



**Título: “El trabajo de cuidado de la salud en tiempos de pandemia. Transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento entre las trabajadoras y los trabajadores de enfermería”**

**Autora:** Malleville Sofía, LESET-IdIHCS/UNLP-CONICET

**Grupo 10:** Salud y trabajo. Un abordaje crítico desde el enfoque de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), la psicodinámica, la salud ocupacional, la ergonomía y los riesgos psicosociales del trabajo (RPST).

**Coordinadores/as:** Dr. Julio César Neffa (CEIL CONICET, UNLP, UNM, UNNE); María Laura Henry (UNM, CONICET); Mónica Cesanna Bernasconi (UNNE); Álvaro del Aguila (CEIL CONICET y UNAJ); Lucie Noviale (UTN); Sofía Malleville (CONICET, UNLP); Mariana Sabas (UNNE); Claudia Gatti (UNNE)

## **1. Introducción**

El 2020 fue declarado el año de la enfermería<sup>1</sup> y, paradójicamente, también fue el año marcado por la pandemia de COVID-19. La irrupción de una enfermedad que afectó a la población mundial visibilizó las formas en que se organizan los cuidados en nuestras sociedades y, en especial, la importancia que revisten las tareas de cuidado de la salud como las que realiza este grupo. Por las características de sus labores, son las enfermeras y los enfermeros que se desempeñan en establecimientos asistenciales quienes se encuentran en la “primera línea de atención” y, por ende, tienen mayor contacto con los pacientes internados. A su vez, fueron egresadas/os y estudiantes avanzadas/os de esta carrera quienes participaron como vacunadoras/es en el Plan Estratégico de Vacunación contra el coronavirus que se desarrolló en nuestro país durante el 2021.

Pese al aporte fundamental de este grupo, sus condiciones de trabajo distan de ser las mejores. Los bajos salarios, las situaciones de precariedad en las que se desempeñan, el desgaste laboral, el escaso reconocimiento social de sus tareas y la naturalización de su formación profesional como habilidades propias del género femenino son algunas de las

---

<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al 2020 como el Año de la Enfermería, fecha en la que se cumple el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, figura central en el desarrollo y la formación de la enfermería moderna.



problemáticas que históricamente han afectado a la enfermería (Micha, 2015; Pereyra & Micha, 2016; Aspiazu, 2017; Esquivel & Pereyra, 2017; Ortega, 2019; entre otros).

En este marco, buscaré analizar las transformaciones e implicancias que tuvo la pandemia en el trabajo de cuidado que realizan las/os enfermeras/os que se desempeñan en clínicas privadas<sup>2</sup> de la ciudad de La Plata. Dicha localidad reviste un interés fundamental puesto que constituye la capital de la provincia de Buenos Aires y concentra buena parte de los establecimientos de mayor complejidad de la región sanitaria XI (a los que incluso asisten y/o son derivadas pacientes de otras partes de la provincia). A su vez, La Plata forma parte del Área Metropolitana de Buenos Aires una de las regiones más afectadas por la pandemia, tanto en términos epidemiológicos como sociales.

Concretamente, haré énfasis en los cambios en la organización del proceso laboral analizando la reestructuración y adecuación de sectores y la inclusión de nuevos protocolos de higiene y atención de pacientes en las clínicas bajo estudio. Resaltaré que si bien el contexto de emergencia sanitaria trastocó muchas de las prácticas que se realizan, intensificó los ritmos de trabajo, multiplicó la cantidad de tareas y aumentó el agotamiento entre el personal de salud, en las clínicas privadas también emergieron otras problemáticas producto de las directivas tomadas por los empresarios del sector que evidenciaron (o profundizaron) situaciones de precariedad preexistentes. En este sentido, argumentaré que las/os enfermeras/os construyeron una serie de acciones o estrategias grupales para afrontar las problemáticas en la organización de su trabajo en un escenario de gran incertidumbre y presión sobre sus labores.

Para ello me serviré de los datos construidos en el marco de una tesis doctoral en curso que, desde un enfoque cualitativo, busca comprender las experiencias del trabajo de cuidado enfermero en establecimientos privados de salud de la ciudad de La Plata. Específicamente, utilizaré las entrevistas realizadas a enfermeras/os de clínicas que

---

<sup>2</sup> Si bien las entrevistas se realizaron a trabajadores/as de clínicas, sanatorios, institutos y hospitales de carácter privado, nos referiremos a todos ellos como “clínicas privadas”.



cuentan con internación general y servicio de terapia intensiva<sup>3</sup>, realizadas entre septiembre del 2020 y junio del 2021. Complementariamente, utilizaré la información producida en diversos proyectos de investigación en los que participé<sup>4</sup>. En términos conceptuales, retomaré los aportes de la teoría de los riesgos psicosociales y la psicodinámica del trabajo, para analizar los cambios en la organización del proceso laboral y las estrategias construidas por los/as trabajadores/as para sobrellevar las dificultades que emergieron durante la pandemia.

## **2. Aportes de la teoría de los riesgos psicosociales para analizar las transformaciones en las formas de trabajo de los equipos de salud durante la pandemia**

Para analizar las transformaciones en la organización del proceso laboral al interior de los establecimientos de salud y las implicancias que la irrupción de la pandemia de COVID-19 tuvo entre las/os trabajadoras/es de enfermería resulta de suma utilidad incluir los aportes de la teoría de los Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST). Dicho enfoque constituye una perspectiva innovadora que se propone superar los abordajes tradicionales en materia de condiciones de trabajo y salud laboral, a partir de una visión ampliada y multidisciplinar que incorpore no sólo la preocupación por los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio ambiente laboral sino también las condiciones resultantes de factores históricos, socio-técnicos y organizacionales (Neffa, 1989).

Partiendo de una concepción integral del trabajo y su relación con la salud, los RPST pueden ser definidos como aquellos riesgos para la salud generados por los determinantes socioeconómicos y, esencialmente, las condiciones que asume el contenido y la organización del proceso de trabajo susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental del trabajador/a, con impacto sobre la organización o empresa donde éstos/as se desempeñan (Gollac, 2011; Neffa, 2015; 2019). Desde esta

---

<sup>3</sup> Según los datos disponibles en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), La Plata cuenta con once establecimientos que poseen internación general (ESCIG) clasificados como “de alto riesgo con terapia intensiva”.

<sup>4</sup> El proyecto de investigación PISAC-COVID “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI)” y el “Relevamiento de la situación en La Plata, Berisso y Ensenada. Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia” realizado por la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad de La Plata.



perspectiva podemos identificar seis factores de riesgos psicosociales: 1) intensidad y tiempo de trabajo 2) exigencias y control de las emociones; 3) grado de autonomía y margen de maniobra; 4) relaciones sociales y de trabajo; 5) conflictos éticos y de valores; 6) grado de seguridad y estabilidad en el empleo y en la situación de trabajo. De esta forma, si la jornada laboral se extiende y/o intensifica más allá de los límites soportables; si se aceleran los ritmos y tiempos de trabajo o se multiplican las tareas; si es necesario movilizar competencias emocionales por encima de las capacidades personales; si no se recibe una retribución acorde al esfuerzo realizado, el trabajo puede ser fuente de padecimiento y, por ende, causar sufrimiento en quienes lo ejecutan (Dejours, 1992; 2013).

Estas herramientas teóricas permiten comprender el nuevo escenario laboral al que se enfrentaron quienes “cuidan de Otros” en ámbitos hospitalarios. La llegada del virus a nuestro país puso en marcha la emergencia sanitaria y la declaración de todo el personal de salud como *trabajadores y trabajadoras esenciales*<sup>5</sup> lo cual supuso una transformación sustantiva en la organización del proceso laboral en los efectores de salud. En marzo de 2020, en sintonía con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el poder ejecutivo advirtió sobre la crisis sanitaria y decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio en todo el territorio nacional<sup>6</sup>. En un contexto de gran incertidumbre, se tomaron una serie de medidas para limitar la propagación de un virus desconocido hasta el momento (SARS-CoV-2) cuyo contagio se originaba mediante el contacto, afectando principalmente la capacidad respiratoria de las personas. Fue así como, durante los primeros meses del 2020, se buscó “preparar” al sistema de salud para el abordaje de la pandemia.

En este escenario, podemos mencionar una serie de transformaciones generales que alcanzaron a todos los equipos que se desempeñan en el sistema de salud: i) creación de nuevos sectores destinados a la atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19; ii) reacondicionamiento de los espacios laborales (incorporación de camas

---

<sup>5</sup>Quienes trabajan en los servicios de salud fueron declarados personal esencial por el Decreto N°297/2020.

<sup>6</sup> Con el Decreto N°260 del 12 de marzo de 2020 se amplió en nuestro país la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N°27541, en virtud de la pandemia declarada. A partir del Decreto 297/2020 se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio en todo el territorio nacional. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>



para internación, cambios en la ubicación y disposición de los servicios, división de sectores destinadas a pacientes COVID y a personas con otras patologías.); iii) adquisición de nueva aparatología (por ejemplo respiradores para cuadros de gravedad); iv) modificación de los grupos y las formas de trabajo (creación de puestos, incorporación de trabajadores/as mediante contratos eventuales<sup>7</sup>, traslado de personal a nuevos u otros servicios, implementación de sistema de rotación o “burbujas”<sup>8</sup> para disminuir el contacto; licencias para el personal que integraba grupos en riesgo<sup>9</sup>); v) creación y capacitación en nuevos protocolos de higiene y seguridad (inclusión de nuevos elementos de protección personal, refuerzo en las medidas de higiene y limpieza); vi) cambios en los protocolos de atención de pacientes (implementación de sistemas de *triage*; seguimiento telefónico de enfermedades crónicas; suspensión de cirugías no urgentes; limitación de visitas y presencia de acompañantes en las salas; pautas de aislamiento para pacientes COVID); vii) realización de nuevas tareas (hisopados, uso de tecnologías de respiración mecánica); viii) cambios en los espacios de sociabilidad y en las relaciones entre compañeros/as (medidas de distanciamiento social, limitación en el uso de espacios comunes y en los tiempos para compartir con otros/as compañeros/as); ix) suspensión de vacaciones y licencias durante todo el 2020<sup>10</sup>.

En este punto, debemos señalar que, si bien podemos identificar transformaciones generales en la organización del trabajo durante la pandemia, las mismas asumieron características particulares a medida que avanzaba la situación epidemiológica en las diversas regiones de nuestro país. Por ejemplo, en el Área Metropolitana de Buenos

---

<sup>7</sup> Por ejemplo, en los efectores públicos de la provincia de Buenos Aires, se buscó reforzar el personal de enfermería en unidades críticas y atención de pacientes COVID positivo a través de Becas de Contingencia, es decir modalidades de contratación por tiempo determinado que se abren en épocas del año donde se incrementan las enfermedades respiratorias.

<sup>8</sup> En muchos espacios de trabajo se implementaron sistemas de burbuja, es decir se conformaron grupos de trabajo reducidos e integrados por las mismas personas para prevenir la propagación del virus, facilitar la identificación y el rastreo de casos positivos y garantizar la presencia de personal disponible en caso de un aumento de los contagios entre los/as trabajadores/as de los servicios de salud.

<sup>9</sup> El personal de salud alcanzado por las licencias para “grupos en riesgo”, fue variando a lo largo de la pandemia. En un primer momento se incluyó a personas inmunosuprimidas y/o en tratamiento oncológico, mayores de 60 años con enfermedades previas (respiratorias crónicas, cardiovasculares, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica). Posteriormente, se incorporó a menores de 60 años con enfermedades previas y embarazadas.

<sup>10</sup> El Decreto N°260/2020 estableció que todos los efectores de salud públicos o privados deberán adoptar medidas para suspender las licencias del personal de salud afectado a la emergencia.



Aires -donde se encuentra incluida La Plata- podemos identificar un momento inicial entre fines de marzo y agosto de 2020 cuando la cantidad de casos confirmados se mantenía en un número relativamente bajo. Un segundo momento que se extiende desde fines de agosto hasta fines del año 2020, cuando se registra la “primera ola”; seguido por un tercer periodo de “amesetamiento” entre febrero y mediados de marzo de 2021. Posteriormente, observamos la llegada de una “segunda ola” que implicó un crecimiento exponencial de los contagios para llegar rápidamente al pico histórico hacia fines de abril de 2021, con valores promedio que cuadruplican los registrados en la “primera ola” del 2020; seguida por una leve reducción de casos que vuelven a crecer rápidamente entre fines de mayo y principios de junio (Alzugaray et. Al, 2020; 2021). A partir de ese momento, y en sintonía con el avance del plan de vacunación, los casos - con algunas variaciones- se mantienen en baja.

El abordaje de la pandemia significó entonces una modificación sustancial en el cotidiano laboral de los equipos de salud, con algunos periodos más álgidos que otros. El trabajo se intensificó producto de la aceleración de los ritmos, la reducción de los momentos de descanso -durante y luego de la jornada laboral-, el aumento de los requerimientos y la multiplicación de las tareas a desarrollar. En muchos casos, los cambios en la organización del trabajo se implementaron siguiendo los lineamientos de las autoridades, pero sin generar espacios de consulta y/o de comunicación para los/as trabajadores/as, situación que fue percibida con incertidumbre y malestar. A su vez, las exigencias en términos emocionales también se acrecentaron. A medida que los casos aumentaban, el contacto con personas COVID positivo y/o que fallecían a causa del virus se volvía más cercano. El temor a infectarse trabajando, contagiar a compañeros/as e incluso “llevar el virus a casa” fue una de las principales preocupaciones entre los/as trabajadores de la salud (Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, 2020; Malleville & Busso, 2020)

De esta forma, las implicancias de trabajar en un contexto tan complejo se expresaron en diversas problemáticas de salud que fueron percibidas por los propios/as trabajadores/as: agotamiento, cansancio, dificultad para dormir, trastornos alimenticios, dolores musculoesqueléticos y de cabeza. Sumado a las dolencias físicas también se originaron otros episodios de tipo emocional (angustia, ansiedad, llanto, miedo) que



afectaron no solo la salud mental de los/as trabajadores/as (por ejemplo, teniendo que recurrir al pedido de carpetas psiquiátricas) sino también la dinámica de sus vínculos cotidianos. En muchos casos, para “*cuidar*” a sus familiares y amigos, los/as trabajadores/as decidieron reducir el contacto con sus seres queridos, ya que consideraban que su trabajo representaba un “*riesgo*”, especialmente para adultos mayores y personas con factores de riesgo.

Específicamente, entre el personal de salud, las/os enfermeras/os que realizan cuidados asistenciales constituyen uno de los grupos más expuestos a la posibilidad de infectarse del virus. Durante su jornada laboral, pasan mucho tiempo con las personas internadas puesto que sus tareas implican el contacto y la atención directa de pacientes. Por ejemplo, al momento de realizar acciones de aseo e higiene (bañar a los pacientes, cambiar la ropa de cama, retirar deyecciones, asistirlos para ir al baño, etc.) o bien cuando practican intervenciones de índole técnica (colocación de vías y sondas, control de signos vitales, suministro de medicación, etc.). Teniendo en cuenta estas características, el trabajo enfermero puede ser definido como un trabajo de cuidado, es decir como una práctica que se organiza principalmente en torno al cuidado de la salud de Otro. Cuidar implica participar de la producción de una actividad que contribuye a la preservación de la vida y reconoce la interdependencia y la imposibilidad de autosuficiencia que caracteriza a los seres humanos (Carrasco, 2001; Bourgeaud-Garciandía, 2009; Molinier, 2012). En este sentido, como veremos, las particularidades del trabajo de cuidado le otorgan a la enfermería cierto grado de autonomía en lo que respecta a la organización de sus tareas cotidianas.

A continuación, y teniendo en cuenta las transformaciones generales en los establecimientos de salud y las particularidades del trabajo de cuidado enfermero, analizaremos las estrategias de afrontamiento desplegadas por estas/os trabajadoras/es durante la pandemia.

### **3. Las trabajadoras y los trabajadores de enfermería en el centro de la escena: transformaciones en el proceso laboral y estrategias de afrontamiento.**

Al momento de analizar las estrategias desarrolladas para afrontar las problemáticas que surgen del trabajo pandemia, resulta interesante incorporar los aportes de la



psicodinámica del trabajo. Siguiendo a Dejours (2009) la organización real del trabajo siempre implica una (re)interpretación que se encuentra mediada por relaciones sociales que gestionan elementos no prescritos por la organización del trabajo inicial. Desde esta perspectiva, las condiciones bajo las cuales se ejecuta un trabajo pueden ser fuente de sufrimiento mental, afectar la salud de los/as trabajadores/as o bien constituir un espacio de placer y satisfacción laboral. Quienes trabajan no son referenciados como sujetos pasivos ante las dificultades que puedan surgir de la organización del trabajo, sino que reaccionan y construyen una serie de *estrategias de afrontamiento* como respuesta a dichas problemáticas. En este marco, el análisis de las acciones concretas y la dinámica que adquieren en el cotidiano laboral resulta central.

Los/as trabajadores/as implementan estrategias para soportar las dificultades que emergen de su trabajo y así no implicarse emocionalmente y proteger su salud mental. Estas acciones se desarrollan a través de un principio de racionalidad subjetiva generado en las relaciones intersubjetivas. Consideramos entonces, que la noción de estrategias no debe ser pensada como una cuestión de elección racional, es decir como una instancia donde los/as trabajadores/as, de forma individual, evalúan el contexto y ponen en juego los medios disponibles para alcanzar un determinado fin, sino que responden a un proceso activo de construcción que realizan los sujetos en el marco de relaciones sociales específicas, para dar respuesta y/o intervenir sobre las situaciones que experimentan y que comprometen su subjetividad. Estas acciones no son libres, sino que se encuentran ceñidas por múltiples condicionamientos que posicionan a los sujetos en un lugar determinado. Un ejemplo de este tipo de dinámicas sería la consideración del trabajo como un *deber moral*, una *vocación* o el sentimiento de realizar una tarea de gran *utilidad social*, como sucede en el caso de la enfermería.

A continuación, desde una perspectiva sociológica, retomaremos los aportes de la psicodinámica del trabajo para analizar algunas de las estrategias construidas por los/as enfermeras/os de clínicas privadas en el marco de sus tareas cotidianas. Específicamente nos centramos en las acciones desarrolladas ante las transformaciones en los distintos sectores de trabajo y la implementación de nuevos protocolos de seguridad y atención de pacientes. Cabe señalar que, si bien en nuestro trabajo de campo registramos situaciones de tensión y/o conflicto entre los/as trabajadores/as, en esta ponencia nos





centraremos en las estrategias grupales en tanto constituyen una forma de sobrellevar y/o revertir las falencias presentes en la organización del trabajo.

*a. Reacondicionamiento de espacios y creación de sectores para el abordaje de la pandemia.*

Como venimos señalando, la pandemia implicó una transformación sustancial del trabajo enfermero en los servicios de salud. A partir de la declaración de la emergencia sanitaria, a fines de marzo del 2020, los efectores públicos y privados tuvieron que adecuarse para la atención de pacientes COVID-19.

Un punto importante para el abordaje de la emergencia sanitaria fue la modificación en la disposición de los sectores en los establecimientos de salud. En el caso de las clínicas privadas, la organización de la atención se encuentra sectorizada en diferentes áreas o servicios, según la complejidad y el tamaño de la institución (cantidad de pisos con los que cuenta el edificio, número de camas y personal contratado). De esta forma, en los establecimientos con internación general clasificados como de alto riesgo con terapia intensiva, solemos encontrar la guardia, la recepción administrativa y los consultorios externos ubicados en la planta baja del edificio. El resto de los sectores se distribuyen entre los distintos pisos: clínica médica; servicios especializados según las características del paciente (maternidad, pediatría, neonatología) y áreas cerradas o de mayor complejidad (unidad coronaria, unidad de terapia intensiva, terapia intermedia, quirófano).

El surgimiento de una enfermedad desconocida, provocada por el virus SARS-CoV-2 implicó la creación de sectores y diagramas de trabajo específicos para los equipos de salud. En este marco, y debido a que el contacto constituye la principal forma de propagación e infección del virus, fue necesario crear espacios y protocolos para atender a pacientes COVID positivo y casos sospechosos; reacondicionar muchas de las áreas para generar condiciones de aislamiento entre pacientes (por ejemplo, colocar puertas/separaciones entre *boxes* y habitaciones); trasladar sectores a otros pisos del edificio e incluso habilitar espacios que no se utilizaban con el objetivo de aumentar la cantidad de camas disponibles ante un posible aumento de los casos. Como podemos



observar en las narrativas de las enfermeras que se desempeñan en sectores COVID y clínica médica:

“J: Se acondicionó la clínica. Ahora es todo COVID. Es tercero y primer piso COVID y antes era tercero COVID y primero clínica. De hecho, se abrió una pequeña oficina que tenían ellos de administración, también lo acondicionaron para que sea una sala de baja complejidad. Es para aislamiento y antibiótico nada más. Así que le pusieron dos camas, la mesita de luz y nada más. Iban a abrir más. Consultorios de abajo van a abrirlos todos con camas para COVID”. (Jésica, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021)

“E: ¿Cómo fue que se fueron acomodando los espacios?”

D: En el primer piso funcionaba el área COVID, pero como incrementaron los casos ahora el primer piso está para lo que es terapia intensiva. El área COVID pasó al segundo piso. Ahí tenemos de la habitación 206 a la 220, pacientes COVID. Después hay un área VIP que va de siete a ocho camas que es clínica médica. No es COVID. Nosotros entramos, por ejemplo, si a mí me toca en el segundo piso, entramos a área clínica, pacientes no COVID, y luego ya controlamos, los asistimos en todo lo que tienen que hacer y después ya entramos, nos vestimos, nos cambiamos todo para el área COVID. Y trabajamos de esa manera. (Daniela, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021).

De esta forma, para evitar contagios entre pacientes, pero también entre el propio personal, se recomendó separar los sectores abocados a la atención COVID de los servicios donde concurrían personas con otras patologías y consultas. Para ello, se implementaron distinciones: “*aislado*”<sup>11</sup>, “*cerrado*”, “*sucio*” para referenciar los espacios donde transitaban pacientes COVID positivo o casos sospechosos y áreas “*limpias*” para la atención de pacientes “*no COVID*”. Estos cambios no se dieron de una sola vez, sino que fueron adecuándose a medida que el número de casos y la gravedad de los mismos aumentaba. Los dueños de las clínicas entonces “*regulaban*” la adaptación de los espacios, la dinámica de los servicios y la cantidad de camas disponibles para pacientes COVID en función del avance de la situación epidemiológica

---

<sup>11</sup>Con entrecomillado y en cursiva se indican términos nativos, es decir utilizados por las/os enfermeras/os entrevistadas/os.



a nivel local. Como señalamos anteriormente, en la ciudad de La Plata, se produjo una “primera ola” hacia fines de agosto del 2020; luego una disminución de casos en época estival hasta registrarse un progresivo aumento cuyo pico máximo fue entre fines de abril y junio de 2021. Durante estos meses, los casos y las muertes por COVID-19 se incrementaron y los servicios de salud de la ciudad alcanzaron el límite de camas ocupadas.

Asimismo, en las narrativas de las/os enfermeras/os que se desempeñan en el área de cirugía, encontramos que durante los primeros meses de la pandemia se suspendieron muchas intervenciones quirúrgicas para priorizar solo las “urgencias” (fracturas complejas, apendicectomía, cesáreas, etc.). Esta situación se extendió hasta aproximadamente el mes de noviembre, cuando se retomaron cirugías programadas (oncológicas, cardíacas, etc.). En otras áreas, también se evidenció el impacto de la pandemia, sobre todo durante los primeros meses del 2020 cuando la incertidumbre respecto a la circulación del virus era aún mayor. Las consultas presenciales por otras dolencias y problemas de salud también disminuyeron y muchos de los controles sobre enfermedades crónicas se reemplazaron por seguimientos telefónicos, con el fin de evitar la presencia y la aglomeración de personas en las clínicas. Otra modificación en el proceso de atención y cuidado de los pacientes fue la suspensión de visitas y acompañantes durante la internación, situación que se extendió durante toda la pandemia.

“E: ¿Ha cambiado la afluencia de pacientes no COVID? ¿hay menos concurrencia porque hay más miedo?”

J: Si, si, tal cual. Antes en la clínica por un dolor de muela ya estaban ahí en la puerta. Ahora no, se tiene que estar muriendo para que haya alguien afuera. Se cansan de rechazar también, porque guardan camas para urgencias, si llega a caer una “panza”. Ellos dicen una panza a una cesárea. O casos puntuales que sí necesitan ser hospitalizados. Si, cambió bastante. Y acompañantes o familiares ya no se permiten más. Ni en planta baja que es donde están todos estos casos que no son COVID. Así que una fractura de cadera o una embarazada no puede estar con familiares, tienen que esperar el alta para verlos. Todos los informes se dan vía telefónica”. (Jésica, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021)



“E: Con respecto al lugar de trabajo, la neonatología, ¿se reacondicionaron algunos sectores?”

K: Totalmente. Son once habitaciones de dos camas cada una, que a partir de que empezó la pandemia se usan de a un solo paciente por habitación, con un solo familiar, cuando antes podían quedarse la mamá y el papá y podía haber dos pacientes por habitación. El acceso a la neonatología también se modificó, antes entraban papá y mamá para estar en contacto en las visitas, ahora entra en un solo horario la mamá y en otro horario el papá y tenemos un sector en la parte de pediatría, que es de pacientes sanos, digamos, que no están contagiados y otro sector que son sospechosos y positivos, que tienen una de las habitaciones que era para los pacientes, se transformó en office de enfermería y es el sector donde tienen que estar los camisolines, los barbijos, las cajas patológicas, donde uno puede vestirse y desvestirse, están las máscaras, los atomizadores con el amonio cuaternario y todos los elementos de seguridad como para minimizar el riesgo de contagio. (Karina, enfermera turno mañana, Clínica Privada, sector pediatría y neonatología, mayo 2021)

De esta forma, los cambios edilicios fueron acompañados por nuevos protocolos de seguridad y de atención de pacientes. Esta situación modificó sustantivamente las formas de organizar el trabajo en los equipos de salud y, especialmente las tareas de enfermería, tanto en los sectores destinados a la atención de COVID como en otros servicios. En el relato de Karina, además de describir los cambios espaciales y la implementación de elementos de higiene y protección personal en el sector de pediatría y neonatología, podemos observar cómo se redujo la cantidad de niños/as internados/as por habitación para disminuir el contacto entre sí y también se limitó tanto el acceso de visitas como los tiempos de permanencia de los familiares en la clínica.

En este sentido, si consideramos que el trabajo enfermero se organiza centralmente en torno al cuidado de la salud de un “Otro”, los cambios en las formas de relacionarse con pacientes y familiares incidieron directamente sobre sus tareas cotidianas puesto que la construcción de un vínculo cercano entre enfermera/o-paciente representa una de las dimensiones centrales de su práctica. Como señalamos en trabajos anteriores, el vínculo diferencial que construyen con las personas internadas permite delimitar un lugar legítimo de intervención de la enfermería, establecer funciones específicas y



diferenciarse de la atención que brindan otros grupos laborales, como por ejemplo los profesionales médicos (Beliera & Malleville, 2020). No permitir más de una persona por habitación; limitar el acompañamiento de una madre o un padre que tiene a su hijo/a internado/a; reducir los momentos donde se tiene contacto con los pacientes; sentir temor ante la posibilidad de infectarse durante ese contacto; mantener a las personas aisladas; utilizar elementos de protección personal que dificultan la comunicación y el registro de la expresividad, son aspectos fundamentales del trabajo enfermero que se vieron trastocados durante la pandemia.

Las transformaciones en el proceso laboral implicaron entonces un enorme esfuerzo para los trabajadores/as de enfermería quienes tuvieron que adaptar sus tareas cotidianas y modificar las formas de vincularse con los pacientes que cuidan. En este escenario surgieron diversos conflictos, algunos de ellos asociados a la novedad que implicó la emergencia sanitaria pero también otras problemáticas que evidenciaron condiciones de precariedad preexistentes en los establecimientos privados, como veremos a continuación.

*b. Nuevos protocolos de seguridad y atención de pacientes.*

Como venimos argumentando, las transformaciones en la organización del trabajo en los espacios de salud modificaron el proceso de atención y cuidado de los pacientes, tanto al momento de ingresar a la clínica como durante el periodo de internación. Por ejemplo, en algunas instituciones, cuando una persona se acerca a realizar una consulta se desarrolla un sistema de *triage*, es decir un sistema para evaluar los síntomas y así clasificar los casos sospechosos de COVID respecto a otro tipo de problemáticas. Este mecanismo de evaluación suele encontrarse a cargo del personal de enfermería. En función de una primera clasificación, se ponen en marcha distintos dispositivos de atención según las necesidades y gravedad del paciente y los recursos disponibles, por ejemplo, se indica la realización de un hisopado para confirmar o descartar un caso con síntomas compatibles de COVID-19, para, finalmente, derivarlo al sector correspondiente.

Una vez que la persona ingresa a la clínica, si bien existen diferencias según el servicio y las características de los pacientes, podemos mencionar una serie de tareas



asistenciales que realizan las/os enfermeras/s para todas las personas internadas durante su jornada laboral. Los horarios de trabajo en el subsector privado, se organizan mediante turnos de ocho horas diarias (mañana de 6 a 14 Hs, tarde de 14 a 22 Hs y noche de 22 a 6 Hs). Generalmente, cuentan con entre seis o siete francos mensuales, de carácter rotativo que solo en algunas oportunidades se transforman en 48 horas seguidas de descanso o coinciden con el fin de semana. En los distintos turnos, los/as enfermeros/as se encargan de preparar y suministrar la medicación según las indicaciones brindadas por los profesionales médicos para cada paciente. Generalmente se medica cada ocho o doce horas, en horarios acordados previamente. Todas estas indicaciones deben “*pasarse*” al reporte diario de enfermería. El “*report*” es una herramienta fundamental para la comunicación entre los distintos turnos. También existen horarios establecidos para desayuno, almuerzo, merienda y cena. En diversos momentos del día, según las necesidades de cada persona y la evaluación que realizan las/os enfermeras/os de cada turno, se controlan los sueros, se colocan o cambian las sondas, se revisan las vías, se controla el oxígeno en el caso de los pacientes con cuadros de mayor complejidad. Al ingresar a las habitaciones, las/os enfermeras/os también realizan una serie de tareas de cuidado vinculadas a la “*higiene y el confort*” de las personas internadas, por ejemplo, asistencia para orinar o defecar, retiro de deyecciones, cambio de ropa de cama, aseo asistido, entre otras prácticas de cuidado.

Ahora bien, debido a la pandemia, las formas y momentos para realizar este tipo de prácticas se vieron modificados. Por ejemplo, en sectores de internación de baja complejidad, no era común el uso de elementos de protección personal específicos para la atención de los pacientes. Durante la emergencia sanitaria, a la utilización de camisolines, barbijos y antiparras durante toda la jornada también se sumó la implementación de otros equipos de mayor complejidad que deben colocarse cuando se tiene contacto con pacientes COVID positivo o casos sospechosos (barbijos N95, camisolines hidro repelentes, máscaras, guantes, etc.). Por su parte, las prácticas de higiene también se vieron fortalecidas, por ejemplo, se colocaron *dispenser* con alcohol en gel y se reforzó el lavado de manos. De esta forma, cada vez que las/os enfermeras/os ingresan o salen de una habitación o sector específico deben “*vestirse*” y “*desvestirse*”, es decir cambiarse de ropa, colocarse los elementos de protección



personal apropiados, higienizar sus manos, desinfectar las superficies de contacto y descartar los insumos utilizados en recipientes específicos, tal como nos relata Daniela:

E: ¿Cómo se organizaron los equipos de trabajo para prevenir los contagios?

D: Por ejemplo, en el área COVID, en cada puerta de cada habitación hay una mesita con guantes, alcohol, soluciones fisiológicas, descartadores. En la puerta de la habitación hay un descartador. O sea, nosotros nos vestimos en el pasillo y bueno, cuando entras a controlar, a medicar o lo que tenga que hacerse al paciente, a la hora que te retiras, en ese tacho de basura te desvestes, tiras todo, te desinfectas en la puerta donde digo que está la mesita. Y bueno, ya nos desvestimos y entramos al área de enfermería donde hacemos anotaciones. Después estamos ahí preparando medicación. Por ejemplo, preparamos medicación tipo cinco de la tarde. Llega la merienda, ingresamos, nos vestimos de nuevo, le damos la merienda. Si hay pacientes que tenemos que acompañar para que tome la merienda lo hacemos. Después hay unos botoncitos que tiene cada habitación, cada paciente se encarga de llamar. Por ejemplo, nosotros somos dos enfermeros por piso, pero se trata de cubrir. Si falta personal se manda uno más y entre dos o tres nos manejamos. Tenemos generalmente dieciséis pacientes, diecisiete pacientes en piso. (Daniela, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021).

En nuestro trabajo de campo, hallamos que además de los protocolos adoptados por los dueños de las clínicas, los equipos de enfermería también construyeron una serie de acciones para mejorar la organización y la distribución del trabajo cotidiano, con el objetivo de disminuir las complicaciones que surgieron del reacondicionamiento de sectores y la implementación de las nuevas disposiciones. Como señala Daniela, en las distintas habitaciones ubicadas en el área de clínica médica se encuentran internados pacientes COVID positivo y casos sospechosos como así también personas con otras patologías. Por esta razón, las/os enfermeros implementaron una serie de estrategias para organizar mejor su trabajo. Debido a que la atención de COVID-19 implica la utilización de ropa y elementos de protección específicos, intentan optimizar los tiempos y momentos que comparten con este tipo de pacientes. Es decir, cuando ingresan al área COVID realizan de forma simultánea una serie de tareas asistenciales que en otro contexto podrían efectuarse separadamente (medicar, brindar la merienda, controlar los signos vitales, reforzar la higiene, etc.). Además, Daniela y sus



compañeras/os también tomaron decisiones respecto a la organización de su sector. En este caso, realizaron modificaciones en la distribución de las habitaciones, con el fin mejorar el aislamiento y así evitar posibles contagios entre pacientes COVID y no COVID.

E: Como personal de enfermería ¿participaron de las decisiones? ¿Qué me podés contar de esto? ¿Se sintieron tenidos en cuenta en el proceso de decisiones?

D: Al principio no porque eso lo manejan los coordinadores. Todos los de arriba, pero con el transcurso del cambio, nosotros vamos viendo que se necesitaba a la hora de trabajar. De qué manera podríamos estar organizándonos. Por ahí se necesitaba un tacho más de basura, nosotros comunicamos eso. Por ejemplo, otra cosa que hacíamos, ponele que de la habitación 206 al 210 son sospecha, 211 y 212, son negativos y del 214 son positivos. Entonces nosotros lo que hacemos es cambiar a esos que eran un negativo, cambiarlos al 206 para que no estén en esa área porque tratamos de mantener esa área que digo. Del 206 para allá todos lo que son COVID y los otros apartados. Siempre tratamos de hacer eso nosotros. No juntarlos. Y bueno, eso comunicamos nosotros. Ya con eso también se organizaban. (Daniela, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021).

Las acciones para mejorar la organización cotidiana de las tareas de cuidado tienen como objetivo disminuir el riesgo de contagio entre los pacientes y también generar sistemas de atención que los ayuden a protegerse y proteger a sus compañeras/os de trabajo. En este punto, encontramos diferencias entre los establecimientos bajo estudio: si en algunas clínicas los coordinadores del departamento de enfermería participaron en la implementación de los nuevos protocolos -por ejemplo, en la restructuración de servicios y la organización del área de pacientes respiratorios, en la capacitación en el uso de elementos de protección personal, en la construcción de comités de crisis, etc.- ; en otros espacios los/as enfermeros/as tuvieron que adecuar sus prácticas a las decisiones tomadas “*desde arriba*”, es decir a los lineamientos construidos por quienes ocupan puestos de jefatura o coordinación general. En algunos servicios, las sugerencias que comunicaban los/as enfermeros/as, basadas en la identificación de problemas durante su experiencia cotidiana, eran tomadas por las jefaturas e implementadas en otros sectores. Por el contrario, en otros establecimientos, no se habilitaron instancias de





consulta y/o participación de los/as trabajadores/as y tampoco fue posible realizar sugerencias o modificaciones. Las acciones grupales se desarrollaban entre las/os compañeras/os de un mismo sector y/o turno, sin un aval institucional. En otras clínicas, la adecuación a los nuevos protocolos y la información sobre los procedimientos a realizar fue prácticamente nula. Razón por la cual, fue el propio personal quien se encargó de diseñar e implementar los lineamientos para la atención de pacientes COVID.

L: “Lo organizamos todo nosotros. Nosotros, digo el personal: desde las mucamas, los administrativos, las enfermeras. Hemos sido autodidactas todos. Desde cómo hacer un protocolo, cómo cambiarnos, cómo desvestirnos, porque también todo tiene que ver con eso, cómo atender un paciente, cómo recibir un paciente, todo.” (Luciano, enfermero turno tarde, Clínica Privada, cirugía general, junio 2021)

“M: Nosotros entendíamos y creíamos que el tema de las capacitaciones, el uso correcto del equipo de protección, el manejo de los protocolos y la creación de los protocolos debía estar a cargo de supervisión y no pasó. Nosotros fuimos entre los mismos colegas de la terapia o del sector de internaciones o guardia, fuimos leyendo, armando. La infectóloga armó un protocolo, hicimos algunas charlas en la terapia intensiva de cómo manejar el paciente cuando ingresa, el tema de la intubación, los equipos de protección, pero fue más iniciativa nuestra que de la Institución.

E: A partir de estas cuestiones que estás diciendo ¿surgieron nuevos roles? ¿Nuevos cargos? ¿Ya sea enfermería o el personal jerárquico se mantuvo igual?

M: Sigue igual, como que se armaron referentes en los turnos a lo cual los enfermeros de ahí acuden por cualquier consulta. Sin ser reconocidos como referentes por la institución. O sea, los mismos pares que tomamos como referentes a determinadas personas.” (Marcos, enfermero turno tarde, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

En este sentido, las/os enfermeras/os del sector COVID, pero también de cirugía o terapia intensiva, necesariamente se encuentran en contacto cercano con pacientes, lo cual hace que se encuentren más expuestos a infectarse del virus<sup>12</sup>. El riesgo aumenta

---

<sup>12</sup> Cabe señalar que en septiembre del 2020 se reglamentó el “Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de Coronavirus COVID-19” que declara prioritaria la protección de la vida y la



cuando existen deficiencias en los protocolos de atención y en la provisión de elementos de protección personal adecuados. En algunas clínicas privadas, ante la falta de iniciativas de los empleadores y supervisores, los/as trabajadores/as se organizaron para sobrellevar estas falencias: a partir de sus propios saberes y trayectorias formativas crearon protocolos de atención, generaron instancias de capacitación sobre el uso de elementos de protección y aparatología para el tratamiento de cuadros respiratorios de gravedad, construyeron referentes por turno y sector a quienes consultar ante dudas específicas, entre otras medidas. Estas acciones permitieron mejorar los protocolos de atención frente a una situación de gran incertidumbre donde no sólo estaba en riesgo la salud de los pacientes sino también la propia, la de sus compañeras/os y la de los familiares con quienes conviven.

A su vez, otra forma de protección entre las/os enfermeras/os consistió en disminuir los momentos de contacto directo con las personas internadas o aisladas. Grupalmente las/os trabajadores/as de enfermería -ya sea de un mismo o de diferentes turnos y sectores – se organizaron para distribuir de forma más equitativa las tareas, por un lado, las acciones de cuidado que implican “*ingresar*” al área COVID (a realizar control de signos vitales, suministrar la medicación, higienizar, etc.) y, por otro, las labores que pueden realizarse en el *office*<sup>13</sup> de enfermería (por ejemplo, completar el “*report*”, preparar la medicación antes de ingresar etc.).

E: ¿Con tus compañeras se organizan para ver quién entra a la sala COVID o para resguardarse un poco entre ustedes?

J: Sí, cuando son pocos pacientes como ahora que son quince, y somos dos chicas, generalmente una hace la medicación y la otra va a hacer los signos vitales. Entonces la que hace medicación va y le deja en la mesita de la entrada, sin entrar, la medicación. Automáticamente la otra sale, aplica la medicación, mete la merienda y sale. La otra se queda haciendo todo lo que es más administrativo, pasando las cosas en la carpeta, y todas esas cosas. Pero bueno cuando hay muchos pacientes, si o si tenemos que entrar

---

salud de los/as trabajadores/as que se desempeñan en establecimientos de salud de gestión pública o privada. La Ley Nacional N°27548 que contiene el programa fue denominada "Ley Silvio" en homenaje a Silvio Cufre, enfermero que falleció a causa del virus.

<sup>13</sup> El office de enfermería es un espacio destinado al depósito de medicamentos y materiales de uso diario, donde las/os enfermeras/os organizan su trabajo cotidiano.



las dos porque no llegamos con la hora. (Jésica, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021)

Como señala Jésica, en los momentos más álgidos de la pandemia estas estrategias no pudieron desarrollarse puesto que la escasez de personal en relación con el número de pacientes internados derivó en una intensificación de las tareas que realizan. Como veremos a continuación, la reducción de la cantidad de trabajadores/as contratados en relación con el número de personal que efectivamente se necesita para garantizar los cuidados del sector, puede ser catalogada como un mecanismo que utilizan los empresarios para reducir costos e incrementar sus ganancias a costa de sobrecargar a las/os enfermeras/os. Situación que se evidenció con mayor profundidad durante la emergencia sanitaria.

*c. ¿Nuevos problemas? Escasez de personal de enfermería, sistemas de rotación e intensificación del trabajo durante la pandemia*

Pese al contexto de emergencia sanitaria, y a diferencia de lo que ocurrió en muchos efectores públicos provinciales donde se incorporó personal mediante becas, buena parte de las clínicas privadas de la ciudad no contrataron más trabajadores/as para reforzar la nómina de personal disponible o bien reemplazar a aquellas/os enfermeras/os que tomaron licencias para grupos en riesgo o se infectaban de COVID en el marco de sus tareas.

“E- ¿Por la pandemia sumaron gente?”

A: No, ya había obviamente compañeras que fueron renunciando y siempre nos decían que el sanatorio estaba en quiebra viste, cositas... y nunca recuperaron ese personal que se fue, y ahora con el tema de la pandemia no van a volver a contratar a nadie porque se arreglan con lo que tienen, en las vacaciones fue así, había compañeros que hacían 16 horas”. (Adriana, enfermera turno noche, Clínica Privada, sector COVID, septiembre 2020)

“J: Lo que sí, últimamente está habiendo muchos pacientes y poco personal. Cuando comenzó todo esto, en junio, julio más o menos que allá en la clínica fue que explotó, llegaron a ser veintidós pacientes y solamente dos enfermeras (...) Fue terrible. No teníamos descanso. Y más que muchas compañeras infectadas. Yo también me infecté,



así que era una cosa que tomaban chicas, pero viste uno no entra sabiendo. Necesita su período de adaptación, todos necesitamos (...) En la clínica constantemente se rotan las enfermeras, el personal porque somos pocas. Por ejemplo, yo mañana trabajo por la tarde. (Jésica, enfermera rotante, Clínica Privada, sector COVID y clínica médica, junio 2021)

Las/os enfermeras/os entonces experimentaron situaciones de sobrecarga laboral producto del déficit entre la cantidad de personal disponible y el número de pacientes que debían cuidar. Esta situación no es novedosa, pero se profundizó durante la pandemia puesto que, como señalamos anteriormente, los tiempos y las tareas se intensificaron considerablemente, aumentó el cansancio, se redujeron los tiempos de recuperación, creció el temor y la angustia, y surgieron problemas de salud entre las/os propias/os trabajadores/as.

Para comprender la situación de la enfermería en el subsector privado, no debemos perder de vista que, a diferencia de lo que sucede en hospitales públicos donde la salud se configura como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, en las clínicas entran en juego lógicas propias del empleo privado. Es decir, el empleador no es una entidad abstracta sino una persona o grupo de personas que integran los directorios de las instituciones, en tanto empresas privadas. Los dueños de las clínicas contratan a sus trabajadores/as a cambio de un salario para brindar un servicio pago, donde las personas además de pacientes también son clientes. De esta forma, los empresarios del sector asistencial suelen implementar diversos mecanismos para elevar sus ganancias y reducir los costos: retraso en el pago de salarios del personal; cese en el pago de otras bonificaciones; no incorporación de nuevo personal; aumento en el control de los insumos utilizados, etc.

En este marco, frente a las demandas por la “falta” de enfermeros/as, los empresarios aducen que el sector asistencial se encuentra en “crisis” y, por esta razón, no incorporan personal para reemplazar a quienes renuncian, se jubilan o se encuentran de licencia o vacaciones. Quienes permanecen en la institución deben encargarse entonces de una multiplicidad de tareas para las que se requeriría más personal. Para evitar contratar trabajadoras/es “fijos” por servicio y reducir así los costos laborales, los dueños de las clínicas recurren a dos prácticas extendidas en el subsector privado. Por un lado, suelen



ofrecer a las/os enfermeras/os estables la posibilidad de realizar “horas extras” o “doble turno” por fuera de su horario habitual, lo que se expresa en jornadas laborales que se extienden por 16 horas. Estas horas suelen pagarse de forma no registrada, cuestión que es aceptada por las propias/os trabajadoras/os con el fin de incrementar los ingresos percibidos. Por otro lado, los empresarios contratan personal de manera eventual a través de contratos precarios de unos pocos meses, para reemplazar a quienes no están disponibles, por ejemplo, porque se encuentran de vacaciones o tienen días de franco. Estas/os enfermeras/os suelen denominarse “*franquistas*” o “*franqueros/as*” y son llamadas/os en momentos puntuales para trabajar en distintos sectores y turnos según se lo requiera. Situación que implica una gran imprevisibilidad tanto en materia de horarios de trabajo como en términos salariales y de continuidad laboral.

A su vez, en muchos establecimientos privados se implementan sistemas de rotación entre el personal de enfermería. Es común encontrar enfermeras/os “*fijas*” por sector/turno y otras/os que “*rotan*” semanal o diariamente según indican los supervisores de recursos humanos. Estas/os últimas/os suelen ser los/as trabajadores/as recientemente contratados y/o las denominadas “*franquistas*”. En este punto, además de la precariedad laboral que representa, esta forma de organización y gestión del personal al interior de las clínicas repercute en el trabajo de enfermería, especialmente durante el contexto de pandemia, como sostiene uno de los enfermeros entrevistados:

M: “En cuanto al personal, se mantuvo la misma gente. Nosotros en enfermería tenemos un problema. En la institución los que son “*franqueros*” o los que no están como titulares en el servicio, nosotros les decimos que pasean por todos lados. Si no están en terapia los mandan a unidad coronaria sino los mandan a piso y si no los mandan a la guardia. Nosotros lo que le pedimos a la supervisión es que la gente que venía a cubrir a terapia la mantuvieran fija. Porque por ahí, venía un enfermero y a los dos días estaba en otro servicio y mandaban a otra persona. Nosotros lo que le pedimos era que a esa persona la dejen hasta que tenga franco y que no ande por toda la clínica. También hablamos con infectología porque si se contagia en terapia y anda desparramando el virus para todos lados y vos después necesitas más que nada ahora que no te podés comunicar bien por los equipos que tenés puesto. A veces con una mirada, si ya te conoces trabajando o a veces sin mirarte, cada uno hace sus cosas, sabe lo que tiene que hacer es mucho más rápido y más seguro. En cambio, si todo el tiempo estás



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO

CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL TRABAJO

LXS TRABAJADORXS, LA PRODUCCIÓN Y LA REPRODUCCIÓN DE LA VIDA SOCIAL EN CRISIS.

Cambios y persistencias en un contexto de pandemia

Buenos Aires, 1 al 3 de diciembre de 2021

cambiando de compañero, lo que planteamos es que te tenés que empezar a conocer. Eso nos parecía un riesgo innecesario para poder contagiarnos. (Marcos, enfermero turno tarde, Clínica Privada, Terapia Intensiva, mayo 2021).

Marcos señala dos problemáticas vinculadas con los sistemas de rotación del personal de enfermería durante crisis sanitaria. Por un lado, el cambio permanente de alguno de los integrantes del equipo dificulta la posibilidad de formar grupos de trabajo estables, es decir que se conozcan en mayor profundidad y realicen las tareas del servicio de forma coordinada. Las labores de enfermería, especialmente en áreas de cuidados críticos como es la terapia intensiva, implican permanecer muy atentos a la evolución de los pacientes, al funcionamiento de la aparatología, a las señales y los sonidos de las máquinas que controlan los signos vitales, a la vigilancia de monitores, respiradores y oxígeno; incluso se requiere de acciones rápidas y ordenadas puesto que los pacientes revisten mayor gravedad y su estado de salud puede cambiar rápidamente. En este sentido, el trabajo en el sector requiere de una gran comunicación e interdependencia entre compañeros/as. Marcos advierte que la posibilidad de mejorar estos aspectos, en tanto cuestiones centrales del cuidado de pacientes críticos, se vincula con el hecho de “conocer” al compañero/a de trabajo, comunicarse rápidamente e incluso poder interactuar sin “mirarse”. En este sentido, durante la pandemia, el diálogo y la interacción entre las/os trabajadoras/os se vio dificultada por el uso de elementos de protección personal que cubren buena parte del cuerpo, las expresiones y los gestos que realizan las personas. En este escenario, la experiencia del trabajo conjunto es registrada por las/os enfermeras/os como un elemento que permite sobrellevar esta dificultad y disminuir los conflictos que pueden surgir entre los integrantes del servicio. Por otro lado, la rotación por los distintos sectores de la clínica también es evaluada como un “riesgo” por los/as enfermeras/os puesto que aumenta la posibilidad de contagio entre el personal. En una situación de emergencia, donde se recomendaba reducir el contacto y conformar “burbujas” entre los mismos trabajadores/as para cuidar su salud y garantizar la atención ante el aumento de los casos, los cambios permanentes entre los integrantes del servicio eran percibido como un “riesgo innecesario” por los propios/as trabajadores/as.



Frente a esta problemática, las/os enfermeras/os no se mantuvieron al margen, sino que tomaron una serie de decisiones para mejorar la organización de sus tareas. Por ejemplo, se estableció que la o el enfermera/o rotante, es decir quien no estuviese “*siempre en la terapia*” no intervenga en aquellos procedimientos que involucraban la atención de pacientes COVID positivo. Sus intervenciones se limitaron entonces a realizar tareas que no requerían del contacto directo con los pacientes, como la preparación de la medicación, completar los reportes, etc. Si bien esta decisión buscaba prevenir posibles contagios y tener más control sobre la organización del trabajo, también implicaba una sobrecarga para los/as enfermeros/as “*fijos*” en el servicio de terapia, quienes manifestaban su malestar respecto a las decisiones tomadas por la supervisión. Ante las falencias en la organización del trabajo y con el objetivo de disminuir el riesgo de contagio entre servicios, algunos trabajadores/as asumieron la responsabilidad de ingresar al sector COVID, situación que eran vivenciada como un aumento de su exposición ante el virus, pero necesaria para mejorar la atención en el servicio y evitar riesgos mayores, por ejemplo, un contagio masivo entre los/as trabajadores/as que dejara a la clínica sin personal disponible en el marco de una emergencia sanitaria.

### **Reflexiones finales**

En el transcurso de estas páginas analizamos las transformaciones e implicancias que tuvo la pandemia en la organización del trabajo al interior de establecimientos privados de salud y, en particular, sobre las tareas de cuidado de pacientes. Para posteriormente, profundizar en las estrategias de afrontamiento que construyeron los/as trabajadores/as de enfermería con el objetivo de sobrellevar los problemas que emergían del cotidiano laboral. En términos teóricos, utilizamos los aportes de la teoría de los riesgos psicosociales y la psicodinámica del trabajo, en sintonía con una perspectiva sociología que permitiese comprender las estrategias desplegadas por los sujetos, pero atendiendo al marco de relaciones sociales en las cuales se desarrollaban.

Señalamos entonces una serie de transformaciones en el proceso laboral de los servicios de salud tales como la creación de nuevos sectores destinados a la atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19; el reacondicionamiento de espacios laborales; la adquisición de nueva aparatología médica; la modificación de los grupos y



las formas de trabajo; la implementación de nuevos protocolos de higiene y seguridad y de atención de pacientes; la realización de nuevas tareas y la intensificación de la presión sobre éstas; la aceleración de ritmos y tiempos de trabajo; la reducción de los tiempos de descanso, la suspensión de licencias y vacaciones. Transformaciones que no solo trastocaron el cotidiano laboral, sino que repercutieron en la salud de los/as trabajadores/as. Es decir, a la posibilidad de infectarse del virus fruto de las características de su trabajo, se sumaron otras problemáticas como el cansancio, el agotamiento, los dolores físicos, los trastornos del sueño, los episodios de angustia, el temor al contagio y a la posibilidad de contagiar a sus seres queridos.

En este marco, planteamos que, entre el personal de salud, las/os enfermeras/os que realizan cuidados asistenciales constituyen uno de los grupos más afectados por las modificaciones que implicó la pandemia. En primer lugar, porque durante las ocho horas que representa su jornada laboral pasan mucho tiempo con las personas internadas puesto que sus tareas implican el contacto y la atención directa de pacientes y, por lo tanto, se encuentran más expuestos a la posibilidad de infectarse del virus. En segundo lugar, debido a que su trabajo se organiza centralmente en torno al cuidado de la salud de un “Otro”, es decir de las personas que ingresan y/o permanecen internadas en los centros de salud. En este sentido, las transformaciones en los servicios de salud durante la pandemia tendieron a modificar las formas de atención y el contacto con los pacientes para prevenir la propagación del virus, aspecto fundamental de la práctica de cuidado en enfermería.

Posteriormente identificamos una serie de problemáticas vinculadas a la organización del trabajo en las clínicas privadas durante la pandemia y las estrategias de afrontamiento implementadas por este grupo laboral. Describimos los cambios respecto a la disposición de los sectores, la creación de nuevas áreas para la atención de COVID-19, las distinciones entre salas para pacientes COVID-19 y no COVID, la incorporación de camas de internación, entre otras modificaciones. Planteamos que, en muchos casos, los/as trabajadores/as se encargaron de realizar mejoras en la distribución de los pacientes y las habitaciones para evitar posibles contagios y optimizar así la organización de sus tareas. La creación de sectores y las modificaciones en la distribución espacial de los servicios fue acompañada por la introducción de nuevos





protocolos de higiene y seguridad y de atención de pacientes. En este marco, las/os enfermeras/os desarrollaron una serie de estrategias para limitar el tiempo de contacto con los casos sospechosos o pacientes positivos de COVID y maximizar el tiempo de permanencia en las habitaciones donde debían utilizar elementos de protección específicos. En muchas clínicas, la implementación de dichos lineamientos fue deficiente, por lo cual los/as enfermeras/os crearon sus propios protocolos de atención, generaron instancias de capacitación sobre el uso de elementos de protección personal y nueva aparatología y construyeron referentes por sector a quienes consultar. Estas estrategias no solo permitían reducir el contagio entre pacientes sino también protegerse a sí mismos y a los familiares con quienes convivían.

A su vez, hallamos que muchas de estas acciones encontraban su límite en falencias previas, por ejemplo, debido a la escasez de personal y a los sistemas de rotación implementados por los directivos de las clínicas. En este sentido, no representaba una novedad que los empresarios buscaran reducir los costos laborales a partir de sobrecargar al personal disponible, ofrecer a las/os enfermeras/os la posibilidad de realizar “doble turno” como forma de compensar los bajos salarios que perciben y contratar trabajadoras/es por periodos cortos de tiempo para “cubrir” francos y/o licencias.

De esta forma, la pandemia representó una transformación sustancial del trabajo y la vida cotidiana de las/enfermeras/os. No obstante, la intensificación que supuso la atención de pacientes en el marco de la crisis sanitaria se solapó con situaciones de precariedad preexistentes que afectan las condiciones laborales de este colectivo desde hace tiempo y que adquieren características particulares en los servicios privados donde la salud se configura como una mercancía para los empresarios del sector.

## **Bibliografía**

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: Entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y sociedad, 28, 11-35.



- Aluzagaray, L., Peiro, M.L. & Santa María, J. (2021). “Informe: La evolución de la pandemia en el Gran La Plata.” Quinto Reporte, Comisión de relevamiento y monitoreo de la emergencia sanitaria en el Gran La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo. RELET - Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, 14(22), 137-156.
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? Mientras Tanto, (82), 43-70.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandis.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, (2020). “Relevamiento de la situación en La Plata, Berisso y Ensenada. Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia”, Universidad Nacional de La Plata. <https://unlp.edu.ar/frontend/media/97/33297/2b1bbb21afb612c25f8e6ae5514af56a.pdf>
- Faccia, K. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En C. Biernat, J. M. Cerdá, & K. Ramacciotti, La salud pública y la enfermería en la Argentina (pp. 315-333). UNQ.
- Gollac, M. (Dir) (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. París: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- Malleville, S., & Busso, M. (2020). “Malabaristas de la Pandemia”. Nación Trabajadora. <https://lanaciontrabajadora.com/ensayo/enfermerxs/>
- Malleville, S., & Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), 59, Article 59. <https://aset.org.ar/ojs/revista/article/view/73>
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: Algunos determinantes político-institucionales. Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), 49.
- Molinier, P. (2012). *El trabajo de cuidado y la subalternidad*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Neffa, J. C. (1989). ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva. Buenos Aires: Área de Estudio e Investigación en



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO

CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL TRABAJO

**LXS TRABAJADORXS, LA PRODUCCIÓN Y LA REPRODUCCIÓN DE LA VIDA SOCIAL EN CRISIS.**

**Cambios y persistencias en un contexto de pandemia**

Buenos Aires, 1 al 3 de diciembre de 2021

Ciencias sociales del Trabajo, Centro de Estudios e Investigaciones laborales, CREDAL - CNRS / Humanitas.

Neffa, J.C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Buenos Aires: CEIL/CONICET/FCE-UNLP/CITRA.

Neffa J. C. (2019) *¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?* Buenos Aires: CEIL libros/Proyectos.

Ortega, J. (2019). Trabajos de(s)cuidados: Reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social, 19(3), 2333-2333. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2333>

Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. Salud colectiva, 12(2), 221-238. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>