Condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales del personal de salud durante la pandemia de COVID-19

Working conditions and psychosocial risks of health personnel during the COVID-19 pandemic

Resumen

En este artículo se describen los resultados alcanzados en una investigación sobre las consecuencias de las condiciones de trabajo y en la salud física y mental del personal de salud durante la pandemia y pospandemia en distintas regiones de la Argentina. Para contextualizarla, se detallan estudios sobre esta temática en América Latina. Uno de los interrogantes que se propuso conocer es cómo el personal de salud vivenció sus emociones durante la pandemia de COVID-19 en un contexto de incertidumbre, de picos epidemiológicos y de muertes. Para ello, luego, en la segunda investigación se propuso indagar las condiciones de trabajo del personal de las unidades de terapia intensiva (UTI) en distintas regiones de Argentina, y los riesgos psicosociales asociados a ellos.

Palabras clave: condiciones de trabajo, personal de salud, terapia intensiva, riesgos psicosociales, regiones de Argentina.

Abstract

This article describes the results achieved in an investigation into the consequences of working conditions and the physical and mental health of health personnel during the pandemic and post-pandemic in different regions of Argentina. To contextualize it, studies on this topic in Latin America are detailed. One of the questions that we set out to understand is how health personnel experienced their emotions during the COVID-19 pandemic in a context of uncertainty, epidemiological peaks, and deaths. To do this, then, in the second investigation, it was proposed to investigate the working conditions of the staff of the intensive care units (UTI) in different regions of Argentina, and the psychosocial risks associated with them.

Keywords: working conditions, health personnel, Intensive therapy, psychosocial risks, regions of Argentina.

Autora

Pilar Alzina

Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Recibido el 27 de noviembre de 2023
Aceptado el 30 de enero de 2024

Introducción

Este artículo se propone exponer los resultados de una investigación, financiada por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Argentina a partir de 2021[1]. En ella se describen las condiciones de medio ambiente y trabajo (CyMAT) y los riesgos psicosociales del trabajo (RPST) del equipo interdisciplinario de salud en distintas regiones del país durante la pandemia de COVID-19 y la pospandemia. Para ello se analizan las entrevistas realizadas al personal de salud (profesionales de la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, odontología) durante el primer semestre de 2021 y 2022 en hospitales públicos, clínicas privadas y centros de atención primaria de la salud (CAPS), y las efectuadas a equipos interdisciplinarios de unidad de terapia intensiva (UTI) en el último cuatrimestre de 2023, en distintos hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y uno en el Gran Buenos Aires (GBA).

Un interrogante propuesto refiere a cómo el personal de salud vivenció las CyMAT y el modo en que estas impactaron en su vida cotidiana, para explorar sobre los potenciales conflictos en el ámbito laboral y, en tal caso, cuáles fueron las estrategias que se implementaron para solucionarlos. Uno de los objetivos es indagar cuáles fueron los riesgos psicosociales y las emociones asociados a las CyMAT durante el período de pandemia y pospandemia.

Con respecto a la estrategia de investigación, se eligió la metodología cualitativa, con el propósito de realizar un análisis interpretativo y hermenéutico de las entrevistas semiestructuradas y sus dos conceptos: CyMAT y los RPST.

En la primera parte de este artículo, a modo de estado de conocimiento, se describen las condiciones de trabajo del personal de salud y los riesgos psicosociales del trabajo. En la segunda, como parte de los resultados de investigación, se da cuenta de las CyMAT en el personal de UTI durante la pandemia y pospandemia de COVID-19 de un hospital público del GBA y de cuatro hospitales de CABA. Luego se describen los RPST: el aumento del ritmo e intensidad de trabajo en las UTI, los vínculos y conflictos en el espacio laboral durante la pandemia.

Los antecedentes sobre el impacto de las CyMAT y los RPST han puesto en agenda la importancia de investigar este tema luego de que el personal de salud haya atravesado un contexto adverso a partir de la pandemia de COVID-19. Por este motivo, se considera importante realizar una indagación específica sobre cómo transitaron esta experiencia los y las trabajadores del personal de salud. Con los resultados de esta investigación se propone aportar sugerencias a las autoridades sanitarias, para mejorar las políticas públicas orientadas a las condiciones de empleo del personal de salud, con el propósito de prevenir los riesgos psicosociales y propiciar la salud integral de las personas que trabajan en el área sanitaria.

[1] Realizada en dos etapas: la primera, durante marzo 2021-junio 2022, coordinada por Pilar Alzina, Guillermina Oviedo y Ana Sabrina Mora, en el proyecto dirigido por el Dr. Javier Balsa. La segunda en curso, dirigida por Pilar Alzina. Ambas investigaciones fueron financiadas por la Agencia Nacional de Promoción a la Investigación I+D+i: el PISAC 051-COVID19 y el PICT 834.

Metodología

La investigación partió de una metodología cualitativa, con el aporte de datos cuantitativos tomados de fuentes oficiales[2]. Para la confección de la muestra se tuvo en cuenta la heterogeneidad del personal de salud[3], las distintas regiones del país[4], los subsectores privado y público, los distintos niveles de atención, el género y la diversidad ideológica. Los profesionales entrevistados trabajan en el primer nivel de atención, en servicios de máxima complejidad y en niveles intermedios, y en algunos casos, ejerciendo funciones de gestión y/o coordinación de servicios.

La realización de entrevistas semiestructuradas se hizo con su consentimiento informado, de forma remota, mediante algunas de las plataformas de videollamada a distancia[5], en dos momentos: entre abril y mayo de 2021, y en el período de febrero-mayo de 2022. En la primera tanda, debido al primer pico de la pandemia del COVID-19, se logró entrevistar a 15 personas, y en la segunda, a 17. La mayor parte del personal de salud que se entrevistó son mujeres, y el resto se autodefinió como varón.

Entre agosto y octubre de 2023, se realizaron entrevistas solo al personal de UTI en cuatro hospitales de la CABA y en uno del GBA. En ellas se indagó sobre las condiciones de trabajo (CyMAT) y los riesgos psicosociales (RPST) del personal de UTI.

Con relación a los procedimientos de análisis de las entrevistas, se construyeron las dimensiones de análisis que emergieron de las entrevistas y, se codificaron, en un primer momento con planillas excel. En la tercera tanda de entrevistas se codificó con el programa Atlas Ti 9. Para ello, se anonimizaron los datos del personal de salud y de sus instituciones, tanto en las desgrabaciones y codificaciones como en la escritura del presente artículo.

Para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, se partió de la teoría fundamentada, la cual permite construir conceptos que emergen de la información brindada por el personal de salud[6].

Las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales del personal de salud

Durante la pandemia de COVID-19, en América Latina se modificaron la estructura edilicia y la funcionalidad de las UTI en el sistema de salud, y se incorporaron camas. A su vez, el aumento de contagios de COVID en los picos epidemiológicos contribuyó en el incremento del ritmo laboral en el personal de primera línea de atención: guardias, emergencias, UTI, UCI.

[2] Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Organización Panamericana de la Salud (CEPAL-OPS). "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe" (Santiago, 2020), Informe Especial COVID-19 https://repositorio.cepal.org/items/a59030e1-9d1d-4dc8-924a-d4ab774bf5d1

[3] Tienen diversas formaciones profesionales: Enfermería (4), Medicina (5), Psicología (2), Trabajo Social (2), Asistencia Social (1) y Estimulación Temprana (1).

[4] Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Centro, Noreste argentino (NEA), Cuyo y la Patagonia.

[5] Zoom, Meet, Skype o WhatsApp.

[6] Banner Glaser y Anselm Strauss, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (Nueva York: Aldine de Gruyter, 1967).

Se acentuaron factores como la precariedad de las condiciones de trabajo y la falta de personal capacitado, las malas condiciones de contratación, con magros salarios, y la escasez de insumos. Ante la demanda de aperturas de más UTI, se incrementó el pluriempleo[7].

La pandemia del coronavirus impactó en la estructura institucional de los sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados[8], y los sistemas de protección social son débiles e insuficientes. Aun así, el personal de salud ha sido uno de los grandes protagonistas en la lucha contra el virus de COVID-19.

Según Étienne, la directora de la Organización Panamericana de Salud (OPS)[9], en las Américas se contagiaron de COVID-19 alrededor de 570.000 trabajadores de la salud, 2500 de los cuales han fallecido. EE. UU. y México son los países con las cifras más altas del mundo, y representan cerca del 85% de todas las muertes del personal de salud en la región. Tres de cada diez muertos fueron trabajadores de salud.

Las pérdidas de vidas humanas del personal de salud están directamente relacionadas con la falta del correcto equipamiento de protección personal (EPP) y que todo el personal esté capacitado en la prevención de control de infecciones con el fin de evitar el riesgo de contagio y muerte.

En el contexto de la pandemia, las condiciones de trabajo del personal de salud fueron heterogéneas, lo que refleja la diversidad del propio sistema. Se observaron variaciones en los modos de contratación, en la carga horaria y en las funciones asignadas, entre otros aspectos[10]. En ese marco, se identificaron servicios con una sobrecarga laboral y deficiente cantidad de personal para afrontar las altas demandas generadas en la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud durante las olas y picos de contagios. Por otro lado, en otros sectores hubo menor carga laboral por la supresión de la atención de padecimientos que no revestían urgencia[11].

Desde el campo de la epidemiología, se ha demostrado mediante la realización de estudios de encuestas longitudinales que la causa de las enfermedades, e incluso de la muerte, está vinculada con la relación entre la organización y el contenido del trabajo. Desde esta perspectiva, los estudios realizados por el equipo interdisciplinario del doctor Julio Cesar Neffa[12] durante las últimas tres décadas han demostrado que "las condiciones de medio ambiente del trabajo (CYMAT), según los grados de exigencias del puesto de trabajo impuesta –ya sea por la sobrecarga o por la subcarga–, RPST impactan de manera positiva o negativa sobre la vida y la salud física, mental y psíquica del trabajador de acuerdo con la organización y el contenido del proceso de trabajo"[13]. Se entiende por riesgo laboral

[7] CEPAL-OPS, "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social" (2021). Informe Covid 19. https://repositorio.cepal.org/items/b164d478-9cb6-4e61-8eba-817a145c6a41 (Consultado el 09 de octubre de 2023).

[8] Eliana Aspiazu, "Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud", *Revista Trabajo y Sociedad* nº 28 (2017):15

[9] OPS y Organización Mundial de la Salud (OMSA), "Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas", https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19 (Consultado el 10 de octubre de 2023).

[10] Betina Freidin *et al.*, "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia Covid 19 en el Conurbano de Buenos Aires" *Población & Sociedad* Vol. 28: No. 2 (2021): 138-167.

[11] *Ibíd.*

[12] Julio Neffa, *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva* (Buenos Aires: Humanitas, 1988), 104.

[13] Julio Neffa, "¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?: reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado" (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios e

aquel que conlleva la posibilidad de que el trabajador sufra un daño en la salud debido a la exposición a los riesgos de su entorno laboral y a los perjuicios que estos puedan ocasionar. Estos RPST pueden ser de distintos tipos: agentes externos en el medio ambiente que pueden exponer la salud del trabajador, como la temperatura, los ruidos, los virus o los productos químicos; o que pueden repercutir sobre la salud psíquica-mental, ocasionando estrés, con el tiempo somatizarse y repercutir en la aparición de enfermedades físicas o mentales. En síntesis, las condiciones de trabajo y los RPST provocan en general dolor y sufrimiento, aunque el trabajo también puede producir placer, según el grado de exigencia y recompensa. No obstante, si se implementan medidas de prevención de las condiciones y en la organización del trabajo, así como en la gestión de los RPST, se podrían evitar conflictividades y malestar laboral, accidentes laborales, la aparición de enfermedades e incluso la muerte. La prevención en las condiciones de trabajo puede mejorar tanto la salud física como la psíquica de los trabajadores, pero si no se reducen y controlan, estos riesgos pueden empeorar[14].

Se define como RPST a los factores de riesgo que se originan en la organización de trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, como reacciones de tipo endocrinas, emocionales (tales como sentimientos ligados a la ansiedad, el estrés o la angustia) y cognitivas (como el insomnio y el agotamiento). Estos distintos tipos de riesgos pueden ser precursores de enfermedades, según su intensidad, frecuencia y duración. En este sentido, los RPST dañan la salud física, psíquica/mental y social del trabajador.

Las CyMAT y los RPST repercuten en la salud del trabajador según cómo se organiza el contenido de trabajo en una jornada laboral activa, así como los factores relacionados con el funcionamiento físico y mental de los individuos. Esto sucede cuando los trabajadores se enfrentan a ciertas amenazas, por ejemplo, a contagiarse de COVID-19 y, como consecuencia, infectar a sus seres queridos y provocarles indirectamente la muerte. Ante los riesgos que enfrentan cotidianamente en sus trabajos, desarrollan estrategias defensivas para poder realizarlo.

Una de estas estrategias es negar, subestimar, ocultar o naturalizar los riesgos que enfrentan para poder ejecutar su tarea sin conflictos internos.

No obstante, estas estrategias pueden producir conflictos éticos en la realización de una tarea. Además, el aumento en los ritmos de trabajo y la falta de descanso recuperador, por las pocas horas de sueño y una mala alimentación, pueden generar problemas físicos que luego repercuten en la psiquis y en las tareas cognitivas que se deben realizar. Del mismo modo, la carencia de una vida familiar, social, deportiva y recreativa, debido al desequilibrio dado por el tiempo que se le dedica a la vida laboral, puede actuar como un factor de riesgo psicosocial.

Las condiciones de trabajo, incluyendo la duración y la intensidad de la jornada laboral, la organización y el contenido del trabajo, el tipo de contratación, el tipo de remuneración y el aprendizaje de nuevas tareas pueden actuar como factores moderados o agravantes de las CyMAT y de los RPST[15].

Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET; La Plata: Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Ciencias, 2019): 7, 13.

[14] Julio Neffa, "Propuesta de marco teórico para estudiar los RPST. Segunda parte, Nuevos enfoques a partir del proceso de trabajo", *Revista Trabalho (En) Cena* Vol. 4 (Especial) (2019): 40.

[15] *ibid.*

Asimismo, se ha observado la emergencia de un sentido de responsabilidad y cuidado, así como el valor de la dimensión social de las personas[16].

3. Resultados de investigación

3.1. Los CyMAT en el personal de UTI durante la pandemia y la pospandemia

Las condiciones laborales del personal de salud están relacionadas con la posición que ocupan en el lugar de la división sexual del trabajo, en el contexto de un modo de producción y de acumulación. Esta situación se refleja en la memoria histórica de los conflictos que transitó y los reclamos que llevó adelante el personal sanitario[17].

En relación con las formas de contratación, durante la primera etapa de la investigación, se observó que la mayoría del personal de salud desempeña cargos en relación de dependencia. Además, se halló que casi la mitad de los entrevistados tuvo un cargo de mayor jerarquía durante la pandemia de COVID-19. Esto significó un cambio en su ritmo laboral con respecto al 2020, debido al cumplimiento de nuevas responsabilidades y tareas como respuesta al estado de emergencia sanitaria.

En particular, los profesionales de salud que se encuentran en la franja etaria de 30 años o más, así como aquellos de 56 años en adelante, asumieron cargos de mayor jerarquía durante este período. Esto conllevó un aumento en sus responsabilidades laborales y les restó tiempo para dedicar al cuidado al interior de los hogares, lo que impactó en sus tiempos de descanso, recreación y ocio[18].

Por un lado, durante la pandemia, el personal de salud enfrentó una incertidumbre generalizada, exacerbada por el exceso de información proveniente de los diversos medios de comunicación. A esto se le sumó la falta de EPP y el aumento del ritmo de trabajo, sobre todo en los picos de contagio, cuando se enfermó el personal que componía la primera línea de respuesta (emergencia, UTI, UCI, guardia). Por otro lado, estas fluctuantes condiciones de trabajo repercutieron en el clima laboral, así como en los RPST, y les generaron estados de estrés y ansiedad.

Uno de los interrogantes abordados fue si durante la pandemia, en el espacio laboral de las UTI, surgieron conflictos o malestares, y en tal caso, cómo los solucionaron.

En las dos tandas de entrevistas realizadas al personal de salud (abril-mayo de 2021 y febrero-mayo de 2022), se observaron distintos tipos de respuestas: una cuarta parte afirmó que hubo conflictos laborales por la falta de EPP; mientras un segundo grupo sostuvo que

[16] Pilar Alzina, Paula Danel y Agustina Favero Avico, "Cuerpos, emociones, temporalidades y espacialidades del personal de salud durante la pandemia del COVID 19", *Dossier Miradas en torno a la pandemia covid-19, Revista Identidades* Año 12: N° 23 (2022): 49.

[17] Julio Neffa y María Laura Herny, "¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en los establecimientos privados de salud", Documento de Trabajo N 1, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Económicas, Buenos Aires, Año 1: N.º 1 (2017): 17-45.

[18] Adrian Cammarota *et al.*, "El silencio no es salud: tensiones entre la vida pública y la privada en el Área Metropolitana de Buenos Aires", en *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de covid-19*, compilado por Karina Ramacciotti (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2023):130.

no hubo conflictividades laborales, pero sí mucha incertidumbre y enojo porque durante los primeros meses de la pandemia los hospitales, clínicas y sanatorios no suministraban EPP. Además, se refiere que los protocolos de circulación y aislamiento fueron insuficientes. A esto le siguió un período en el que se le suministró EPP, pero este no era el que prescribía la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que despertó sentimientos de desconfianza e incertidumbre. Se reiteró el reclamo correspondiente hasta que se consiguió que se entregaran equipos de protección de mejor calidad. Sin embargo, surgieron dudas sobre el uso del barbijo N95, ya que la información del Ministerio de Salud de la Nación difería de la proporcionada por la OMS[19]. A pesar de que dentro de este grupo algunos entrevistados expresaron que no hubo conflictos laborales directos, se observó un reclamo por una mayor cantidad de personal especializado en las UTI; así como la necesidad de reducción de la rotación por distintos servicios con tanta frecuencia, ya que fueron los y las residentes de estos servicios quienes, junto con los y las enfermeras, asumieron mayor cantidad de carga de trabajo físico y mental. Otro de los temas observados causantes de estrés y riesgos psicosociales en el personal de salud fue la cantidad de guardias de 24 y 12 horas por semana en el servicio de UTI.

Los resultados preliminares de la segunda investigación se describen en el siguiente apartado.

En Argentina, durante la pandemia se implementaron sectores de *triage*[20]. Este sistema, que se utiliza en los servicios de guardia, tiene como objetivo identificar rápidamente el grado de gravedad del paciente según los síntomas que presenta. Es un relevamiento estructurado con distintos indicadores que miden el grado de emergencia de atención a partir de priorizar con un color, el nivel de atención y el tiempo de su asistencia[21]. Esto garantiza que los pacientes valorados como más urgentes sean atendidos con prioridad, especialmente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento[22].

El sistema de salud argentino incrementó en más del 40% la disponibilidad de camas en los servicios de UTI[23] durante la pandemia, lo que implicó sumar recursos humanos especializados y el equipamiento adecuado para la atención de los pacientes críticos.

[19] Respecto de cuántos días se recomendaba su uso.

[20] OPS, OMS, Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias (Washington: OPS, 2011, 10.

[21] Según los cinco niveles de urgencia establecidos: Nivel 1 (color rojo): Paciente con riesgo vital, categorizado como crítico. Requiere atención médica y de enfermería inmediata. Nivel 2 (color naranja): Paciente emergente con riesgo vital, necesita atención médica y de enfermería en un máximo de 15 minutos. Nivel 3 (color amarillo): Paciente urgente, requiere atención médica y de enfermería en menos de 60 minutos. Nivel 4 (color verde): Paciente con menos urgencia, que puede esperar. Tiempo de atención médica y de enfermería de 120 minutos. Nivel 5 (color azul): Paciente no urgente, cuya atención puede postergarse. Tiempo de atención médica y de enfermería de 240 minutos. Álvarez y otros "El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias" An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 63, 55-68, https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf (Consultado el 21 de febrero 2024).

[22] Organización Panamericana de la Salud (OPS), Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias (Washington: OPS, 2011), 10.

[23] Ministerio de Salud de la Nación, "Durante la pandemia el sistema de salud argentino aumentó en más del 40% el número de camas de terapia intensiva", Argentina.gob.ar, 31 de julio de 2020. https://www.argentina.gob.ar/ noticias/durante-la-pandemia-el-sistema-de-salud-argentino-aumento-en-mas-del-40-el-numero-de-camas
(Consultado el 10 de octubre de 2023).

Asimismo, se crearon 12 hospitales modulares en distintas jurisdicciones para hacer frente a la creciente demanda.

Al indagar cuáles fueron las condiciones de medio ambiente de trabajo en un hospital del GBA, perteneciente a la Región Sanitaria XII del segundo cordón del conurbano oeste, un médico de más de 34 años, jefe de residentes, se refirió a las características del espacio físico del servicio de UTI:

> *La terapia es bastante reducida para la cantidad de personal de salud por día: diez médicos tratantes para una habitación, que debe tener cinco por tres metros, más las camas de internación. Había un total de seis camas. Eran cuchetas. Cuando empezó la pandemia quisieron espaciar. La ventilación es central. En la pandemia se ventilaba por las ventanas que están en el área de internación, pero la calefacción es central. La verdad que eso no estaba bien para la pandemia*[24].

En relación con las condiciones de seguridad, las respuestas coinciden con los resultados de los estudios realizados en Argentina por el equipo de investigadoras/es[25] sobre la carencia de EEP, de personal especializado y de equipamiento e insumos.

Entrevistadora: ¿Hay condiciones de seguridad para ustedes? ¿Hay insumos para trabajar?

> *Entrevistado: En ese momento [durante la pandemia] se complicó. Yo trabajo en un hospital público. Y siempre estamos sujetos a disponibilidad de lo que envía el Ministerio de Salud de provincia a los hospitales provinciales. Hay épocas mejores y peores. Cuando inició la pandemia, no había un protocolo estandarizado ni materiales hasta que el Ministerio de Nación envió los protocolos y el equipo de protección personal. Ni siquiera había los barbijos adecuados. Con el tiempo empezó a haber escasez. Hubo situaciones en las que yo me sentí realmente expuesto. Pero eventualmente, siempre con una cosa u otra, conseguimos los elementos de protección personal. Casi todos compramos nuestro propio equipo*[26].

Cuando se indagaron las CyMAT en los hospitales de CABA, se encontraron deficiencias significativas. En uno de los hospitales de la ciudad se observó faltante de bombas y respiradores, así como la ausencia de un espacio adecuado de ventilación natural. Por este motivo, la mayoría de las UTI de los hospitales cuyo personal entrevistamos se tuvieron que mudar a otro espacio físico para poder atender a los pacientes de manera más efectiva y segura. Tal como se observó en la investigación realizada por Karina Ramacciotti[27], en los hospitales de CABA que se logró entrevistar se necesita mayor cantidad de profesionales de enfermería en las UTI.

Entrevistadora: ¿Cómo describirías las condiciones ambientales de la UTI donde trabajás?

[24] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], 11 de agosto de 2023, Gran Buenos Aires, Argentina.

[25] Karina Ramacciotti, *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de covid*-19 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2023), 17, 52, 62, 92, 124, 138, 155, 157, 161, 165; y Analía Sy *et al.*, "Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID 19 desde las narrativas de las y los trabajadores", *en PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la pospandemia, t.3,* (Ciudad de Buenos Aires: Clacso, 2023), 151-204.

[26] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], 11 de agosto de 2023, Gran Buenos Aires, Argentina.

[27] Karina Ramacciotti, "La enfermería y los cuidados", 23.

Entrevistado: Con respecto a los insumos, por el momento, no hay en gran cantidad. Desde hace años que se han restringido un montón. Y estas son las condiciones. Es más, hay camas bloqueadas por falta de personal, pero se trata de trabajar lo mejor que se puede, brindar calidad al paciente. La duración de la jornada es de seis horas. Con respecto a la cantidad de personal, siempre somos pocos, se nota la carga de trabajo, porque los pacientes dependen completamente de enfermería. Cuando llegó la pandemia, la ventilación no era adecuada para cuidar al personal. No hay habitaciones a presión negativa, entonces se hizo el traslado de toda la terapia intensiva a lo que es esta planta física, que se llama Terapia, pero antes era la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM). Se hizo un cambio de lugar, y uno de los puntos fue la necesidad de la ventilación natural[28].

Hospitales de la región Sanitaria III, oeste

Uno de los hospitales de la Región Sanitaria III, donde fueron entrevistados tres profesionales de la UTI, se destaca por su carácter polivalente y por estar ubicado en un barrio fundamentalmente residencial al oeste de la ciudad de Buenos Aires, donde predominan las casas y en menor medida los edificios. Dicho hospital, desde su fundación, ha atravesado distintas reubicaciones. La población de su área programática es de 200 mil habitantes, compuesta principalmente por personas de clase media y media baja, con un predominio de la población del área con un valor de 55-60%; el 40% restante acude principalmente de los partidos de Tres de Febrero, Saénz Peña, Hurlingham, y de la zona oeste del Gran Buenos Aires[29].

Según las entrevistas realizadas a una parte del equipo interdisciplinario del hospital, que incluye a una médica de la guardia en edad de jubilarse, un médico y un kinesiólogo, se pudo observar que las condiciones de medio ambiente en este nosocomio no son muy distintas de las del anterior. No obstante, a partir de la pandemia, ha ingresado más personal médico y se ha incorporado personal de kinesiología en todos los turnos de la UTI. A pesar de que se dispone de un mayor número de camas, durante la pandemia, aumentó la cantidad de personal por paciente, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de la atención brindada:

E: Bien. ¿Y cómo describirías el espacio físico y el medio ambiente laboral del trabajo de la UTI de este hospital?
Entrevistada: El espacio físico es bastante pequeño, antes de la pandemia teníamos siete camas, durante la pandemia tuvimos que abrir otra sala, con tres tres camas más en otro lugar, en el mismo piso, y aparte los pacientes que se internaban abajo, más o menos de 18 a 20 respiradores manejábamos.
E: ¿Cuánto personal tienen para esa cantidad de pacientes?
Entrevistada: Éramos dos médicos de guardia, habían puesto un tercero de refuerzo y después había un kinesiólogo las 24 horas. Y a partir de ahí, por suerte, pusieron esta figura del kinesiólogo que se ocupaba de toda la parte respiratoria, era de una gran ayuda.

[28] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [7], 22 de septiembre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

[29] Auditoría Central de la Ciudad de Buenos Aires, Informe final de Auditoría con Informe Ejecutivo. Proyecto 3.10.03.a. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Relevamiento Periodo 2009 (junio de 2011).https://www.agcba.gov.ar/docs/Info-Informe%20Final%203%2010%2003A%20FINAL%2029-7.pdf (Consultado 4 de enero 2024).

E: ¿Y enfermeros?
Entrevistada: Y enfermeros había, sí hay, donde había tres camas había dos enfermeros, donde había siete camas, no me acuerdo, cuatro o cinco enfermeros. Bueno, después estaban los enfermeros de la guardia[30]*.*

Con respecto a las CyMAT, durante los primeros meses de la pandemia, se ha observado en cuatro hospitales de la CABA y uno del GBA, una tendencia a trabajar sin protocolos claros que orientaran con certeza los pasos a seguir por el personal de UTI. Fue necesario esperar a que el Ministerio de Salud de CABA y provincial enviara dichos protocolos para establecer pautas de actuación más definidas. Con respecto al espacio físico y el equipamiento de las UTI se ha observado: En algunos hospitales las deficiencias ya sea por la falta de una ventilación natural, o del equipamiento central para el funcionamiento de este servicio, incluyendo respiradores, bombas y monitores centrales para la supervisión de los pacientes. Además, la mayoría del personal comentó que no tenía EPP de calidad al comienzo de la pandemia, por lo que tuvieron que adquirirlo por cuenta propia.

Con respecto a las formas de contratación, el personal entrevistado de más de 40 años está en condiciones de estabilidad. Los residentes, hasta que no terminan el período de la residencia, se encuentran en una situación de informalidad laboral. El personal de enfermería de CABA-con título de licenciatura- no está encuadrado en la carrera profesional de la salud, sino en el escalafón general de la carrera administración pública[31], y percibe sueldos que están por debajo de la canasta básica[32].

Se ha observado que tanto los residentes como el personal de enfermería han trabajado muchas más horas durante la pandemia, ya que realizaron más de dos guardias de 24 horas y 12 horas. Este aumento de horas en la jornada laboral, así como el incremento de la intensidad del trabajo, fueron algunas de las dimensiones que dieron lugar a RPST, como se desarrollará a continuación.

Impacto psicosocial del aumento del ritmo e intensidad del trabajo

[30] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistada [7], 18 de septiembre de 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

[31] Karina Ramacciotti, "La enfermería y los cuidados", 43.

[32] La canasta básica total (CBT) se calcula sobre la canasta básica de alimentos (CBA con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios como vestimenta, transporte, educación, salud, entre otros). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), al 13 de marzo de 2024, en el segmento de menores ingresos, los ingresos mensuales totales del hogar no superan el valor de 1 canasta básica total tipo 2 ($690.901,57). Mientras en el segmento de ingresos medios, los ingresos mensuales totales del hogar varían entre un valor equivalente a 1 y 3,5 canastas básicas totales tipo 2 (entre 690.901,57 y $2.418.155,50). En el segmento de ingresos altos, los ingresos mensuales totales del hogar son superiores al valor de 3,5 canastas básicas totales tipo 2 ($2.418.155,50). Ministerio de Economía, "Información sobre la Canasta Básica". https://www.argentina.gob.ar/subsidios/canasta (consultado 2 de abril 2024). Según el INDEC, la canasta básica de alimentos se calcula sobre la base de lo que compra y gasta por mes una familia con dos hijos para lograr una alimentación saludable en el país según los índices de las guías alimentarias de la población Argentina (GAPA) que establece el Ministerio de Salud de la Nación. Se calcula sobre la base de un listado de alimentos por adulto. "El valor de la CBA es utilizado en la Argentina, con fines estadísticos, como referencia para establecer la línea de indigencia (LI), comúnmente conocida como pobreza extrema". Mientras la Canasta básica Total (CBT) es utilizada para conocer la línea de pobreza. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). "Canasta básica alimentaria y canasta básica total: preguntas frecuentes" (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2020). https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/preguntas_frecuentes_cba_cbt.pdf (Consultado 7 de marzo 2024).

Una de las dimensiones para analizar el impacto psicosocial de las CyMAT en los trabajadores de las UTI de los hospitales de CABA entrevistados es la exigencia relacionada con el aumento del ritmo de trabajo, como la demanda cognitiva y emocional debido a la obligación de esconder las emociones ante la muerte de sus pacientes.

Según la OPS[33], debido al desfinanciamiento del sistema de salud, "La disponibilidad promedio de médicos y de camas hospitalarias bordea la mitad de la que tienen grupos de países más desarrollados, como los de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)"

Se indagó cómo repercutieron las CyMAT en la vida laboral y personal del personal de UTI. En relación con la dotación del personal del servicio, una enfermera de 44 años comentó:

> *Aquí en la pandemia éramos seis enfermeros en sala, casi una relación un enfermero por un paciente. Esta situación se equiparó durante la pandemia. Porque antes de la misma, eran cuatro enfermeros cada dos pacientes. Y el trabajo era más intenso. Ahora (en el momento del rebrote de contagios, durante la pospandemia) justamente volvimos a ese ritmo. En la actualidad volvimos a siete camas y cuatro enfermeros. Y se agudiza cuando alguien tiene franco. Siempre esperamos y rogamos que venga un módulo o alguien para suplir ese espacio[34].*

En la entrevista, esta enfermera describió que trabajó durante 15 años en dos turnos en efectores privados, y después, en el hospital público. En cuanto a la alta e intensa demanda y a las exigencias físicas, psíquicas y mentales a cambio de pocas recompensas materiales y simbólicas por el trabajo realizado, sintetizó: "la enfermería no es rentable. Y con los dos trabajos, no estamos cubriendo los costos. Quisiera que mis dos hijas estudien".

Se propuso conocer cómo fue la jornada laboral de un residente durante la pandemia de COVID-19, teniendo en cuenta las tareas que realizan, la cantidad de pacientes que debían atender y el ritmo laboral. En el sistema de salud, el médico residente[35], especialmente los primeros años de formación, tiene mayor carga de trabajo físico y mental. En este caso, Matías, de 34 años, durante la pandemia era un médico residente de segundo año, pasando a tercero. En relación con su jornada laboral, el ritmo y la intensidad de su trabajo, nos comenta:

> *La UTI tiene 14 camas con posibilidad de entubar personas. En el peor pico de la pandemia, las 14 camas estaban completas. Incluso llegaron a abrir más camas fuera del servicio, ya perdí la cuenta, pero creo que llegaron a dividir la terapia en: a, b y c. La "a" era la original, de*

[33] CEPAL-OPS, "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID 19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe" (Informe CEPAL-OPS, 2020): 04.

[34] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistada [8], 24 de agosto de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

[35] Los profesionales de la medicina y otras ciencias disciplinas, entre ellas las ciencias sociales, luego de graduarse como médicos, realizan una residencia con el propósito de aprender "la adquisición de ciertos saberes y conocimientos por parte de los aprendices o residentes". Uno de los objetivos "es la participación de los residentes tanto en las prácticas asistenciales habituales como en instancias de formación expresamente pensadas a tal fin, para que los residentes adquieran en un lapso de tiempo definido, las capacidades, conocimientos y saberes necesarios para desempeñarse en el ejercicio de una especialidad de manera autónoma y en distintos escenarios asistenciales de una especialidad". Guía para la Elaboración de Programas de Residencia. Sistemas Nacional de residencia del equipo de salud (Ministerio de Salud, 2012: 5). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_elaboracion_de_programas_de_residencia_0.pdf

14 camas; en la "b" llegaron a abrir siete u ocho camas, y en la c, otras diez. Al final de la pandemia, eran veinte y pico de camas. Dentro de la terapia un residente maneja un día normal entre tres y cuatro pacientes a la vez. Porque somos varios, pero también en ese momento empecé a hacer guardias solo como terapista y sí, ahí llegué a tener entre ocho y diez pacientes, yo solo[36].

Se indagó si el aumento del ritmo y la intensidad de las tareas lo afectaron a él y a su equipo de trabajo:

Yo en la residencia iba los días que tenía guardia, pero esos días eran bastante intensos. No dormía, prácticamente. Estábamos a las corridas. Con el tiempo, empezaron a agregar unos días a la semana, así que íbamos dos o tres días a la semana y cubrimos unas 48 horas de guardia en total, esa misma semana. Yo en ese momento tenía dos guardias de 24 horas en la residencia. Además, cuando empezó el 2020, trabajaba en emergencias en ese mismo hospital. En el transcurso de la pandemia cambié mi trabajo en emergencia, de hecho, empezaron a pedir terapistas en todos lados. Y en lo laboral me aumentó un montón el trabajo. Porque me empezaron a ofrecer trabajos en instituciones privadas fuera de lo estatal. En el 2021, empecé a trabajar fuera del hospital. Incluso contrato en blanco. En una semana llegué a hacer tres guardias de 24 horas completas[37].

Otro de los temas que se han observado es que durante la pandemia aumentó la cantidad de pacientes con las complejidades que ocasiona en el pulmón y en las vías respiratorias. También se implementaron cambios en las rutinas de trabajo mediante los celulares del personal de salud.

Si, la carga laboral aumentó. Yo trabajo mucho con el teléfono, escribo algún informe o hago un resumen, y eso lo envió al sistema de derivación de provincia por teléfono, o consulto otros especialistas u otros consultores por teléfono: los llamo, o por WhatsApp o les escribo por mail y siempre. El teléfono sirve en el trabajo en la era moderna. El WhatsApp o el Drive se usan un montón y eso la pandemia le dio como un empujón y eso no volvió para atrás. Sí, por ahí, volvieron a ser presenciales los pases y más de contacto entre nosotros. Pero la carga laboral aumentó por las complejidades de los pacientes. Los pacientes de internación requieren un montón de atención de todo el equipo tratante. ¡Era muchísima la atención que requería de nosotros y lo que más nos sobrecarga![38].

Cuando se indagó cómo es la división del trabajo en el servicio de UTI, una enfermera de 38 años comentó:

"A la mañana, de 8 a 12, es cuanto más trabajo hay. Y está el equipo médico, después desaparecen. La lucha diaria con los jefes es que pongan más personal. Porque a veces el proceso de higienizar a un paciente te lleva toda la mañana. Y en ese momento no podés tener dos pacientes. Pedimos que sean cinco o seis enfermeros, uno por paciente"[39].

La falta de personal de salud especializado de enfermería, medicina y kinesiología es una dimensión constante. Asimismo, la carencia de insumos y equipamiento también obstaculiza la organización del trabajo.

[36] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], 11 de agosto de 2023, Gran Buenos Aires, Argentina.

[37] *Ibid.*

[38] *Ibíd.*

[39] Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Entrevistado [4], 22 de septiembre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Estamos en un momento de gran incertidumbre. Esperando respuestas. No llegamos a hacer notas. Estamos dialogando. Hace un mes se fueron dos médicos a España. Estamos en una transición. En terapia intensiva no quieren venir los médicos. Hace dos años había insumos y recursos humanos. Ahora volvimos a la normalidad. Nos faltan sábanas. Por eso estamos esperando respuestas. Se podría mejorar en un montón de aspectos. Pero llevar gente adelante es difícil. En primer lugar, parte de uno, el que quiere trabajar a conciencia. Y va a trabajar bien, y el que no… En el hospital, la remuneración es muy poca. Entonces, eso no te motiva para poder trabajar, y es como que hago por lo que me pagan, hago lo justo y necesario[40].

El desequilibrio entre la carga física y emocional en la división de trabajo parece estar muy naturalizado en el sistema de salud, de acuerdo con los estudios realizados, los cargos y las responsabilidades. No obstante, esto no significa que no sea vivenciado como injusto, que se genere mal clima laboral y que esto no repercuta sobre la calidad de la atención cuando no se reconocen de manera material y simbólica las tareas realizadas[41]. Además, dentro de las condiciones laborales, es importante considerar el fenómeno del pluriempleo en el sector salud, donde aproximadamente el 23,6% de las trabajadoras y el 26,2% de los varones tienen más de un empleo, una proporción que disminuye al 15% en otras actividades.

Los vínculos y los conflictos laborales dentro del espacio laboral

Se propuso conocer el número de profesionales por paciente, y cómo vivenciaron el aumento del ritmo laboral ante el incremento epidemiológico de contagios, tanto de pacientes como de los propios colegas. También se sopesó si esta situación afectó las relaciones entre los colegas del servicio de la UTI.

Entrevistadora: ¿Y cómo describirías los vínculos dentro de ese espacio laboral, entre las distintas personas que trabajan en él? ¿Pudieron convivir bien, como decías vos, en general? Aunque tenían diez pacientes.

Entrevistado: En general, los problemas aparecieron cuando nosotros comenzamos a alternarnos. En ese contexto, que aumentaron los casos de contagio, en las guardias empezaron a haber menos médicos por nivel y eso sobrecarga al que estaba sano. Antes había cuatro o cinco médicos. Y en este contexto había dos o tres con la misma carga laboral o más[42].

En la UTI de este hospital del GBA, se pudo observar que durante el aumento de contagios en el periodo de los picos epidemiológicos no hubo aumento del personal para atender el incremento de la demanda. Esto empeoró las CyMAT y, por consiguiente, los RPST.

[40] *Ibíd.*

[41] Lucía Mezzadra y Carla Augier, "Te aplauden, pero no alcanza: reconocimiento simbólico y material de la enfermería durante la pandemia de COVID-19", *Revista de Prácticas y Discursos, Cuadernos de Ciencias Sociales* Vol. 12: no. 20 (2023): 5.

[42] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], 11 de agosto de 2023, Gran Buenos Aires, Argentina.

Se propuso conocer si el aumento del ritmo e intensidad de la jornada laboral cambió el clima de trabajo, si emergieron conflictos y si hubo estrategias para solucionarlos.

> *La verdad que el conflicto era siempre la carga laboral. Por ejemplo, había compañeros que trataban de pasar protocolo de aislamiento varias veces del mes porque pensaban haber tenido un contacto positivo. Y vos que te quedabas en la guardia, porque no te aislaste, tenías más pacientes para ver que antes, y había que resolverlo de alguna forma. Eso implicaba más trabajo. Es lo típico que pasa cuando alguien no quiere laburar*[43].

Cuando se indagó sobre las estrategias de los profesionales para solucionar los malestares que emergieron por el aumento del ritmo laboral, tal como analizó el equipo de Ramacciotti, se observó que los profesionales que tuvieron mayor capacidad de movilización para visibilizar sus condiciones de trabajo fueron los del sector de enfermería[44] y los residentes.

> *Entrevistadora: Y cuando vos decís que reclaman, ¿qué hicieron para solucionar estos problemas?*
> *Entrevistado: Primero la comunicación con nuestros colegas y jefes es directa, verbal, por la mañana. Lo hablamos y al toque se solucionan nuestras demandas. Si necesitamos material, van en el momento, buscan y ya lo tenemos, siempre y cuando haya. En general, casi siempre hay.*
> *Entrevistadora: ¿Y con la falta de personal cómo están haciendo?*
> *Entrevistado: Bueno, hasta ahora, como yo te decía recién, estamos esperando. Estamos en una transición. Pero si hacemos un gráfico de toda la pandemia, podemos decir que estuvo bien. Recién ahora, hace menos de un mes, que se empieza a sentir la falta*[45].

En relación con el clima laboral en un hospital de la Región Sanitaria III, oeste, se observó:

> *No, el clima laboral, desde mi punto de vista, es bueno. Uno trata de llevarse bien con el compañero, con el que le toma la guardia y quien la entrega. Puede ser que durante el transcurso de la semana uno te diga, "no mirá, el miércoles me dejaste esto para hacer y te olvidaste de avisarme". Pero uno trata de, si te dejo un pendiente, notificar tal cosa, porque la guardia continúa. Es como casa, nunca termina, el paciente siempre requiere el cuidado. Con los pacientes lúcidos o vigilados, podés llegar a entablar una conversación, y ver que él te pide algo o solicita cuidado, tratás de ser empático, porque no es fácil estar del otro lado en una cama –llena de cables escuchando pitidos todo el tiempo, entrando gente que te mira como si fueras un bichito–. Y no es fácil para ellos tampoco. Entonces uno tiene que ser cuidadoso, tiene que ser amable*[46].

En otro nosocomio de CABA no se observaron conflictos laborales debido a que el personal de la UTI entrevistado –que incluía a una médica de la guardia de 60 años, un médico coordinador y un kinesiólogo– aseguraron que ellos se formaron en ese hospital, y que las actuales autoridades (jefe de servicios, director) se capacitaron con ellos y fueron

[43] *Ibíd*.
[44] Sofía Malleville y Anabel Beliera, "Enfermería dice basta. Heterogeneidad laboral y conflicto gremial en enfermería", Revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género n° 30 (2022): 175-207.
[45] Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Entrevistada [4], el 9 de octubre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[46] *Ibíd.*

compañeros del mismo servicio. Por lo tanto, si necesitan algún insumo, o si surge algún problema, se habla directamente y se soluciona.

El kinesiólogo de este nosocomio mencionó que el equipamiento de la UTI donde trabaja en el hospital público es superior al de una clínica privada, ya que no les faltó nada. No obstante, afirma que el malestar no es con sus compañeros, sino con la insuficiencia salarial.

En contraste, en otro hospital –en este caso de la Región Sanitaria IV, en el norte de CABA–, se suma la experiencia y vivencia de una enfermera que trabajó en el servicio de Emergencia y sufrió un pico de estrés al inicio de la pandemia. En dicho contexto, falleció una niña de nueve años, y las autoridades prohibieron que los familiares pudieran ingresar a la habilitación a despedirla. Esta situación le generó un conflicto de carácter ético con sus creencias; decidió entonces transgredir esta orden, y dejó pasar a la madre y al padre a despedirse de su hija recién fallecida por COVID-19[47]. Este episodio le produjo un cuadro de ansiedad que la llevó a pedir una licencia psiquiátrica. Por dicho motivo, cuando se reintegró a su lugar de trabajo, pidió el pase a la UTI. Al comienzo tuvo que padecer el estigma de haberse ausentado por una licencia psiquiátrica. En dicho hospital, la enfermera mencionó que la tensión, el mal clima laboral están vinculados con la falta de personal de enfermería en relación con la cantidad de pacientes; así como con el personal de medicina, que tendrá menos carga laboral que el sector de enfermería. A diferencia de otros nosocomios, en este se ha hallado que las diferencias entre el personal de medicina y el de enfermería no se hallan naturalizadas, sino más bien cuestionadas. De ahí, que quien las interrogue tenga una relación tensa con sus superiores y con el personal de medicina.

En otro hospital público del área sur metropolitana, según una enfermera, el conflicto con sus colegas apareció al principio de la pandemia ante el desconocimiento de la enfermedad y la falta de un protocolo de atención y de cuidado, tanto de los pacientes como del personal médico.

> *Entrevistadora: En relación con estas condiciones laborales que nos describiste ¿hubo algún tipo de conflicto o malestar?*
> *Entrevistada: Sí, al principio sí, por el estrés que traíamos, los miedos, las angustias. Porque era todo desconocido a nivel médico, en la enfermería, así como en la kinesiología. Pronar[48] (rotar) a un paciente al principio era caótico, no sabíamos para dónde. Uno venía con una técnica, se ponía a discutir con el otro porque la otra técnica le parecía que era más viable y discutían por cómo pronar un paciente. Y si lo ponemos acá, o de allá. Y vos no sabés. No había protocolo para el cuidado, de cómo guiarnos. Entonces era aprender todos los días, como la vida. En la vida se aprende todos los días, hasta que nos vamos[49].*

En síntesis, de los cinco servicios de UTI de distintos hospitales del GBA y el resto de CABA, se pudo hallar que el aumento del ritmo de la jornada laboral en las UTI, el conflicto y el malestar laboral aparecen asociados con el incremento de la carga física, emocional y cognitiva del sector de médicos residentes, que sostuvo el aumento del trabajo. Se ha observado que el sector de enfermería y los residentes son los que más han vivenciado y explicitado cómo repercutió el aumento de la jornada laboral debido a la falta de recursos

[47] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [8], el 24 de agosto de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[48] Se denomina "pronar" a la rotación del antebrazo que permite situar la mano con el dorso hacia arriba, mientras que el movimiento contrario se denomina supinación.
[49] Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Entrevistado [4], el 04 de septiembre de 2023, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

humanos en algunos servicios de UTI durante la pandemia, y en otros, luego de finalizada, durante la pospandemia.

Los riesgos psicosociales del personal de UTI durante la pospandemia del COVID 19 en cuatro hospitales de la Ciudad de Buenos Aires

En este apartado se propone describir los riesgos psicosociales del personal del equipo interdisciplinario de UTI de los cinco hospitales. Cuando se indagó si hubo algún malestar físico o emocional con relación a los conflictos en el ámbito laboral, uno de los actores con mayor carga laboral comentó:

> *Sí, hubo mucho estrés. Y eso generaba cansancio físico más que nada, yo no tuve repercusiones físicas o achaques secundarios de estrés. Sí creo que en algún momento llegué a tener un burnout físico, digamos, psicológico.*
> *Eso fue en septiembre del primer año de la pandemia, cuando tuve la primera infección. Todavía no había vacunas, sí, mucha gente se enfermó en esa etapa*[50].

En ese contexto, el médico residente tuvo que aislarse para guardar reposo. Tomó la decisión de dejar de trabajar en el sector de emergencias y cambió ese cargo por guardias en terapia intensiva. Según él y otra enfermera de un hospital del norte de CABA, quien tomó la misma decisión, el sector de emergencias les producía mucho estrés. Una médica y un residente UTI de la provincia de Córdoba, entrevistados en 2022, decidieron renunciar a la clínica privada y concursar otro cargo en un nosocomio del sector público porque este les ofrecía estabilidad laboral y mejores CyMAT.

En otro hospital de CABA, un profesional de 53 años, de mayor antigüedad en el cargo, mencionó que las CyMAT eran buenas. No obstante, la carga física y emocional que implicó trabajar durante la pandemia hizo que aumentaran los niveles de estrés en las UTI. A diferencia de otros hospitales, donde no hubo contención psicosocial del personal de salud, en este sí la hubo.

> *Entrevistadora: ¿Y cómo creés que impactaron las condiciones de trabajo que nos describiste en la manera en que desarrollás tu vida laboral?*
> *Entrevistado: Durante la pandemia, lo primero que nos atrapó fue el miedo a lo desconocido, que sacaba lo peor de cada uno ¿no? Había gente que lloraba, no quería ingresar a las habitaciones. Yo viví la pandemia del día cero en la terapia intensiva, el primer paciente que falleció. Así que eso nos impactó. Después, hubo una alta tasa de mortalidad en nuestra terapia. Costó mucho manejar al paciente COVID. Cuando ingresaban, se descompensan muy rápido. Se trataba de trabajar en equipos. Nos preparábamos de a dos. Uno guiaba al compañero desde afuera de la habitación y el otro ingresaba. Hubo ingreso de personal. Hubo un poco más de gente en esa época, porque entró personal contratado, quienes ayudaron un montón, porque nosotros éramos muy poquitos por turno. Pero al principio fue muy estresante para todo el personal. Luego, a quienes ingresaban había que enseñarles nuevamente todo. Y llegó un momento que uno también tenía miedo, tenía familia y tenía que volver a casa. Se cuidaba mucho al personal. Eso se habló, se planteó mucho, porque*

[50] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], el 11 de agosto de 2023, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

tuvimos compañeros entubados por COVID. El jefe del Departamento de Enfermería estuvo internado con nosotros. Salió bien, se recuperó, pero sí, fue estresante. Tuvimos miedo, es más, tuvimos la oportunidad de hablarlo con un equipo de psicólogos para ver cómo nos íbamos manejando, y nos daban así algunos consejos. Porque el estrés producía discusiones por pavadas. La rutina habitual era llevadera. Y en ese momento era una explosión, sí, por la misma situación que se vivía de miedo, nadie iba a trabajar más que el personal de salud sí, bueno, y además los enfermeros ¿no?[51].

La percepción de saturación y el deseo de dejar de trabajar también se observaron en una médica de la guardia de UTI, próxima a jubilarse, en un hospital cuyas CyMAT fueron valoradas como muy buenas según los tres profesionales entrevistados de ese servicio.

¿Vos crees que impactó de alguna forma esas condiciones de trabajo en tu vida laboral y en tu vida personal?
Entrevistada: Y, en mi vida laboral sí, yo te digo como que terminé agotada. Y no es algo que me pasó a mí, yo amaba trabajar, era como una afición y después de todo esto, con tanta muerte, tanta familia destruida, ¡como que me cansé!
No veía el momento de no ir más.
Entrevistada: Claro, te saturaste.
Entrevistada: Digo ¿soy yo? ¡Y no!, ¡hay un montón de gente que le pasó lo mismo!, otra colega, que ahora va a jubilarse, el pibe joven me dice: "estoy viendo, estoy proyectando otra cosa, mucho esfuerzo y poca remuneración". ¡Hay que hacer un montón de laburo para ganar… qué se yo! para vivir dignamente. Como que todo el mundo quiere cambiar de profesión pareciera[52].

Dado que la mayoría del personal de UTI manifestó la falta de reconocimiento económico por el trabajo realizado, se indagó si la pandemia había generado algún riesgo psicosocial. La misma entrevistada nos comentó sobre su insomnio:

Entrevistada: Yo después de la pandemia casi no duermo, está bien que tampoco consulté mucho, pero me acuesto tarde, en el medio me despierto y después siempre me levanto a las cinco y media, o seis de la mañana sin reloj. Y cuando estoy en guardia casi no duermo, casi no puedo pegar un ojo, por más que sé que hay otro médico que está conmigo –que es más joven– mirando el celular casi hasta las cuatro de la mañana, cierro los ojos dos horas, me levanto a las seis y me baño.
Entrevistadora: ¿Durante la pandemia viviste algún riesgo psicosocial que hoy afecta tus tareas laborales?
Entrevistada: Yo hace como 36 años que hago terapia, no te digo acostumbrada, pero eso yo lo aprendo a manejar, igual te impacta porque se murió un montón de gente.
Entrevistadora: ¿Y a ustedes les pasó de ver mucha gente que se moría en la UTI?
Entrevistada: Sí, una vez que entraban al respirador era como el 60 o 70%.
Entrevistadora: Y esto de manejar más caudales de tasa de mortalidad, ¿te afectó de alguna forma?
Entrevistada: Y sí, te afecta, aprecias más la vida y cada cosa que te pasa tiene solución. Pero bueno, mucho más que eso, capaz que sí, pero uno resiste.
Entrevistadora: Tal cual. Quizás esta resistencia a ir a trabajar.

[51] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [3], el 22 de septiembre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[52] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [7], el 18 de septiembre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Entrevistada: Claro[53]*.*

En esta entrevista resultó interesante que esta profesional de la medicina no advirtiera que su insomnio fuera una consecuencia psicosocial de las condiciones de su trabajo en la UTI. Su naturalización de la falta de sueño da cuenta de cómo, en algunos casos, el personal de salud no es consciente de los riesgos que corre su salud física y mental como consecuencia del contexto en que desarrolla sus tareas.

En otra entrevista realizada a un médico de UTI de 56 años de un hospital de CABA, se observó un cambio de conducta en relación con el miedo a la muerte. Tomar alcohol le permitía, por momentos, tranquilizarse. Sin embargo, a raíz de ese consumo problemático sufrió una lesión precancerosa.

> *El primer año yo me estresé muchísimo, fue emocional. Como te decía por varias razones, por cuestiones personales, mis viejos (fallecieron ese año) desde el 2020 hasta acá. Y por este punto particular que decía, del contacto con la muerte. Esa situación no me la saca nadie. De saber que podías ir y contagiarte. Yo me acuerdo de que lo único que hacía era llegar a la noche. Hacíamos ejercicio. Esperaba a cenar para tomar toda la noche. Yo no soy borracho ni mucho menos, tomo un día a la semana y el fin de semana. Pero ese día trataba de tomar. No me volví en "el alcohólico" ni nada, pero bueno, los días que podía en mi casa lo hacía, y yo recuerdo patente estar tomando porque tenía miedo, sinceramente*[54]*.*

Los elevados grados de miedo padecidos por el personal de UTI durante largos períodos de la pandemia aumentaron los riesgos psicosociales. Aparecieron enfermedades como el insomnio, el consumo de alcohol, así como estados asociados a la depresión y al enojo por las condiciones de trabajo y la sensación de impotencia por no poder cambiarlas.

La licencia psiquiátrica de una enfermera de emergencias de 44 años, el insomnio de la médica de 60 años y el cambio de conducta del médico que comenzó a ingerir más alcohol y, como consecuencia de ello, tuvo una enfermedad, son solo algunos ejemplos de los riesgos psicosociales generados por las CyMAT durante la pandemia de COVID-19.

Una de las dimensiones que permiten aproximarse a comprender los riesgos psicosociales es a partir de conocer los vínculos al interior del espacio de trabajo, con las autoridades, los pacientes y sus familiares, como se abordará a continuación.

La relación con los colegas y los familiares de los pacientes

En el personal de salud de UTI de los cinco hospitales entrevistados, se observó una buena relación entre los colegas del servicio. Sin embargo, entre el personal de enfermería apareció un malestar relacionado con la necesidad de contar con más enfermeras/os de acuerdo con el número de pacientes. En algunos hospitales, esta situación se mejoró durante la pandemia, reduciendo la cantidad de pacientes por profesional. No obstante esta situación volvió atrás en la pospandemia. En varios de los servicios de UTI entrevistados, cuando la cantidad de pacientes en la UTI disminuyó, la cantidad de enfermeras/os volvió a

[53] *Ibíd.*

[54] Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Entrevistado [1], el 25 de octubre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

los niveles anteriores a la pandemia, con una proporción de cuatro enfermeras/os para siete pacientes, es decir, un enfermero/a para dos pacientes.

En la entrevista del médico residente de un Hospital del GBA también se observó la sobrecarga de trabajo, agravada en un contexto donde las CyMAT se caracterizaban no sólo por la falta de personal suficiente para afrontar la demanda de pacientes, sino también por la violencia que padecían por parte de los familiares de los pacientes, que se sentían angustiados como consecuencia del aislamiento de sus parientes. Además, muchas veces no terminaban de comprender, o de aceptar, la información que el profesional de la medicina le transmitía sobre el estado de salud de su ser querido:

> *Entrevistadora: ¿Cómo es el vínculo con los compañeros y con los familiares de los pacientes?*
> *Entrevistado: Tanto entre nosotros como con los familiares, el pase de información era mediante una grabación de audio hacia tu compañero o hacia el familiar del paciente que recibía los informes telefónicos, porque no podía ver a su familiar. También al haber menos personas era más carga laboral y eso disminuye la calidad de atención al paciente, y también la cantidad de información que se pasa de un día para otro, porque hay una sobrecarga.*
> *Yo trabajo en un área muy vulnerada, digo que el hospital está en el segundo cordón del conurbano y las personas que asisten al hospital suelen ser de extractos socioeconómicos bajos. En general, estamos muy expuestos a esta violencia, incluso antes de la pandemia. Nuestro hospital es referente en trauma ya que llegan muchos heridos de bala, mucho accidente de tránsito, mucho intento de homicidio y cosas por el estilo. Así que vivimos y trabajamos en un contexto socioeconómico violento, por decirlo así. La pandemia hizo que empeorara esa situación, porque violentaba al familiar del paciente que estaba internado, porque quedaba completamente aislado del mundo exterior y de sus familiares, y esto generaba angustia en el paciente, y en los familiares que lo esperaban afuera*[55].

Otro de los temas que surgieron respecto del vínculo laboral es el aprendizaje que la pandemia les dejó sobre la importancia del cuidado entre los distintos colegas del servicio, y cómo esta dimensión puede favorecer una mejora en la organización del trabajo:

> Quienes estamos desde el principio fuimos bastante resilientes. Tratamos de transformar y aprender. Y eso sirvió un montón. Porque no solo aprendíamos a nivel humano, sino también aprendimos técnicas nuevas. Aprendimos que hay procedimientos que se pueden realizar de otra forma, y también estamos cuidando al otro, así que nos quedó, por ejemplo, la utilización de barbijo durante el paciente respiratorio, que antes quizás no se utilizaba. Y eso está muy bueno, puede ser una forma de cuidarnos, y de cuidar al compañero. Y eso es muy rico para nosotros como profesión[56].

En este apartado se ha podido observar cómo las CyMAT durante la pandemia de coronavirus han repercutido de distinta forma, de acuerdo con la división de trabajo y las tareas desempeñadas en las UTI de cuatro hospitales públicos de CABA y uno del GBA. Si bien el aumento de profesionales de la medicina, enfermería y kinesiología produjo una mejoría en las CyMAT del conjunto del personal de UTI, no obstante, en todos los profesionales se han podido hallar signos de agotamiento, que varía según la función desempeñada dentro del equipo interdisciplinario. La valorización de las tareas de los profesionales menos jerarquizados es indispensable para un buen clima laboral. Un

[55] Entrevista realizada por Pilar Alzina a Entrevistado [1], el 11 de agosto de 2023, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
[56] Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Entrevistado [4], el 04 de octubre del 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

ejemplo de esto es cómo la incorporación de kinesiólogos las 24 horas en hospitales donde antes no se contaba con estos agentes de forma permanente alivió la presión de las tareas desempeñadas por el personal de enfermería y medicina, así como el proceso de rehabilitación de los pacientes.

En una de las UTI de la región sanitaria III, oeste, donde se contó con muy buenas CyMAT: protocolos claros, EPP de calidad, equipamiento de alta tecnología e insumos suficientes. Seguido del aumento del personal proporcional a la cantidad de pacientes y contracción de estos. Cuando además se manifiesta un buen clima laboral entre colegas y superiores y una distribución del trabajo justa. La autopercepción de los RPST para los entrevistados son menores que aquellas UTI donde hubo faltas importantes en el equipamiento: monitores centrales, en la conexión eléctrica, ausencia de grupos electrógenos y falta de insumos. Y donde la división del trabajo recayó, no en el conjunto del equipo interdisciplinario, sino en el personal de enfermería y en los residentes. En algunos nosocomios, donde no hubo conflictos, porque está naturalizada la distribución de tareas en los profesionales residentes y enfermeros. El sufrimiento físico y mental fue procesado individualmente. Estos malestares se expresaron en cambios en los lugares de trabajo *del servicio de* Emergencias a UTI, licencias por enfermedad, renuncias en las terapias intensivas en las clínicas privadas, donde las CYMAT y la falta de profesional capacitado empeoraba el contenido del trabajo en la organización y división de tareas del personal de UTI. En aquellas UTI donde hubo conflictos entre el personal como consecuencia del estado de alarma y temor, y se produjo una contención del servicio de psicología, el sufrimiento pudo ser procesado dentro de las relaciones laborales, sin llegar a presentar enfermedades físicas o mentales en el personal entrevistado. Mientras en aquellos profesionales donde la angustia y el temor se procesan individualmente, mediante comportamientos sacrificiales, emergieron: estrés, irritación, indiferencia y despersonalización.

Conclusión

Este artículo constituye el primer avance preliminar de la investigación que estoy llevando a cabo, titulada "Identidades y representaciones durante la pandemia y la pos pandemia: un estudio interdisciplinario sobre los cuidados corporales, las experiencias y las emociones del personal de salud en regiones de Argentina". En las UTI de los hospitales públicos, los equipos interdisciplinarios se encargaron de cuidar y mejorar la calidad de vida de los pacientes con dificultad respiratoria y pulmonar avanzada, muchos de los cuales no fueron tratados a tiempo tras presentar los primeros síntomas del incierto coronavirus. En este contexto de incertidumbre y temor entre la población, enfrentar la enfermedad y el miedo a la muerte resultaba especialmente desafiante. La mayoría del personal de salud entrevistado tuvo que hacer frente a esta pandemia durante los primeros meses sin el equipamiento de protección adecuado (EPP).

En la mayoría de las UTI de los cinco hospitales de CABA que pudimos relevar, se observó una modificación del espacio físico donde se ubicaba la UTI antes de la pandemia, con el fin de dar respuesta al aumento de la demanda de pacientes. Para ello, se incrementó tanto la cantidad de camas como la de profesionales contratados de medicina, enfermería y kinesiología en los distintos turnos. La incorporación de personal de salud precarizado en las UTIS posibilitó, en una primera instancia, hacer frente al aumento de la jornada laboral generado por la pandemia de COVID-19, como parte de las condiciones ambientales y laborales. No obstante, en algunos hospitales, estos contratos no fueron renovados, y en

otros pocos, se concursan los cargos médicos, quedando pendiente de regularización los contratos del personal de enfermería, que es aquel sobre el que ha recaído el mayor caudal de trabajo. De este modo volvió a escasear personal capacitado en UTI, equipamiento e insumos, lo cual empeoró las CYMAT.

Algunos de los RPST que padeció el personal de salud fueron la alta e intensa demanda y la exigencia física, psíquica y mental, ello a cambio de pocas recompensas materiales y simbólicas. Otro riesgo fue el contagio de coronavirus, tal como sucedió durante septiembre de 2020, antes de la primera dosis de vacunación. En la mayoría de las UTI se ha podido observar la falta de una buena ventilación natural, así como de EPP y de protocolos de atención claros durante los primeros meses de la pandemia que repercutieron en los RPST, lo cual generó miedo, angustia prolongada y sufrimiento. Aunque el aumento de personal de salud mejoró la proporción de profesionales por paciente, en la mayoría de las UTI se observó que los conflictos y malestares en el espacio de trabajo se relacionaron con que el aumento del ritmo e intensidad de trabajo no coincidieron con la organización del contenido de la demanda laboral. El trabajo se concentró en profesionales residentes y enfermeras que lograron visibilizar sus precarias CyMAT en muchas acciones de protesta. En aquellas UTI cuyas CyMAT fueron muy buenas, eso se debió a que lograron construir una distribución del trabajo adecuada, así como también tuvieron acceso al EPP, a los insumos necesarios y una buena comunicación con sus autoridades, lo que les permitió resolver rápidamente sus demandas.

También se observó un desgaste tanto en los profesionales de UTI con más de 12 años de antigüedad en el cargo como en aquellos próximos a jubilarse, a quienes el trabajo dejó de generarles placer para convertirse en una carga mal remunerada de la que desean liberarse pronto. Algunos de sus colegas más jóvenes han decidido irse a otro país en busca de un mejor reconocimiento simbólico y económico, mientras que otros han renunciado a trabajar en emergencias debido al elevado estrés que les produjo este trabajo durante la pandemia. También hubo quienes decidieron renunciar a las UTI del sector privado debido a las deficientes CyMAT.

A otros profesionales, la pandemia les ha generado enfermedades derivadas del estrés y del consumo problemático del alcohol, mientras que en la mayoría ha generado un desgaste importante que, sin dudas, afecta la calidad de la atención. Si bien se los ha escuchado muy enojados, en algún momento desean una mejoría en sus condiciones de trabajo y, fundamentalmente, el reconocimiento económico y simbólico por las tareas que han desempeñado y realizan cotidianamente, y que tantos años de estudio les costaron a ellos y al sistema educativo.

Referencias

Fuentes primarias
Archivos

Canasta básica alimentaria y canasta básica total: preguntas frecuentes. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 2020. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/preguntas_frecuentes_cba_cbt.pdf

"Cuestionario Nacional a trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad, Ministerio de Producción y trabajo de la Presidencia de la Nación". Ministerio de Producción y trabajo de la Presidencia de la Nación s/f.

"Informe final de auditoría. Hospital General de Agudos Parmenio Piñeiro. Relevamiento 2009". Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, junio 2011.

Entrevistas

Entrevista realizada por Pilar Alzina a Médico, jefe de residentes de UTI, Hospital de GBA, el 11 de agosto 2023, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
_____Lic. Y Mag. Enfermería, Hospital CABA, 13 de septiembre de 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

_____Lic. Enfermería de UTI, Hospital de CABA, el 24 de agosto de 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
_____Médica de Guardia de UTI, Hospital de CABA, el 18 de septiembre de 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

_____jefe de residentes de UTI, Hospital CABA, 24 de octubre 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
_____Kinesiólogo de UTI, Hospital de CABA, el 24 de octubre de 2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Entrevista realizada por Gabriela Pisano a Médico de UTI, Hospital CABA, el 25 de octubre de 2023, Quilmes, Argentina.
_____Enfermero de UTI, Hospital CABA, Entrevistado, el 4 de septiembre de 2023, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

_____Lic. Enfermería de UTI, Hospital de CABA, el 22 de septiembre de 2023, Quilmes, Argentina.

Fuentes secundarias

Alzina, Pilar, Danel, Paula y Favero, Agustina. "Cuerpos, emociones, temporalidades y espacialidades del personal de salud durante la pandemia del COVID 19". *Revista Identidades* nº 12 (2022): 46-66.

Aspiazu, Eliana. "Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud". *Revista Trabajo y Sociedad. Santiago del Estero* nº 28 (2017): 11-35.

Cammarota, Adrián, Faccia, Karina, Barrera, Marcelo y Librandi, Juan. "El silencio no es salud: tensiones entre la vida pública y la privada en el Área Metropolitana de Buenos Aires". En *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de covid-19*, editado por Karina Ramacciotti. Santa María del Buen Ayre, Argentina: Editorial Biblos, 2023, 249-266.

CEPAL. *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*, editado por Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud. Santiago, 2020.

CEPAL / OPS. "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social". s/f. *Informe COVID* 19. Editado por Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud CEPAL/OPS. Santiago-Chile, 2021.

CEPAL. "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social". *Informe COVID* 19, 2021.

Freidin, Betina. "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID 19 en el Conurbano de Buenos Aires". *Población & Sociedad* nº 2 (2021): 138-167.

Malleville, Sofía y Beliera, Anabel. "Heterogeneidad laboral y conflicto gremial en enfermería". *Revista del Centro de estudios Interdisciplinario sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género* nº 30 (2022): 175-207.

Mezzadra, Lucía y Augier, Carla. "Te aplauden, pero no alcanza: reconocimiento simbólico y material de la enfermería durante la pandemia de COVID-19". *Revista de Prácticas y Discursos, Cuadernos de Ciencias Sociales* nº 12 (2023).

Neffa, Julio. *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: Editorial Hvmanitas, 1998.

———. "Condiciones del medio ambiente del trabajo (CyMAT) y salud". *Revista Orientación y Sociedad* nº 15 (2015): 1-29.

———. "Propuesta de marco teórico para estudiar los RPST. Primera parte, modelos tradicionales de RPST y nuevos enfoques". *Revista Trabalho (En) Cena* nº 4 (2019a): 7-33.

———. "Propuesta de marco teórico para estudiar los RPST. Segunda parte, Nuevos enfoques a partir del proceso de trabajo". *Revista Trabalho (En) Cena* nº 4 (2019b): 34-57.

Panizzo, Laura. 2020. *La muerte en los desaparecidos", Revista Anfibia*. San Martín: UNSAM.

Ramacciotti, Karina (Compiladora). "La enfermería y los cuidados en crisis sanitaria". En *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19*, Buenos Aires: Biblos, 2023, 13-44.

———. "La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID 19", en *PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la postpandemia.* Buenos Aires: Editorial CLACSO/Agencia de I+D+d, 2023. Tomo III, 105-149.

Sy, Analía. 2023. "Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID 19 desde las narrativas de las y los trabajadores". En *PISAC COVID-19. La sociedad argentina*

en la pospandemia. Ciudad de Buenos Aires: Editorial CLACSO, /Agencia de I+D+d, Tomo III, 151-204.