

Impactos de la pandemia en el trabajo de salud: aportes de trabajadoras/es de servicios hospitalarios en la construcción de estrategias de cuidado.

M11

ET5

Wagner María Alejandra, Ramacciotti Cynthia.

IETSyS, Facultad de Trabajo Social. alewag@yahoo.com.ar

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la línea de investigación sobre Riesgos Psicosociales del Trabajo que venimos desarrollando junto al Dr. Julio Neffa y equipo, con un estudio actualmente radicado en el IETSyS, FTS, hemos realizado entrevistas a trabajadoras y trabajadores de salud de servicios hospitalarios. La labor de campo, inicialmente, tenía previsto otros instrumentos y técnicas para la cual nos habíamos formado y organizado internamente; no obstante, la precipitación de acontecimientos de público conocimiento nos impidió avanzar con la implementación masiva de encuestas. Entendimos que el abordaje del tema en cuestión resultaba ineludible, cobrando interés estratégico, razón por la cual discutimos y elaboramos adecuaciones metodológicas buscando generar condiciones apropiadas para vincularnos con quienes constituían nuestro principal foco de atención.

Atendiendo recomendaciones y protocolos, avanzamos en brindar escucha a los trabajadores de salud en sus espacios laborales y gremiales, compartiendo parte de sus rutinas, inquietudes y perspectivas. Pudimos identificar algunas de sus necesidades y expectativas respecto de las difíciles vivencias que trajo consigo la atención de padecimientos propios de la pandemia, así como relevar algunas de las falencias y desigualdades de vieja data que la coyuntura crítica puso al desnudo.

El presente texto propone una primera aproximación a las experiencias y opiniones de las y los trabajadores, tratando de dar cuenta no sólo de los acontecimientos que transitaron con tensión y sufrimiento, sino fundamentalmente de aquello que poco a poco comienza a recuperarse en términos de logros, aprendizajes y propuestas.

2. EL COTIDIANO EN EL TRABAJO HOSPITALARIO EN SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON COVID-19: VIVENCIAS, SENTIRES Y PARECERES

La perspectiva de los Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST) en la cual se funda el proyecto (Gollac, 2013; Neffa, 2015), constituyó un posicionamiento que discutió con enfoques tradicionales en el campo de los estudios del trabajo, realizando aportes en dos planos; por un lado, en lo que atañe a la atención sobre las causalidades de padecimientos, accidentes y enfermedades ocurridas a los trabajadores

en sus contextos laborales (habitualmente reducidas a explicaciones centradas en acciones u omisiones de responsabilización individual); y por otro, a la visibilización de tipos de dolencias y sufrimientos que tendieron a tornarse 'paisaje', excluidas de los registros formales, e incluso muchas veces asociadas -en términos de inevitabilidad-, a una suerte de 'naturaleza' propia de determinados trabajos.

En este sentido, recuperamos los aportes de los autores para analizar la situación de los trabajadores de salud, buscando contribuir en la reconstrucción del entramado de relacionamientos e intersecciones que se anudan para generar procesos de trabajo situados en un espacio/tiempo, con modalidades de organización construidas (por ende, revisables), y criterios materiales y simbólicos por demás heterogéneos en cuanto a la gestión de los mismos.

Entendemos que describir y elaborar explicaciones, desde el intercambio con los protagonistas, posibilita no sólo la puesta en cuestión de prácticas e inercias institucionales que vulneran sus derechos (y no sólo los suyos, tratándose de servicios); sino también, que nos arrojan pistas concretas y muchas veces creativas sobre mecanismos e instancias resolutorias posibles, pertinentes y superadoras. Pero este proceso no se produce 'per se'. Exige propiciar condiciones, ámbitos, dispositivos que reconozcan el valor que reside en estas instancias, asignándoles legitimidad, marcos de posibilidad materiales y simbólicos.

La necesidad de la implementación de este tipo de prácticas cobra peso al momento de analizar las vivencias y percepciones de los trabajadores que entrevistamos. Cabe destacar que nuestras principales interacciones fueron con quienes se desempeñaron en salas o zonas directamente relacionadas con la atención de personas afectadas por el COVID-19 en servicios del sector privado.

Entre los comunes denominadores que recogimos en la labor de campo, en coincidencia con estudios similares en la región (Informe de resultados, 2020; Neffa J., 2020; Ramacciotti K., 2021) se destacan:

- ▶ **Intensificación del trabajo:** mayor cantidad de tareas en el mismo tiempo por adopción de protocolos y equipos de protección; sobrecarga de tareas en pocas personas por reducción de personal en algunas áreas y/o reasignación de funciones, incorporación de personal de emergencia con escasa o nula experiencia; sobrecarga por presión de plazos en el caso de laboratorios o estudios complementarios, etc.

- ▶ **Persistencia de inequidades en condiciones de trabajo/ profundización del pluriempleo:** precarización en contrataciones; desigualdades en términos de pagos por misma tarea y/o por reconocimiento de categoría profesional; extensión de jornadas violatorias de derechos producto del pluriempleo (por cobertura de puestos de trabajo en servicios asistenciales a causa de aislamientos, francos o licencias; convocatorias de personal para acciones preventivas, campañas, operativos; etc.).

- ▶ **Incremento de niveles de alertas e incertidumbre:** miedos al contagio propio, de pares y del núcleo afectivo/familiar; desconocimiento por disponibilidad de información insuficiente, contradictoria y/ confusa, en mayoría de los casos construida oportunamente entre pares (en general, tardía por las vías formales). Incerti-

dumbre frente a los cambios ocurridos en la evolución de la pandemia por las experiencias y perspectivas provenientes de otros países, la oscilación de las curvas de contagios, mutaciones del virus, niveles de letalidad y transformaciones en tiempo real de los procesos de trabajo y terapéuticas.

▶ **Cambios en las relaciones entre pares y con jefaturas:** pérdida o reducción de espacios cotidianos de descanso; alteración de cobertura de necesidades personales básicas (comer, ir al baño, responder un llamado); modificación de las rutinas de socialización; conflictos entre áreas asociadas al covid y las “no covid”. En muchos casos, afianzamiento de vínculos entre pares de un mismo servicio, con persistencia de distancias o desigualdades entre algunos perfiles y/o profesiones; acompañamientos, contenciones y respaldos entre pares.

En relación a autoridades y jefaturas, relevamos opiniones críticas con respecto a indicaciones o exigencias que no daban cuenta de las situaciones de la práctica, aunque con mayores respaldos en la escucha de niveles intermedios; ausencia de reconocimiento efectivo en términos monetarios y/o de posibilidades de compensar sobrecarga con descansos o alternativas no monetarias similares.

Resultó un fuerte cimbronazo la afectación por covid-19 de los propios pares, y/o en familiares o convivientes de compañeras/os de trabajo, llegando al caso de fallecimiento de una trabajadora de la UTI referido por varios de los testimonios.

▶ **Cambios en los vínculos familiares y rutinas extralaborales:** las dudas e inseguridades respecto del contagio, ocasionaron cientos de transformaciones del cotidiano de los trabajadores. Varias enfermeras nos relataron haberse retirado de sus hogares durante meses o varias semanas, permaneciendo en casas de compañeras de trabajo que vivían solas, o lugares alternativos. Algunos testimonios refieren un repliegue de sus relaciones en todos los planos, un autoaislamiento respecto de la red familiar ampliada (muchas no vieron presencialmente a sus madres, padres o afectos durante un año o más, sufriendo incluso pérdidas por razones ajenas a ellas en ese proceso). Manifiestan lo complejo de plantear límites de contacto con hijos e hijas más pequeñas al regresar a sus hogares, las dudas constantes respecto de haber procedido correctamente en el uso y retiro de equipos de protección, el haberse tocado accidentalmente la cara en el transcurso de esos procedimientos.

Como sucedió generalizadamente, quienes realizaban actividades deportivas, culturales, sociales y/o recreativas dejaron de hacerlo, perdiendo instancias de distensión, diversión, desahogo. Se replegaron actividades de intercambios afectivos o espirituales de sostén habitual. Las posibilidades de “desconectar” (como algunos refieren), fueron mínimas o nulas en instancias de picos de disparada de casos. Algunas trabajadoras nos plantearon situaciones de estigmatización o discriminación en su red de conocidas/os (esto, como comentamos antes, también se vivió entre pares de distintos sectores dentro de un mismo Hospital, según niveles de exposición).

▶ **Cambios en los registros de sentimientos, padeceres y dolencias:** Fue significativo que en la mayoría de casos les entrevistades se quebraron al brindar testimonio (sin que esto guardara relación lineal con una pregunta o consulta puntual). Expresaron especial labilidad, fragilidad a nivel emocional. La totalidad de les

entrevistades sufrió trastornos de sueño, muestran señales de un cansancio que manifiestan no lograr superar en los últimos meses (recién lograron recuperar las licencias y descansos este año, y en forma escalonada).

▶ Con respecto a la mirada sobre sí mismos, (y/o por devoluciones que les hacen sus hijos, parejas, amigos), notaron cambios de carácter caracterizados por irritabilidad, ensimismamiento (muchas veces leído en clave de indiferencia), mal humor, ganas de no hacer nada (visto esto con preocupación por parte de quienes antes de la pandemia se reconocían especialmente activas en el hogar, protagonistas en tareas de cuidado, vitales en su vínculo con amistades, etc.). Una de las entrevistadas nos planteó situaciones de inseguridad que nunca antes había sentido en prácticas cotidianas, tales como el manejo de vehículo.

De lo recorrido hasta aquí, pudimos constatar que las discusiones, reorientaciones y adecuaciones que fuimos construyendo como equipo en el transcurso de la investigación, redundaron en aciertos, comprensiones y enriquecimientos del proceso en varios sentidos. Por un lado, las reuniones que organizamos durante todo el año 2020 -vía zoom-, con funcionarios/as de salud pública, directivos hospitalarios, dirigentes y delegados sindicales y especialistas, obraron en favor de la profundización analítica y los marcos de referencia. Por otro lado, la resignación de la implementación de encuestas en esta etapa (desistiendo de su reemplazo por la modalidad autoadministrada), permitió revisar el instrumento y los tópicos que le dan sustento, para dar lugar a un espacio constructivo de relación y procesamiento co-gestivo y situado (contando con valiosos aportes de representantes gremiales del sector).

Muchas de las entrevistas se generaron a causa de quienes comentaban haber-nos dado testimonio días antes, transmitiendo esta experiencia a sus pares como positiva y favorable. También nos plantearon que compartían en este marco algunos aspectos que a nadie parecieron interesarles antes, o no habían podido registrar como vivencia significativa hasta ponerla en palabras (en pocos casos recurren al apoyo psicológico individual y no cuentan con espacios de colectivización de estos procesos en la institución¹). Entendemos que, en este sentido, la secuencia de reuniones, visitas y entrevistas, así como la gestación de espacios colectivos para la devolución, análisis y discusión de resultados parciales, hace posible que la labor de investigación social genere aportes que no se limiten a los investigadores y sus ámbitos, sino también alcancen e integren a quienes constituyen la razón de ser de tales procesos, nuestros sujetos del estudio: las y los trabajadores de salud.

3. DE SUJETES DEL CUIDADO A SUJETES CUIDADES: PRÁCTICAS Y PROPUESTAS DE LOS TRABAJADORES PARA LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE ESTRATEGIAS DE CUIDADO

En el punto anterior, buscamos poner foco en las vivencias que los trabajadores y trabajadoras de la salud fueron transitando en el marco de la pandemia. Es induda-

1. Si bien tomamos conocimiento que hospitales platenses del sector público sí se implementaron algunos espacios alternativos para abordar estos temas, en el sector privado -en el que desarrollamos la mayor parte de nuestra labor de campo-, los testimonios no dan cuenta de su existencia.

ble que la centralidad político-estratégica que cobró el sistema sanitario, desafiando a una rápida reorganización y optimización de los recursos de salud en el marco de un hecho inédito que no ofrecía claridad en cuánto a perspectivas (excepto la necesidad de detener la veloz propagación de los contagios), puso a los trabajadores de la salud en un alto nivel de exposición y extrema exigencia.

Al mismo tiempo que se ampliaba la capacidad instalada en cuanto a infraestructura, camas hospitalarias y equipamiento de complejidad; comenzaron a desplegarse estrategias de cuidado mediante aplicación de protocolos y distribución de elementos de protección, entre otras formas de organización de circuitos de atención y definiciones sobre prioridades asistenciales que permitieron mitigar el impacto.

A poco iniciar la pandemia, desde las organizaciones sindicales, se realizaron publicaciones con sugerencias e información sobre pautas de cuidado para los trabajadores vía redes sociales y páginas web (Sindicato de la Sanidad ATSA La Plata <https://www.facebook.com/atsalaplata>). Comenzaron a organizarse charlas virtuales y mesas de trabajo orientadas a reflexionar sobre el impacto que la emergencia por covid-19 estaba teniendo en los procesos de trabajo (CTA de los Trabajadores Provincia de Buenos Aires <https://www.facebook.com/846400425381726/videos/374415273522217>) entre otras actividades. A los reclamos gremiales habituales, se sumaron el monitoreo de faltantes y/o denuncias por inequidades en la distribución de equipos de protección disponibles (sobre todo en la primera etapa), la necesidad de preservar vía licencias a los trabajadores que integraban grupos de alto riesgo, y la urgencia de poner en marcha los comités de crisis con participación de representantes de los trabajadores,

Desde el Estado Nacional y Provincial también se fueron generando Planes y Programas orientados a cuidar al personal sanitario. Hacia junio del 2020, los datos recabados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud indicaban que de 7134 casos confirmados de covid-19, 1061, es decir un 14,9 % correspondían a trabajadores de la salud. En el mismo mes se creó por Resolución 987/2020 el “Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud” - marco de implementación pandemia covid-19” que en el Eje Estratégico 3, referido a Políticas para el Cuidado de los/as trabajadores/as, incorpora como línea de acción: disponer una red de apoyo desde salud mental para las y los trabajadores de la salud.

Poco después, la Provincia de Buenos Aires crea el “Programa Cuidar a los que Cuidan” con el propósito de acompañar, asistir y atender a los equipos de salud, a partir de espacios grupales coordinados por equipos de salud mental. Las problemáticas que desde este programa se identificaron fueron: el incremento de situaciones tensas con familiares por la imposibilidad de ver a las personas aisladas; el impacto de eventos críticos como el fallecimiento de trabajadores; el desgaste asociado al trabajo intenso; y la angustia por la toma de decisiones². Este programa se fue extendiendo y reforzando las tareas de acompañamiento, incorporando nuevos centros a los treinta hospitalarios iniciales.

La dimensión cuidadora del trabajo en salud, la certeza de sostener una labor

2. Más información en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_cre%C3%B3_un_programa_para_cuidar_la_salud_mental_del_personal

de personas trabajando con personas, resultó una de las más trascendentes en contexto de pandemia. No sólo por la visibilidad y relevancia que cobró la labor de enfermería en relación a la asistencia demandada por el covid-19; sino también por el componente relacional, de escucha, acogimiento y sostén que debió ponerse en juego al momento de brindar atención a personas enfermas sin posibilidades de vinculación con familiares y/o redes afectivas; para quienes el personal de salud constituyó su principal referencia y soporte para la recuperación, así como también quien construyó mediaciones y mecanismos (primero informales, luego legitimados) para posibilitar la comunicación solidaria con familiares y/o las instancias íntimas de despedida frente circunstancias previas a la muerte, a distancia.

La pandemia no ha concluido, y nuestra labor de investigación de ninguna manera agota la profundidad y la enorme riqueza que cotidianamente producen los trabajadores de salud, de modo tal que seguiremos bregando por la recuperación de voces y experiencias que contribuyan a la gestación de contenidos de política y formas de organización que puedan estar a la altura de las necesidades, saberes y potencialidades de sus principales protagonistas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Batista F y Merhy E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. 1° edic. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Informe de resultados (2020) Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (Covid-19). Relevamiento de la situación en La Plata, Berisso y Ensenada. Dirección de Redes en Salud. UNLP. Disponible en: <http://www.trabajo-social.unlp.edu.ar/uploads/docs/>
- Neffa, Julio César (2020). Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical. Rosario: Homo Sapiens Ediciones. Disponible en: <http://www.ceil-conicet.gov.ar>
- Neffa, J. C. (2015) Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. CABA: CEIL del CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs, Económicas; La Plata: UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Moreno: UNM; CABA: UMET- CITRA.
- Ramacciotti, K (2021) La enfermería y cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y pospandemia del covid-19 (Argentina, SXX y XXI). Seminarios PISAC Covid-19. Agencia I+D+i. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.