT: Trabajo decente en Argentina.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2020). *Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia del Covid-19*. 1° edición 2020. Ginebra. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_763314.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). Estrategia y plan de acción sobre salud, 51° Consejo Directivo 63a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Ortiz, Z., Antonietti, L., Capriati, A., Ramos, S., Romero, M., Mariani, J., Ortiz, F. y Pecheny, M. (2020). Preocupaciones y Demandas frente a Covid-19. Encuesta al personal de salud. *Medicina*, 80, 16-24. Recuperado de: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/preocupaciones/>

- Raraz-Vidal, JG, Allpas-Gomez, HL, Torres-Salome, FK, Cabrera-Patiño, WM, Alcántara-Leyva, LM, Ramos-Gómez, RP, ... & Raraz-Vidal, OB (2021). Condiciones de trabajo y equipo de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* , 21 (2), 335-345. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n2/2308-0531-rfmh-21-02-335.pdf>
- Rivarola Montejano, G., Michelini, Y. N., Leonangeli, S., & Dómina, M. B. L. Capítulo III. Salud mental en trabajadores y trabajadoras de la salud de la ciudad de Córdoba durante la pandemia de COVID-19. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/18564>
- Saizar, M. M. (2015). Motivos de encuentro y desencuentro en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud público en Argentina. *Trabajo Social*, 17, 95-112.
- Sánchez, C. (24 de enero de 2020). *Referencias APA*. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/referencias/>
- Sanchez Raverta, M. (2022). *Pandemia, trabajo y riesgo: una mirada a quienes trabajan por nuestra salud: El caso de los y las enfermeras de un Hospital Provincial público durante la pandemia del COVID-19* [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.2207/te.2207.pdf>
- Scatularo, C. E., Battioni, L., Bellia, S., Costa de Robert, S., Gatti, M., Racki, M., Soracio, G., Lescano, A., Giorgini, J. y Pereiro, S. M. (2021). Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. Encuesta ImPPaCTS-SAC. 20. *Revista argentina de cardiología*, 89(3), 204-210.
- Senén, Cecilia, & Medwid, Bárbara. (2007). Resurgimiento del conflicto laboral en la Argentina post devaluación: un estudio en el sector aceitero. *Argumentos (México, D.F.)*, 20(54), 81-101. Recuperado en 18 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952007000200004&lng=es&tlng=es
- Soto Pimentel, V., Gradin, A. y Rieri, M., (2021). *La conflictividad social en Argentina durante el 2020. Un análisis de los hechos de protesta durante la pandemia del COVID – 19*. (Informe N° 20) Buenos Aires: Observatorio sobre Políticas Públicas y Reforma Estructural, FLACSO. Recuperado de: https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Informe-20-Observatorio-OPPRE-Conflictividad-social-de-Argentina-en-el-ano-2020_Mayo-2021.pdf

- Sousa Minayo, M.C. (2012) El desafío en la investigación social. En: *Investigación social teoría método y creatividad*. Buenos Aires: Editorial.
- Spaltenberg, R. (2000, octubre). *Cambio y continuidad en el conflicto laboral. Un análisis sectorial*. Ponencia presentada en el seminario intensivo Mercado de trabajo e intervención 12 sindical: ¿nuevas pautas?. Programa de Estudios Socio-Económicos Internacionales (PESEI) del Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). Buenos Aires, Argentina.
- Suarez Maestre, A. (Comp.) (2011). Serie de Estudios N° 1 “Las Condiciones de Trabajo en la Provincia de Buenos Aires” Documentos presentados en la Primera Edición del Concurso Bicentenario de la Patria. Año 2010. La Plata, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires
- Tarrow, Sidney (1997), *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid, Alianza Universidad.
- Useche Mora, L. G. (1992). Fatiga Laboral. *Avances en Enfermería*; 10 (1), pp. 89-103.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Valles, M. (2007). Técnicas cualitativas de investigación. Madrid: Síntesis.
- Vieira Girao Arcaño, R. et al. (2018) Conocimientos y prácticas de los trabajadores de enfermería sobre riesgos laborales en la atención primaria de la salud: un estudio de intervención. *Enfermería Global*, 17 (51), 200-237.
- Villegas Rodríguez, J. A. y Ríos Cortazar, V. (1993) La investigación participativa en la salud laboral: El modelo obrero. En Laurell, Asa C. (Eds.), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp. 167-187). Washington DC, Estados Unidos: PALTEX.
- Yabkowski, J. (2012) *Sindicalización de los profesionales: Una mirada sobre el proceso regional*. 3° libro del GTAS, Grupo de Trabajo sobre Autorreforma Sindical de CSA ,2012. Recuperado de: <http://www.relats.org/documentos/ORGYabkowski.pdf>

Notas periodísticas relevadas

- Bartoli, B. 25/11/20. Médicos paran en Provincia: cómo está el sector y que ofrece el gobierno. El destape. <https://www.eldestapeweb.com/politica/provincia-de-buenos-aires/-medicos-paran-en-provincia-como-esta-el-sector-y-que-ofrece-el-gobierno-2020112510440>
- Bartoli, B. 23/3/21. El gobierno bonaerense comenzará la paritaria 2021 con el sector de la salud. El destape. <https://www.eldestapeweb.com/politica/paritarias-2021/el-gobierno-bonaerense-comenzara-la-paritaria-2021-con-el-sector-de-la-salud--202132310270>

- Bartoli, B. 25/3/21. Paritarias 2021: Provincia realizó una primera oferta salarial del 32% a los médicos. El destape. <https://www.eldestapeweb.com/politica/trabajo/paritarias-2021-provincia-realizo-una-primera-oferta-salarial-del-32-a-los-medicos-20213251630>
- Carpena, R. 10/10/20. Los sindicatos bonaerenses de la salud redoblaron sus reclamos salariales y advirtieron que el aumento a la Policía es discriminatorio. Infobae. <https://www.infobae.com/politica/2020/09/10/los-sindicatos-bonaerenses-de-la-salud-redoblaron-sus-reclamos-salariales-y-advirtieron-que-el-aumento-a-la-policia-es-discriminatorio/>
- CICOP pide «inversión en producción pública de vacunas e insumos hospitalarios». 3/5/21. Línea sindical. <https://www.lineasindical.com.ar/cicop-pide-inversion-produccion-publica-vacunas-insumos-hospitalarios-n-1643135.html>
- Día de la sanidad. En La Plata enfermeros y enfermeras se movilizan por mejoras en sus condiciones laborales. 21/9/20. La izquierda Diarios. <http://www.laizquierdadiario.com/En-La-Plata-enfermeros-y-enfermeras-movilizan-por-mejoras-en-sus-condiciones-laborales>
- Gremio de médicos habla de saturación sanitaria en la Pcia de Buenos Aires, pide mayores restricciones y advierte que «la oposición al cierre de actividades es irresponsable». 27/4/21. Línea sindical. <https://www.lineasindical.com.ar/gremio-medicos-habla-saturacion-sanitaria-pide-mayores-restricciones-advierte-oposicion-cierre-actividades-irresponsable-n-1642576.html>
- Ingrassia, V. (1/4/20). Una red federal de médicos expone sus reclamos frente al coronavirus. Infobae. <https://www.infobae.com/salud/2020/04/01/una-red-federal-de-medicos-expone-sus-reclamos-frente-al-coronavirus/>
- Lanese, D. 7/11/2020. Los médicos vuelven a protestar por las condiciones laborales: “Estamos con salarios muy deteriorados”. Gestión sindical. <https://gestionsindical.com/los-medicos-vuelven-a-protestar-por-las-condiciones-laborales-estamos-con-salarios-muy-deteriorados/>
- Lanese, D. 28/1/21. Piden al gobierno porteño una mesa de diálogo para resolver reclamos de las/os trabajadoras/es de la salud. Gestión sindical. <https://gestionsindical.com/piden-al-gobierno-porteno-una-mesa-de-dialogo-para-resolver-reclamos-de-los-trabajadores-de-la-salud/>
- Los médicos anunciaron para este miércoles el primer paro a la gestión de Kicillof. 22/11/20. El día. <https://www.eldia.com/nota/2020-11-22-9-42-0-los-medicos-anunciaron-para-este-miercoles-el-primero-paro-en-la-gestion-de-kicillof-la-ciudad>
- Profesionales de la salud agradecen aplausos y reclaman mejores salarios y condiciones dignas. Varela al Día. 23/3/20 <http://varelaaldia.com.ar/profesionales-de-la-salud-agradecen-aplausos-y-reclaman-mejores-salarios-y-condiciones-dignas/>

Protesta de profesionales de la salud en el Hospital San Martín”, 2/11/20. Diario Hoy.
<https://diariohoy.net/interes-general/protesta-de-profesionales-de-la-salud-en-el-hospital-san-martin-145637>

Trabajadores de Salud concretaron un paro por reclamos salariales y laborales”, 12/5/21. El destape.
<https://www.eldestapeweb.com/sociedad/ciudad/trabajadores-de-salud-concretaron-un-paro-por-reclamos-salariales-y-laborales-20215122000>