

Comité de crisis en pandemia provincia de Buenos Aires. Análisis de las necesidades manifestadas durante la pandemia en el periodo enero/2020 a junio/2021

M26

ET5

Ortiz Nancy Patricia. IETSyS, Facultad de Trabajo Social. patricianortiz@gmail.com

El presente trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación- T099 “Los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) en el sector de salud privada: conceptualización, diagnóstico, impactos y estrategias de intervención”

ANTECEDENTES DEL COMITÉ DE CRISIS

Tras la crisis del 2001 en Argentina en diciembre de ese mismo año, en marzo del 2002, por el Decreto 486/02, se declara la Emergencia Sanitaria Nacional, con el fin de continuar garantizando a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos de salud (486, 2002). Este decreto fue prorrogado como así también sus similares y posteriores modificaciones hasta la fecha.

En el artículo 4° del Decreto 486/02, se crea en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Comité nacional de crisis del sector salud, para la organización y coordinación de la utilización de los recursos disponibles en esa Jurisdicción, destinados a la atención de la emergencia sanitaria declarada.

Posteriormente por decreto 644/07 se crea la Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Pandemia de Influenza, que será coordinada por la Jefatura de Gabinete de ministros (677, 2007).

Actualmente y tras la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud por coronavirus COVID-19, el Decreto N° 260/2020, (260, 2020) modifica la denominación y conformación de la Unidad de Coordinación General del Plan Integral de Pandemia de Influenza y la Comisión Ejecutiva creada por el Decreto N° 644/07, la cual en adelante se denominará “Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” y amplía la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, (27541, s.f.) última prórroga del Decreto 486/02.

COMITÉ DE CRISIS CENTRAL Y HOSPITALARIO - COVID19 EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En la provincia de Buenos Aires, el aquel entonces Ministro de Salud de la provincia, Daniel Gustavo Gollan, en abril del 2020 crea el Comité de crisis central y hospitalario en el marco del COVID-19.

El Comité de Crisis Central (CCC), integrado por autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires competentes según la estructura, especialistas y

representantes de organizaciones gremiales de trabajadores de la salud con representación provincial, que tendrá como función detectar y prever acontecimientos, para acelerar el proceso de toma de decisiones a efectos de solventar crisis, definir estrategias y acciones a seguir, direccionadas a coadyuvar con el esfuerzo sanitario para neutralizar la propagación de la enfermedad. (Aires M. d., 2020)

El Decreto insta a las Direcciones Ejecutivas de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, a la creación de sus respectivos Comités de Crisis Hospitalarios (CCH) en el marco de la Pandemia por COVID-19, los cuales deberán estar formados por representantes de la Dirección del Hospital, Técnicos y Expertos en la materia en cuestión, jefes de los Servicios Hospitalarios, Delegados Gremiales, Profesionales de Salud Mental y todo aquel actor institucional que el comité determine como esencial.

Si bien la resolución que crea los CCC y CCH indica que estos últimos se deberán reunir semanalmente, también admite su convocatoria ad-hoc cuando se requiera su intervención, sin embargo, esto no se explicita para el CCC.

Desde su creación, se publicaron 24 actas, con una participación mayoritaria en las reuniones en representación del estado, una persona perteneciente a la Dirección de Información y Control de Gestión de Atención en Salud. (Aires M. d., 2020).

Por parte de los representantes de los trabajadores, se sostenía la presencia con uno o dos representantes por gremio, siendo estos SSP, CICOP, FEGEPPBA, AMRA, CTA, ATE y UPCN.

Acta	Fecha	Representes trabajadores de la salud	Representantes del Ministerio de Salud
1	08/01/20	7	2
2	14/05/20	9	8
3	21/05/20	10	5
4	09/06/20	11	6
5	23/06/20	9	5
6	27/08/20	9	3
7	03/09/20	8	6
8	10/09/20	7	3
9	24/09/20	9	3
10	08/10/20	10	3
11	15/10/20	9	4
12	26/11/2020	19	3
13	17/12/20	7	1
14	21/1/21	10	1
15	04/02/21	8	2
16	11/02/21	5	3

17	04/03/21	7	1
18	18/03/21	9	1
19	31/03/21	7	1
20	15/04/21	9	1
21	29/04/21	8	1
22	13/05/21	7	1
23	01/06/21	7	1
24	18/06/21	5	1

Tabla 1: Reuniones del CCC. Fuente Elaboración propia

En las 24 actas, se visualizan reiteradas solicitudes por parte de los representantes de las y los trabajadores en relación a la inseguridad y hechos de violencia en diferentes hospitales, faltantes de elementos de protección personal o relacionado a su distribución, la necesidad de incorporar al COVID-19 como enfermedad profesional, incorporación de becas de contingencia bajo los regímenes contemplados por las leyes 10.430 y 10.471, publicación de las actas de reunión del CCC en la pagina oficial del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Designación de representantes en la Comisión Jurisdiccional Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público (CJMSySEP), crear CCH y Comité de Crisis Municipal (CCM), faltantes de insumos, licencia para personas gestantes o con comorbilidades, situación del pluriempleo de las y los trabajadores de salud en contexto de pandemia, informar cantidad de trabajadoras y trabajadores contagiados y fallecidos, acompañamiento psicológico, agotamiento e intensificación del trabajo, irregularidades en el pago de haberes, incorporación de personal de limpieza, incorporar al CCC representantes de Provincia ART, Ministerio de Trabajo y Autoseguro.

Si bien algunos representantes de las y los trabajadores dejaron en actas el “sentir satisfacción por el espacio de intercambio y de resolución de problemas” (acta 8), también plantearon que el CCC es una “ola de reclamos y no se discuten temas de política para pensar/ debatir” (acta 16).

Ante estas demandas, en actas figuran las respuestas por parte de representantes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires: se incorporan becas de contingencia, se otorga una licencia extraordinaria de 12 días, se logra que los CCH sean los encargados de distribuir los insumos de acuerdo a sus requerimientos y necesidades, se incorpora personal de seguridad a algunos hospitales, se verifican el funcionamiento de los CCH, etc.

Se logró concretar reuniones con el director técnico y control siniestral Provincia ART, a fin de regularizar situaciones tales como el envío de cartas documento intimando a volver a trabajar a personas que se encontraban internadas.

A la fecha uno de los mayores reclamos es la presencia de representantes del autoseguro.

Resulta interesante leer el acta 16, ya que en los puntos 5 y 6, representantes de los y las trabajadores, preguntan “cuál es el rol de Provincia ART y si la comisión

médica depende de la ART Provincia como prestadora o del autoseguro”.

En el año 2007, la Provincia de Buenos Aires, en el marco del Sistema de Riesgos del Trabajo, ha optado por el régimen del autoseguro, de acuerdo a lo previsto en el artículo 3º, inciso 4) de la Ley Nacional N° 24.557 de Riesgos del Trabajo (LRT).

Esto significa que la provincia asume las obligaciones que esta ley impone a los empleadores y Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART).

La provincia encomienda a Provincia ART, la administración de las prestaciones en especie, mientras que las Direcciones Generales de Administración (DGA) o quien haga sus veces, serán las responsables del pago de las prestaciones dinerarias.

La Dirección de Seguridad Laboral (DSL), dependiente de la Subsecretaría de Empleo Público y Gestión de Bienes (Bienes., 2020), actúa como contraparte operativa de los organismos prestacionales (Provincia ART S.A.) y organismos de contralor (SRT), según el Decreto 31/20 en donde se aprueba la estructura orgánico funcional del Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros, tiene 15 acciones, las cuales justifica la presencia de representantes en el CCC, tan solicitado por las y los representantes de las y los trabajadores.

CONCLUSIONES

Los espacios de diálogo bipartitos constituyen un eje central para construir y fortalecer estrategias, ya que estos espacios contribuyen al crecimiento mediante la participación

de los actores involucrados como los son las y los representantes de las y los trabajadores, como así también la participación de quienes cumplen un rol en la toma de decisión en la gestión.

Las diferentes intervenciones permiten diseñar e implementar políticas públicas que cuenten con el apoyo y el compromiso de los diferentes sectores, como lo fue la Recomendación 2 de la CJMSySEP, hacer llegar las diferentes irregularidades con Provincia ART y temas relacionado a los sueldos, proteger la salud de las y los trabajadores, la insistencia de dar descansos ante el agotamiento por la intensificación del trabajo, la implementación de la “Hoja de ruta de Autoseguro” elaborado por el CCC, el acompañamiento a las y los trabajadores a través del programa “cuidar a los que cuidan”.

Varias de las intervenciones y reclamos dan cuenta de la fuerte presencia de riesgo psicosocial en los y las trabajadores de la salud en este contexto de pandemia, tema no tocado como tal, hasta el momento en las actas publicadas.

Los riesgos psicosociales pueden ser agrupados en seis grandes ejes (Julio César Neffa, 2018).

1. la intensidad del trabajo como resultado de la duración y configuración del tiempo de trabajo, los riesgos del medio ambiente de trabajo que debe soportar, la organización del trabajo y las demandas psicológicas que ello exige y generan estrés, identificando los factores de riesgo vividos y percibidos por los trabajadores;

2. el grado de autonomía y el margen de control que tiene el trabajador sobre el trabajo que ejecuta;

3. las exigencias de controlar sus emociones en el trabajo, así como las de los colegas y las demás personas con las cuales interactúa y que pueden generar situaciones de violencia, provocar temor, no poder ser auténtico en el trabajo pues tiene que mentir o fingir,

4. los conflictos éticos y de valores que se le plantean al trabajador cuando tiene que hacer cosas con las cuales no está de acuerdo y cuando debe realizar una actividad que va en contra de sus propios principios o de su escala de valores;

5. el clima laboral y la calidad de las relaciones sociales y de trabajo que se establecen en el colectivo de trabajo y pueden dar lugar a placer o sufrimiento;

6. las condiciones de estabilidad y de seguridad en el empleo y la previsibilidad de hacer una carrera profesional.

Analizando los 6 ejes, se podría decir que mayor o en menor medida, las y los trabajadores de la salud atraviesan por todas ellas.

Las exigencias emocionales en su labor diario de atención y cuidado que estas personas viven y que estas pueden ser trasladadas al ámbito doméstico familiar. Por otra parte, en el acta 11, fue la última vez que informaron la cantidad de trabajadores de la salud fallecidos y que ascendía a 149. No hay información sobre cuántas trabajadoras y trabajadores fueron contagiados y luego volvieron a trabajar en las mismas condiciones.

Por supuesto, uno de los pedidos más recurrentes por parte de las y los representantes de las y los trabajadores, fue licencias de descanso tras el agotamiento que se percibía en las y los trabajadores, teniendo en cuenta la intensificación del trabajo.

La solidaridad para con las y los compañeros, de quienes debieron reemplazarlos o la fuerza con la que pedía la licencia para personas gestantes o con comorbilidades.

La poca previsibilidad en el aviso para cubrir guardias o los diferentes hechos de inseguridad y violencias por la que se atraviesa en diferentes hospitales, entre otras cosas por las que están pasando las y los trabajadores de la salud.

En el CCC se logra identificar problemas y desarrollar soluciones que individualmente no serían concebibles o no llegarían a tiempo para ser resueltos en tiempos apremiantes.

Queda un gran recorrido cuando se incluye las acciones a tomar postpandemia, pensando las consecuencias y las secuelas que quedarán en las y los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

• 260, D. (2020). *Emergencia Sanitaria*. Obtenido de Poder Ejecutivo Nacional : <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto>

• 27541, L. (s.f.). *Ley de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333564/texact.htm>

- 486, D. (2002). *Emergencia Sanitaria Nacional*. Obtenido de servicios.infoleg.gob.ar: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>
- 677, D. (2007). *Infoleg*. Obtenido de Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Pandemia de Influenza: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/128828/norma.htm>
- Aires, M. d. (2020). *Organismos*. Obtenido de Comité de Crisis Central: <https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/organismos>
- Aires, M. d. (20 de abril de 2020). Resolución 562. *Crea Comité de Crisis Central y Hospitalario- COVID-19*. La Plata.
- Bienes., S. d. (agosto de 2020). *Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros*. Obtenido de <https://www.gba.gob.ar/jefatura/empleopublico/tramites>
- Julio César Neffa, M. L. (2018). *Los riesgos psicosociales en el trabajo en una clínica privada de la ciudad de La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Económicas, 2018.