

Los Riesgos Psicosociales del trabajo en tiempos de pandemia: el caso de trabajadoras y trabajadores de salud

M10

ET4

Lic. Caso Valeria. Instituto de estudios en Trabajo Social y Sociedades (IETSYS), Facultad de Trabajo Social, UNLP. valeriaccaso@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2019 iniciamos el camino de investigar sobre los riesgos psicosociales (RPST) en los equipos de trabajos; tarea que comenzamos desde el Instituto de estudios en Trabajo Social y sociedad (IETSYS) de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. La investigación adoptó el enfoque de los RPST, el cual establece que la causa última y principal de estos riesgos psicosociales reside en la organización y contenido del proceso de trabajo (Neffa, 2015; Gollac, 2011).

Para el año 2020 teníamos planificado el trabajo de campo, previsto con los/as trabajadores/as de un hospital privado de la Ciudad de La Plata. Con la utilización de una encuesta recabábamos la información necesaria para analizar y reflexionar acerca del impacto de los RPST en los/as trabajadores/as del sector salud.

En marzo del año 2020, la irrupción de la pandemia mundial generada por el virus Sars-Cov 2 (Coronavirus/Covid 19) nos interpeló de mil maneras. Nuestras vidas personales se encontraron atravesadas por cada una de las circunstancias que nos tocaban vivir, desde la pérdida física de amigos/as y familiares hasta la imposibilidad de circular por las calles producto de medidas gubernamentales como la del distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Todo lo expresado nos obligó al encuentro mediado por la tecnología, condición que se tornó indispensable para continuar pensando colectivamente.

¿Cómo no continuar pensando en los RPST en los equipos de trabajo en salud en la coyuntura que se nos presentaba? La irrupción del COVID19 y el protagonismo central que cobraron trabajadoras y trabajadores de salud nos desafiaron a encontrar otras formas de abordaje, de entradas al campo y de interlocución con actores centrales del estudio.

Un componente que complejiza y atraviesa nuestras reflexiones, consiste en el hecho de que varios/as de quienes conformamos este equipo de investigación nos encontramos ejerciendo nuestras profesiones en diferentes organismos/instituciones del ámbito de la salud pública.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO PRE PANDEMIA

Podríamos partir de la acepción de que ningún sistema de salud está totalmente preparado para atender a un tipo de epidemia como la que vivimos. Como así también podemos aseverar que es indispensable poner en el centro de la discusión la cuestión estructural del sistema de salud. Las gravísimas secuelas que han produ-

cido en el sistema de salud argentino desde fines de la década del 80 las políticas de corte neoliberal debemos, mediante el ejercicio de la memoria, tenerlas más presentes que nunca. Recordar dichas políticas es uno de los motivos que hoy nos permiten pensar, en el medio de una pandemia sin antecedentes, en el sistema de salud que queremos para nuestro pueblo.

La prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, epoc etc.) o enfermedades infecciones (zika, tuberculosis, chagas etc.) nos obligan a pensar que tipos de infraestructuras, profesionales e investigadores/as necesitamos imperiosamente para construir el sistema sanitario que queremos.

Las formas organizativas de nuestro sistema de salud están afectadas por las tensiones permanentes entre el universalismo y el particularismo, la intervención estatal y la regulación corporativa, la unificación y la fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional (Belmartino, S. 2009).

En la actualidad Argentina cuenta con 25.751 establecimientos de salud (40% son públicos), la mitad de los cuales se encuentra en la región Centro del país. Del total de los establecimientos de salud del país, el tipo más frecuente es el establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT), que supera la mitad del total (55,8%). Luego se encuentra el establecimiento con internación general (ESCIG) y, en tercer lugar, el establecimiento de diagnóstico sin internación (ESSID).

La mayor cantidad de camas está en la región Centro, que cuenta con el 74% del total del país (Belardo, M 2020). Un dato que no debemos en ningún momento perder de vista, es que del total de camas disponibles antes de la pandemia, un porcentaje muy alto se encontraban ocupadas con personas afectadas por patologías pre existentes. Es notable que, con las medidas tomadas por el gobierno nacional se lograra, por un lado, impedir la circulación del virus con las restricciones de circulación, pero al mismo tiempo, dichas medidas aportaban a la disminución de ocupación de camas por otras patologías (como fue, por ejemplo, la disminución de politraumatizados con requerimiento de internación producto de accidentes viales).

No menos importante, para pensar en la estructura del sistema de salud con el que nos encontrábamos al momento de afrontar la pandemia, es el dato que en diciembre del año 2019 -cuando el actual gobierno nacional asume-, la republica argentina se encontraba sin Ministerio de Salud de la Nación, el cual había sido devenido en secretaria por el gobierno de Mauricio Macri.

EL SISTEMA DE SALUD Y LA PANDEMIA

El 15 de marzo del año 2020, el presidente de la nación Alberto Fernández inicia, junto al gobernador de la provincia de Bs. As Axel Kicillof, el anuncio de medidas para contener la inminente llegada de la pandemia por covid, que en países de otros continentes (Asia y Europa) ya era un hecho.

La primera medida dispuesta, quizás de las más antiguas en cuestión sanitaria, fue la de la cuarentena. Le siguieron, entre otras medidas, la suspensión de clases en todos los niveles, eventos musicales, sociales, deportivos, políticos, se cerraron los pasos fronterizos, se restringió la circulación de trabajadores que no fueran

considerados indispensables para la supervivencia de las poblaciones.

Considerando registros previos a la pandemia, según el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, la fuerza laboral en salud del país se compone de 172.502 médicos/as o sea 3,9 cada mil habitantes. Si bien podríamos decir que la relación habitantes/profesional médico/a sería adecuada, existe una desigual distribución de los/as profesionales que produce que el 74 % se encuentren en la región centro del país (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe).

Por su parte, el personal de enfermería contabiliza un total de 192.829, que en su relación con la población del país representa 4,4 cada mil habitantes considerando los tres niveles de formación (licenciatura, tecnicatura y auxiliares)

Sin lugar a dudas, otro de los temas que puso en el centro de la discusión la pandemia está relacionado con el recurso humano, no solo con el sector profesional (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales etc.); sino también otros perfiles, sin quienes sería imposible pensar el trabajo cotidiano: administrativos, personal de cocina, limpieza, mucamas/os, mantenimiento, cómputos etc.

Y con el recurso humano que se tenía, con estructuras edilicias con más falencias que comodidades, comenzó el camino de afrontar las durísimas consecuencias que traería consigo la pandemia por covid 19.

A contra reloj se tomaron medidas desde el gobierno nacional, los diferentes ministerios de salud y las estructuras jerárquicas de cada hospital/clínica. Estas decisiones y cambios vertiginosos despiertan sentimientos contradictorios: miedos, dudas, tranquilidad, incertidumbre, malestar y bienestar, entre otros.

Algunas de esas medidas nos permiten reflexionar sobre qué es lo que pasó y pasa con los RPST en los/as trabajadores/as del sector salud.

Desde marzo del año 2020 se determinó, a través de un decreto único de necesidad y urgencia (DNU), la suspensión temporaria de las licencias a todos/as los/as trabajadores/as. Ediliciamente se comienza con la división de los hospitales/clínicas en sectores limpios (áreas libres de covid), y sectores febriles (áreas covid), se dividen desde la guardia de atención ambulatoria hasta las salas de internación. A medida que la pandemia se manifestaba de diferentes formas (meses en donde parecía aplacar y otros en donde se hizo necesario discutir protocolos en relación a la utilización de la última cama), se tomaron medidas como el ingreso a planta permanente de miles de residentes en toda la provincia de Bs. As para reforzar a los equipos de salud. También se produjo la incorporación de profesionales de otros países con trámites exprés de validación de títulos; la utilización de equipos de protección personal (EPP); la planificación del trabajo en burbujas, por nombrar sólo algunas.

RPST EN LOS/AS TRABAJADORES/AS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA: CRÓNICAS 'DESDE ADENTRO'

Pensar en los riesgos psicosociales en el trabajo de los/as trabajadores/as del sector salud en la pandemia nos lleva a realizarnos preguntas tales como: ¿Qué implica pensar la intensidad del trabajo y el tiempo que cada trabajador/a emplea en él? ¿Cuáles son las exigencias emocionales que cada trabajador/a de un equipo de

salud puede manifestar al desarrollar su actividad laboral? ¿Qué tipo y grado de autonomía en el desarrollo de su actividad laboral pueden ejercer estos/as trabajadores? ¿Cómo se manifiestan las relaciones sociales y las de trabajo dentro de los equipos? ¿Qué riesgos presentan para los trabajadores/as este tipo de relaciones?

¿Qué tipos de conflictos éticos y de valores interpelan a los/as trabajadoras de equipos de salud? ¿Qué producen estos conflictos en la subjetividad de cada trabajador/a?

Medidas como las que manifestamos más arriba, producto de la pandemia, han producido impactos a magnitudes imposibles de pensar. Por un lado, la manifestación del sentimiento de solidaridad en los equipos de salud y la externación de cada paciente que lograba superar la enfermedad resultó reconfortante, pensar que al finalizar el día y prender la televisión o mirar las redes sociales, la cifra de personas fallecidas registraría alguna persona menos.

El trabajo cotidiano se vio envuelto en la angustia de pensar a compañeros/as de trabajo contagiados. Contando los días que debían pasar de aislamiento para asegurarse que este bien. El padecimiento por tener entre los internados a los/as propios/as compañeros/as, solos/as, aislados/as. El relato de cada compañero/a, que se desempeñan trabajando en guardia o en el servicio de cuidados intensivos, expresados en frases como “se me mueren todos”, y atrás de eso, el trabajo de todo el equipo psicosocial que se conformó para intentar trabajar en el hecho de que no “se les morían” a ellos/as, sino que las circunstancias de la pandemia generaban tales estragos.

En lo que respecta a cargas de trabajo, tener que trabajar 12 o 24 horas corridas en circunstancias habituales ya era una locura, y era motivo de discusiones pre pandemia, ¿cómo no traerlo ahora? Sostener la tensión durante 24 horas en una guardia, en donde llegado el peor momento de la emergencia que hasta hoy nos tocó vivir, había que “priorizar” a quien se le ponía un respirador (si es que había uno).

El equipo de protección, del que hoy solo queda el barbijo y alguna que otra máscara, equipo con el que se terminaba si o si lastimado porque eran 12 o 24 horas de uso antiparras lo más apretadas que se podía para cubrir los ojos, barbijo en algunos casos doble, y por encima de eso, una máscara facial agarrada en la frente, camisolines encima de ropa, zapatos descartables, guantes secando manos y al quitar el guante, el alcohol para terminar de secarlas.

Volver a casa, muchos/as con familias que lejos estaban de ser trabajadores del sistema de salud, y ¿si se contagiaban? Ellos/as que no salían de la casa para nada, ¿era porque alguno/a de nosotros/as habíamos llevado el virus?

Que decir cuando, nos tocó despedir físicamente a un compañero/a de trabajo.

Las licencias fueron suspendidas. Se trabajó de lunes a lunes sin importar si era feriado, un cumpleaños o lo que fuera. Tocaba trabajar en burbujas, al principio cuando poco se conocía sobre el virus, y se elaboraban protocolos en el andar, se llegaba a tener aislados por contactos estrechos a burbujas enteras, que por supuesto implicaba que otra burbuja duplicara su trabajo.

Podemos afirmar que la pandemia nos trajo más interrogantes que certezas. Creemos que es muy pronto para arrojar análisis o conclusiones, pero una aproxi-

mación a ellas nos indicaría que urge pensar en el sistema de salud que necesitamos y queremos.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrero, M. B. y Belardo, M. (5 de abril de 2020). COVID-19 y la necesidad de discutir nuestros sistemas de salud. Diario El País Digital Argentina. Recuperado de <https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/covid-19-y-la-necesidad-de-discutirlos-sistemas-de-salud/26294>
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.
 - Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud
 - https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/111836/CONICET_Digital_Nro.f352cd3e-c335-44b8-b505-99da56b85df4_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y