



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO

**CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL TRABAJO**  
**NUEVOS Y VIEJOS DESAFÍOS PARA LOS TRABAJADORES EN AMÉRICA LATINA.**  
**Escenario regional, reformas laborales y conflictos**

Buenos Aires, 2 al 4 de agosto de 2023

**16° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo- ASET**

**Grupo Temático N°10:** Condiciones y medio ambiente de trabajo. Salud y calidad de vida de los trabajadores.

**Título de la ponencia:** Acción colectiva y salud laboral: experiencias, aprendizajes y reflexiones de trabajadores tras la pandemia.

**Autor/a:** María Alejandra Wagner, Betiana Eguilior, Valeria Caso y Cynthia Ramacciotti.

**E-mail:** alejandra.wagner.2018@gmail.com

**Pertenencia Institucional:** IETSyS, Facultad de Trabajo Social.

**Resumen:**

El tránsito por la pandemia sin que colapse el sistema sanitario se dio en parte por la celeridad y complementariedad de medidas adoptadas, una fuerte inversión en recursos e infraestructura, pero también y fundamentalmente por la fuerza laboral que permitió configurar estrategias basadas en un *saber hacer* en salud. Entendemos que se trata de un potencial enorme, que habitualmente no es reconocido como tal, ni incorporado formalmente y/o jerarquizado desde las instituciones y la política pública. Consideramos que recuperar, visibilizar y poner en valor herramientas, espacios y estrategias de intervención creadas e implementadas por equipos de salud hospitalarios en situación de emergencia sanitaria, puede redundar en aportes concretos para reconocer y prevenir Riesgos Psicosociales de Trabajo (RPST) desde los saberes y trayectorias de los propios colectivos de trabajo, organizaciones gremiales e instituciones.

La línea de investigación que venimos desarrollando durante los últimos cinco años, recupera las voces de trabajadoras y trabajadores de salud de hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata, proponiendo una caracterización de la situación actual, que contribuya en la discusión de agendas relacionadas a condiciones laborales, salud y derechos. Considerando las particularidades de nuestro foco de atención, en términos metodológicos asignamos especial protagonismo a las técnicas cualitativas, realizando entrevistas semi estructuradas a jefas/es de servicio y equipos creadores y/o responsables de la implementación de protocolos y estrategias orientadas a atender necesidades de trabajadoras y trabajadores de salud durante la emergencia. Tales hallazgos se complementan con la selección, análisis y clasificación de información secundaria relativa a normativas, protocolos y debates públicos.

Las exigencias extremas que impuso la emergencia sanitaria por pandemia, las jornadas extenuantes, el contacto permanente con la muerte de pacientes, familiares y pares; la tensión ante la exposición al riesgo de contagio, los vaivenes de las normativas, produjeron no solo angustia, tensión y sufrimiento, afectando distintas dimensiones de los RPST; sino que echaron a andar novedosas y creativas formas de acompañamiento, organización y cuidado entre y desde los trabajadores. Algunas de estas propuestas fueron implementadas a partir de

líneas de política pública y programas creados para estos fines en tiempos de pandemia; otras fueron impulsadas por las organizaciones sindicales; y algunas, menos difundidas, quedaron como experiencias de equipos de trabajo, sostenidas en la intimidad de servicios y áreas de apoyo.

El objetivo de esta ponencia consiste en reflexionar sobre particularidades, persistencia y perdurabilidad de estas estrategias de (re)organización de los procesos de trabajo, políticas y prácticas de cuidado emergidas desde y entre trabajadores; así como contribuir en la discusión sobre agendas pendientes en materia de salud y derechos laborales en Argentina.

**Palabras Claves:** Derechos laborales y salud, Acción Colectiva, Estrategias de afrontamiento.

## **1. La perspectiva de RPST en el análisis y comprensión de los procesos de salud/enfermedad en contextos de precarización laboral.**

La línea de investigación en la cual esta ponencia se inscribe, sitúa al trabajo en el centro de atención y análisis. Nuestras indagaciones y lecturas refieren a las características que asume el trabajo en el devenir histórico, las legislaciones y políticas que lo regulan y organizan, los conflictos que se generan en torno a él en las sociedades contemporáneas y los debates que fueron dando hacia el interior de las ciencias sociales, buscando conocer y comprender las implicancias que tiene el mismo, tanto para las personas que lo ejercen como para los colectivos de trabajadoras y trabajadores, y la vida social en general (Neffa, 2015, 2020).

El trabajo es un derecho humano fundamental, constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social (Spinelli y ot, 2012), y organiza el cotidiano. Asimismo, el trabajo cumple una función clave en los procesos de producción-reproducción de la vida social. No obstante, así como puede desarrollarse como espacio para la creación y realización de quienes lo ejercen en condiciones dignas y seguras, también fue y sigue siendo fuente de injusticias, accidentes y sufrimientos que pueden comprometer la salud de los trabajadores (llegando incluso hasta costarle la vida).

Como mencionamos al inicio, nuestra investigación asigna centralidad al conocimiento de aquellos aspectos de la salud laboral que han permanecido más invisibilizados para las corrientes tradicionales en los estudios del campo. Nuestros ejes de indagación refieren a la perspectiva de Riesgos Psicosociales del Trabajo (RPST), es decir, características y formas de organización de la actividad laboral que pueden devenir en conflictos, dolencias y/o padecimientos a las que no pocas veces se les niega o devalúa la relación con aquella. Incluso en los incipientes casos en los que se asume y explicita alguna relación entre el trabajo y el padecimiento, han prevalecido lecturas que individualizan la cuestión, generando

explicaciones y diagnósticos que depositan las causas en la personalidad del sujeto portador del ‘problema’, en sus fragilidades psíquicas o tendencias propias de su trayectoria de vida (no pocas veces, estos reduccionismos y/o sesgos analíticos operan en perjuicio del afectado o afectada, a quien se aísla, traslada o deriva para que ‘se trate’).

Con esto no pretendemos subestimar o negar los componentes subjetivos de las situaciones en análisis, sino dejar planteado que las mismas revisten niveles de complejidad que exigen desplegar abordajes interdisciplinarios e integrales, sin desarticular de la trama al espacio laboral y las dimensiones materiales, relacionales y simbólicas que allí se despliegan.

El proceso de trabajo moviliza a los sujetos en su totalidad (Spinelli y ot, 2012): en cuerpo, en intelecto, en emociones diversas; los trabajadores ponen a prueba allí su capacidad relacional y resolutive, entre otras. En el caso particular de los trabajadores de salud, aun antes de la irrupción de la pandemia, la labor en servicios hospitalarios redundaba en niveles de exigencia por demás significativos, dado que se trata de organizaciones que funcionan las 24 hs., durante los 365 días del año, y están integradas por personas que trabajan con personas. A su vez, dicha labor debe lidiar con procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), que no son ni lineales ni necesariamente idénticos entre los sujetos que asiste; situaciones que exigen poner en juego conocimientos y tecnologías cambiantes; y que no se agotan en las prácticas y discursos de los propios trabajadores, sino también en las necesidades, entendimientos y emociones de quienes vivencian tales circunstancias (Merhy, 2006). A lo que se agrega la interacción con referentes inmediatos, entornos familiares y/o lazos de cuidado.

En materia de conocimientos vinculados al mundo del trabajo en salud, en años recientes se viene insistiendo en la necesidad de articular con otros marcos, saberes y perspectivas, entre las que destacan los vaivenes de las políticas del sector (las marcas del neoliberalismo en salud), las marchas y contramarchas en materia de derechos laborales, las cuestiones de género y diversidades, el impacto de las violencias y acosos, la relevancia de lo relacional en los actos de cuidado, las particularidades que imprimen a la tarea la ampliación de derechos de pacientes y usuaries, etc.

En las últimas décadas son cada vez más los estudios que dan cuenta de las exigencias del trabajo en salud, registrando padecimientos tales como estrés, consumo problemático, depresión, etc. (Spinelli, 2012; Neffa, 2015).

Por otra parte, no es posible analizar condiciones laborales y padecimientos en el colectivo de salud, sin contemplar la situación del país y del mundo del trabajo en ocasión de desarrollarse la pandemia mundial por coronavirus. En marzo de 2020 el gobierno argentino se encontraba

en un momento de fragilidad económica y social (Ernest y Mourelo, OIT, 2020), frente a la necesidad de renegociar la deuda pública, con crecimiento económico negativo y altos niveles de inflación con variación interanual del 50,3 por ciento registrada en febrero de 2020 (INDEC, 2020). Como consecuencia, con un mercado de trabajo fuertemente debilitado, con tasa de desempleo alta, incremento de informalidad de la economía y gran parte de la población con empleo precario.

Si bien al inicio se registraron cifras de mayor afectación de trabajadores varones con el avance de las medidas frente al covid-19, se describe la mayor carga en las mujeres, dado su sobrerepresentación en actividades profesionales en servicios y porque ellas continúan asumiendo en mayor parte las responsabilidades de cuidados familiares (Ernest y Mourelo, OIT, 2020).

En el caso puntual de salud, los trabajadores del sector –mayoritariamente mujeres–, ya exhibían condiciones de vulnerabilidad antes de la crisis, con preponderancia de pluriempleo y marcadas desigualdades hacia el interior de un sistema profundamente fragmentado (volveremos sobre el tema en el próximo apartado).

Realizada esta primera caracterización del tema, sumando rasgos fundamentales de la coyuntura del país y del sector, proponemos fijar la atención sobre los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) de los/as trabajares/as del sector salud en tiempos de pandemia. Para ello, desplegamos los ejes que organizan dicha perspectiva a modo de preguntas, de modo tal de tener un rápido paneo de las cuestiones abordadas, a saber: ¿Qué implica pensar la intensidad del trabajo en un cotidiano signado por la emergencia y cambios vertiginosos? ¿Cómo se vieron afectados los tiempos que cada trabajador/a empleaba para hacer sus tareas? ¿Cuáles son las exigencias emocionales que cada trabajador/a de un equipo de salud vivenció al desarrollar su actividad laboral en los meses de picos de contagio? ¿Qué grado de autonomía pudo ejercer efectivamente en el desarrollo de su tarea? ¿Cómo transcurrieron las relaciones de trabajo dentro de los equipos y entre los servicios, en este contexto? ¿Qué situaciones protagonizaron al salir del trabajo y volver a tomar contacto con sus afectos y/o redes de relaciones extra laborales?

¿Qué tipos de conflictos éticos y de valores interpelaron a los/as trabajadoras de equipos de salud en momentos críticos? ¿Qué repercusiones produjeron/producen estos conflictos en la subjetividad de cada trabajador/a? ¿Dónde, con quién y/o cómo los procesaron? (si es que existieron: modos, espacios, posibilidades concretas de hacerlo) ¿Qué estrategias se dieron/dan al respecto?

## **2. Breve caracterización de los proyectos de investigación que orientaron nuestras búsquedas y debates.**

Los estudios que dan sustento a las reflexiones e interrogantes aquí presentados surgen de la labor de un equipo de trabajo coordinado por Wagner (IETSyS /FTS) y (Neffa y el IIA/FCE), quienes estuvieron a cargo de dos proyectos de investigación evaluados y acreditados por la UNLP. En primer lugar, se trató de un estudio orientado a identificar y analizar los Riesgos Psicosociales en el Trabajo en servicios hospitalarios del sector privado<sup>1</sup>, cuya labor de campo debió ser modificada, adecuando las herramientas metodológicas previstas en pos de generar condiciones para vincularnos con quienes constituían el principal foco de atención en el contexto de la emergencia sanitaria: los trabajadores de salud. Desde mediados del 2020, realizamos reuniones y entrevistas semiestructuradas con referentes sindicales, funcionarios de salud y trabajadores que se desempeñaban en salas o servicios directamente relacionadas a la atención de personas afectadas por covid-19.

La mayoría de los contactos y entrevistas realizadas durante el año 2020 se realizaron mediante modalidad virtual, con visitas presenciales a la sede gremial y al hospital de referencia en diciembre de ese año. Luego en mayo, junio, septiembre y octubre del año 2021 se realizaron otras rondas de entrevistas presenciales (ocasiones en las cuales, además, tomamos registro de protocolos, observamos la dinámica institucional e identificamos reorganización de espacios y circuitos).

Un rasgo significativo resultó de la composición del propio equipo de investigación, integrado en varios casos por trabajadoras de salud pública con inserciones diversas (efectores de primer y segundo nivel de atención, áreas de gestión, equipos técnicos de programas). Esta singular condición, exigió una primera instancia de socialización de experiencias y vivencias que fuimos abordando internamente, en ocasión de las reuniones de trabajo que sostuvimos periódicamente vía zoom. Estas puestas en común, nos permitieron también evaluar y discutir en torno a la situación de las instituciones de salud de la zona en las distintas etapas de la pandemia, contribuyendo a definir los criterios de oportunidad y alternativas más apropiadas para afrontar la labor de campo.

Pudimos realizar entrevistas grupales a funcionarios del Ministerio de Salud de la Provincia; a dirigentes gremiales del sector; al jefe de personal, al coordinador de

---

<sup>1</sup> Proyecto de Investigación 11/T099 - Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST) en el sector de salud privada: conceptualización, diagnóstico, impactos y estrategias de intervención. Universidad Nacional de La Plata.

enfermería y a delegadas y delegados del hospital donde se concentró la labor de campo más intensa. En segunda instancia contactamos a trabajadoras y trabajadores hospitalarios de los sectores de: Guardia, Sala de Internación de casos covid, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Coronarios y Conmutador. También organizamos un panel de especialistas en el marco del Ciclo de Diálogos promovido por el IETSyS bajo la modalidad virtual, proponiendo el título: *“Cómo cuidamos a quienes cuidan: interpelaciones, derechos y debates sobre el trabajo en salud en tiempos de pandemia”*, sobre el cual volveremos luego para recuperar algunos contenidos.

Cabe aclarar que el 22 de septiembre de 2021 participamos de una ceremonia de homenaje a María P., enfermera fallecida con quien teníamos previsto concretar una entrevista por aquellos días, dado que se desempeñaba como enfermera de la UTI y había manifestado especial inquietud en sumarse al estudio (tomamos contacto con su hermana, también ligada al sector, con quien acordamos sostener una entrevista próximamente, a efectos de profundizar el contexto de su caso). Vaya en esta mención de María, nuestro respetuoso y más sentido agradecimiento a todos y cada uno de los trabajadores de salud que perdieron su vida mientras sostenían el cumplimiento de tareas esenciales de cuidado, asegurando condiciones de atención para que la mayoría de la población conservemos la nuestra.

A partir de los hallazgos y discusiones abiertas con el primer estudio, encaramos un segundo estudio titulado: *“Impactos de la pandemia en la salud de trabajadoras/es de servicios hospitalarios de región La Plata, desde la perspectiva de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo: nudos críticos, estrategias de afrontamiento y acción colectiva”* (PID 11/T121, bianual 2022-2023). En este proyecto, en el marco del cual seguimos realizando labor de campo, nos abocamos a revisar los ecos de la pandemia en los procesos de trabajo de quienes se desempeñan fundamentalmente en el sector público de salud, atendiendo tanto las repercusiones que la misma generó (y genera) en el cotidiano laboral y en la propia salud de las y los trabajadores; como así también la diversidad de acciones -individuales y colectivas-, que muchas/os de ellos fueron construyendo al respecto, en términos instituyentes, abriendo paso a discusiones y replanteos que trascienden la coyuntura crítica de emergencia.

Considerando las particularidades de nuestro foco de atención actual, sostuvimos el protagonismo de las técnicas cualitativas, con preponderancia de entrevistas semi estructuradas a jefas/es de servicio y equipos creadores y/o responsables de la implementación de protocolos y talleres implementados en el sector público. Tales hallazgos están siendo complementados con la selección, análisis y clasificación de información

secundaria (protocolos, normativas de coyuntura, documentos internos); así como con el procesamiento de datos cuantitativos referidos a alcances y coberturas de las prácticas novedosas desplegadas.

### **3. El sistema de salud en jaque: situación previa del sector y primeras medidas de política sanitaria frente a la emergencia.**

Podríamos partir de la acepción de que ningún sistema de salud estaba totalmente preparado para atender a un tipo de epidemia como la que vivimos a nivel mundial. Ni aun los países con mayores posibilidades y disponibilidades de infraestructura, capacidad de inversión y desarrollos tecnológicos, lograron eludir todo tipo de impactos derivados de los vaivenes del virus (en varios casos quedaron expuestas con crudeza, tanto la convicción de entender a la salud en términos de mercancía, como las desigualdades de acceso y la naturalización de cantidades de muertes evitables, que en algunos países treparon a cifras altísimas).

Otra cuestión que es indispensable poner de relieve en relación al sistema de salud argentino, refiere a las gravísimas secuelas que han producido en él desde finales de la década del 80, al sufrir la embestida de las políticas de corte neoliberal (Caso, 2021). Mediante el ejercicio de la memoria, queremos tenerlas presentes, dado los debates que se reinstalaron recientemente en relación al tema. Recordar dichas políticas y dimensionar sus implicancias, constituyen potentes motivos para pensar hoy, en el medio de una pandemia sin precedentes, cuál es el sistema de salud que el pueblo y sus trabajadores necesitan, y por qué resulta inadmisibles seguir postergando indefinidamente su discusión y tratamiento (no sólo ya por lo que se pierde, en términos de dimensiones a transformar y mejorar; sino por los intereses corporativos y los negocios que se diversifican y sofistican en el mercado de salud, a escala transnacional).

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

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

En cuanto a estructura, Argentina cuenta con 25.751 establecimientos de salud (40% son públicos), la mitad de los cuales se encuentra en la región Centro del país. Del total de los

establecimientos de salud del país, el tipo más frecuente es el establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT), que supera la mitad del total (55,8%). Luego se encuentra el establecimiento con internación general (ESCIG) y, en tercer lugar, el establecimiento de diagnóstico sin internación (ESSID). La mayor cantidad de camas está en la región Centro, que cuenta con el 74% del total del país (Belardo, M 2020).

Con respecto al panorama político-económico que venía afrontando el sistema de salud en años recientes, queremos destacar los agravantes que le imprimió el gobierno de la coalición Cambiemos (Presidencia de Mauricio Macri 2015-2019), período en el que, además de profundizarse el deterioro de indicadores económicos (Ernest y Mourelo, 2020), fueron transferidas enormes partidas presupuestarias desde el sector público al sector privado, produciendo el desfinanciamiento sostenido del sistema público en general, y del sector de salud en particular. El Decreto 801/18<sup>2</sup> mediante el cual el gobierno a cargo de Mauricio Macri, formalizó el pase de once Ministerios a Secretarías, incluía a la cartera de Salud. En hechos concretos, con ese movimiento el presupuesto total del Ministerio de Salud sufrió un recorte de casi 10.000 millones con respecto al año anterior (reorientados al pago de deuda pública, según declaraciones de sus responsables), sufriendo además porcentajes de subejecución relevantes en distintas áreas.

En lo que respecta a la situación de la fuerza laboral del sector (Belardo, 2020), el plantel de trabajadoras y trabajadores del país se componía de 172.502 médicos/as o sea 3,9 cada mil habitantes. Si bien podríamos decir que la relación de profesionales médicos/as por habitante, podía considerarse adecuada, presentaba el problema de desigual distribución, dado que el 74 % de los mismos se encontraba trabajando en la región centro del país (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe). Por su parte, el personal de enfermería contabilizaba un total de 192.829, lo cual en relación con la población del país representaba 4,4 enfermeras/os cada mil habitantes considerando los tres niveles de formación (licenciatura, tecnicatura y auxiliares) Cabe aclarar que la emergencia sanitaria puso en el centro de la discusión la visibilidad y registro de otros grupos de trabajadores vinculados a servicios o áreas de apoyo en salud, quedando en evidencia que sin el accionar de este personal, hubiera sido imposible sostener tareas sustantivas para la pandemia, nos referimos al caso de: administrativos, laboratorio, diagnóstico por imágenes, personal de cocina, limpieza, mucamas/os, traslados camilla/ambulancia, mantenimiento, estadística, cómputos, etc. Otros perfiles especialmente requeridos en esta coyuntura, contando con escasa o nula inserción en la mayoría de las

---

<sup>2</sup> Decreto 801/18 <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/314078/norma.htm>

instituciones públicas y privadas antes de la pandemia, fueron kinesiólogas/os y equipos asociados a servicios de rehabilitación, así como personal abocado al cuidado de personas con discapacidad o padecimientos mentales, quienes requerían asistencias personalizadas en su tránsito por servicios de internación (para asistirlos en alimentación, acompañamiento, comunicación accesible, etc.).

A contra reloj, se desplegaron medidas y se pusieron en marcha cientos de adecuaciones, tanto desde el gobierno nacional como desde los diferentes ministerios de salud de las provincias y las estructuras jerárquicas hospitalares y clínicas. Desde marzo del año 2020, a través de un decreto único de necesidad y urgencia (DNU), se estableció la suspensión temporaria de las licencias a todos/as los/as trabajadores/as. Al mismo tiempo se inició la distribución paulatina de equipos de protección personal (EPP), con ciertas desigualdades en cuanto diferencias en el tipo de provisión garantizada por el sector público y el privado, desfasajes y demoras ocasionadas por problemas de logística para disponer con material oportuno y suficiente en todo el territorio; diversidad de calidad y adecuación de los equipos provistos, etc.

Ediliciamente se avanzó con la división de los hospitales/clínicas organizando sectores limpios (áreas libres de covid) y sectores febriles (áreas covid); se dividió desde la guardia de atención ambulatoria hasta las salas de internación (Caso, 2021). A medida que la pandemia se manifestaba de diferentes formas (meses en donde parecía aplacar y otros en donde se hizo necesario discutir, por ejemplo, protocolos referidos a la asignación de última cama), se fueron ampliando o replegando medidas.

En términos de incorporación de personal, en el caso de la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, se definió el ingreso a planta permanente de miles de residentes, para reforzar a los equipos de salud; se reforzaron puestos de enfermería y otros, mediante la asignación de becas de contingencia; y se avanzó en la incorporación de profesionales de otros países con trámites de validación de títulos expres; entre otras medidas.

Hacia fines del mes de junio del 2020, en el marco de una reunión promovida por este equipo con un funcionario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (EF0620), nos planteaba el carácter particular de la pandemia, diferenciándola de las catástrofes, en tanto no se enmarcaba en la lógica habitual de un hecho más o menos conocido. Expresaba también que la metáfora bélica, adoptada en diversos espacios y medios, parecía poco adecuada para establecer comparaciones con la situación del momento, reforzando sentimientos y reacciones negativas. Puso de relieve la incertidumbre como constante en todo el proceso,

explicando que los equipos hospitalarios se sintieran inermes, desconcertados, percibiendo que las herramientas que manejaban no eran apropiadas para el escenario de emergencia mundial. Tal como comentamos más arriba, el cotidiano de las tareas, la distribución de espacios y organización de circuitos, así como la gestión de los hospitales se readecuaron rápidamente a los requerimientos necesarios para enfrentar al coronavirus, y eso desencadenó procesos de cambio vertiginosos. A esto se sumaron los primeros contagios horizontales, cuando empezaron a enfermar los equipos de salud, profundizando temores e inseguridades. El funcionario resaltó que -en este contexto- los espacios colectivos de participación colaboraron para mitigar algo del temor y de la angustia preponderantes. Entre los ámbitos que permitieron canalizar y aportar en la organización de respuestas a las demandas y necesidades de las y los trabajadores, trajo a colación la puesta en marcha de los Comités de Crisis en cada hospital (en referencia al sector público). Los mismos estuvieron integrados por autoridades del Ministerio, autoridades y trabajadores de los hospitales y representantes de los sindicatos del sector.

En otro encuentro realizado en julio del 2020, en el que convocamos a un referente la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la provincia de Buenos Aires (CICOP), dialogamos acerca de estos mismos temas. Así tomamos conocimiento de un relevamiento realizado por la CICOP sobre las necesidades de los hospitales provinciales, el cual arrojó que había un faltante de 2500 trabajadoras/es de todas las áreas para completar la plantilla hospitalaria. En este sentido, aclaró que esos números se requerían para sostenerla en funcionamiento con los servicios regulares, *“no para ampliarla”* (EG0720), remarcó el vocero gremial.

Con respecto a la emergencia, aludió la dificultad de contar con los elementos oportunos y suficientes de protección en varias dependencias, la ausencia de protocolos claros masivamente difundidos, los conflictos que se vivieron en torno a las licencias a asignar a grupos de riesgo (tanto personas mayores de 60 años, como aquellos que presentaban enfermedades de base que podían agravar el cuadro), y los crecientes contagios iniciales de los trabajadores, entre otras situaciones que daban cuenta del riesgo que se presentaba a nivel laboral y la presión que esto generaba en el personal. Tal como manifestó, fueron estos elementos los que derivaron en la presión sobre la activación de los comités de crisis, los cuales funcionaron con algunas oscilaciones de frecuencia y/o participación durante la mayor parte de la pandemia.

Tal como pudimos relevar, desde el Estado Nacional y Provincial se generaron Planes y Programas orientados a cuidar al personal sanitario. A mediados del año pasado, mediante la

Resolución 987/2020 se creó el “Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud” - marco de implementación pandemia covid-19” el cual en el eje estratégico 3, referido a Políticas para el Cuidado de los/as trabajadores/as, incorporó como línea de acción disponer una red de apoyo desde salud mental para las y los trabajadores de la salud.

Por otra parte, la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, puso en marcha el programa Cuidar a los que Cuidan, con el objetivo de acompañar a los equipos de salud en su trabajo cotidiano. Este dispositivo surge de observar el impacto subjetivo que la labor en la emergencia sanitaria producía en los trabajadores de la salud, no solo por el aumento de casos de COVID-19 en la provincia sino porque muchas de ellas y ellos podían -al mismo tiempo- encontrarse afectados por situaciones personales ligadas a esta circunstancia (Wagner y Ramacciotti, 2021).

Se conformaron equipos de salud mental dentro de los hospitales para el acompañamiento y contención grupal de los equipos de salud. También se fortalecieron los equipos psico-sociales que dependían de hospitales generales y regiones sanitarias. Además, se brindó atención psicológica individual a trabajadores del sistema de salud en situaciones puntuales o extendidas en el tiempo (cabe aclarar que en nuestra indagación de campo en efectores del sector privado, este tipo de acciones no se hicieron extensivas para sus trabajadores ni se adoptaron alternativas de asistencia al respecto).

De la incipiente experiencia desarrollada en el sector público, recuperamos algunas expresiones que se repetían en los equipos de salud y que se compartieron a partir de un video de circulación interna al que pudimos acceder, en donde se volcaron frases en las que se aludía a la impotencia que generaban las cifras de mortalidad, a las cuales no estaban habituados en sus servicios; a la frustración que esto generaba entre quienes fueron formados para preservar la vida; a la crudeza de enfrentar la muerte en soledad; a las dificultades para ‘despegar’ del trabajo, sufriendo pesadillas que involucraban a la institución y a los pacientes; a la sorpresa al tener a disposición una atención psicológica tras toda una vida de trabajo en la institución, etc.

Tanto la fragilidad de un sistema público de salud que venía en abierto declive por las decisiones del anterior gobierno, como la excepcionalidad de una situación signada por la incertidumbre, configuraron un escenario que puso en evidencia la necesidad de acompañar a quienes cuidan. Si bien el tema de la salud mental como instancia indispensable que ofreciera respuesta al padecimiento de los trabajadores de la salud y a los familiares de las personas fallecidas, constituyó un paso muy importante, de igual manera se torna necesario relevar e

incorporar a la política pública los saberes y las estrategias de cuidados que las y los trabajadores se han dado a lo largo de este tiempo. Se trata de un tiempo de oportunidad, para construir estrategias conjuntas, compartiendo, democratizando los saberes y recuperando las experiencias construidas en y desde los equipos de salud.

En el año 2022 la Subsecretaría de Salud Mental Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública realiza a través de la editorial de la Universidad Nacional de La Plata, una publicación que reúne líneas de política pública en salud mental implementadas durante el tiempo de pandemia. Mediante entrevistas a referentes con distintos niveles de responsabilidad en la gestión, se recuperan dispositivos y programas que se crean y funcionan en el marco de la emergencia sanitaria por Covid 19 en la provincia de Buenos Aires. Entre ellos, el dispositivo Cuidar a los que Cuidan. Allí se ponen de relieve cuestiones que en términos generales se evidencian también, en el desarrollo de las investigaciones en curso. La idea de intensificación de la exigencia laboral mediante la ampliación del horario de trabajo, las medidas de protección preventivas que dificultaban el contacto directo y la cercanía entre personas expuestas a un alto nivel de tensión, produjeron un tiempo y un espacio excepcionales que permitieron que por primera vez, trabajadores de la salud mental ingresaran a acompañar a otras y otros trabajadores/as de la salud en su labor cotidiana. Se trató de una política pública del Estado Provincial que desde una instancia que no provenía del mismo hospital, ofrecía acompañamiento y cuidado en contexto hospitalario. En ese marco de la configuración de espacios de escucha y acompañamiento, empiezan a aparecer en los relatos de los y las trabajadores/as, cuestiones vinculadas a condiciones y organización del trabajo que antecedían a la pandemia y que también eran generadoras de un alto grado de sufrimiento. La fragmentación entre los servicios, que se traslada a la fragmentación entre los equipos, los procesos de formación, las modalidades de guardia, constituyen dinámicas presentes desde hace largo tiempo en el sistema de salud y que en contexto de pandemia contribuyeron a profundizar aún más los padecimientos subjetivos. El tiempo de encuentro y escucha permitió poner en palabras una situación que no siempre lograba identificarse y que al igual que los lugares de poder derivados de las jerarquías disciplinares y profesionales, empezaban a visibilizarse como parte de las culturas institucionales que tenían particular impacto en los vínculos entre trabajadores y en la salud de los/as mismos/as ((J. Calmels, S. Holc, J. Medici Comp. 2022, pag 81-82). Entre otros, fueron estos emergentes los que promovieron la idea de dar continuidad al Cuidar a los que Cuidan ya no sólo como dispositivo de acompañamiento en la emergencia por Covid 19, si no como programa que

abordara el tema de los padecimientos subjetivos derivados de las violencias en contexto hospitalario y como parte de una política institucional en adelante.

En el marco del segundo momento del proyecto de investigación y en un tiempo ya avanzado de post pandemia, se realizaron entrevistas a trabajadores con distintos niveles de responsabilidad en el Programa Cuidar a los que Cuidan; coordinadores provinciales, referentes regionales y duplas de psicólogos/as que trabajaron desde este dispositivo en hospitales públicos provinciales con asiento en la Ciudad de La Plata. En este punto se pueden entonces diferenciar tres niveles, quienes tienen a cargo el diseño e implementación a escala provincial de esta política pública, quienes tienen la responsabilidad de llevar adelante estas líneas de trabajo a nivel regional con responsabilidad directa sobre los equipos conformados y los integrantes de los equipos encargados de los acompañamientos en los hospitales. En un primer acercamiento al material recuperado de esas entrevistas se empiezan a vislumbrar algunas diferencias significativas en los relatos según el lugar de desempeño de los y las entrevistadas/os. Como primer emergente que habrá que profundizar en el análisis de las entrevistas, empieza a evidenciarse que los y las trabajadores/as que cuidan comparte algunas condiciones en la organización del trabajo generadoras de padecimientos subjetivos muy similares a las de aquellos y aquellas a quienes cuidan. Es decir que de la potencia de una política de cuidado impulsada por el Estado y de las limitaciones generadas por algunas condiciones en la organización del trabajo que no se han modificado, empiezan a surgir elementos de análisis que nos permiten situar este tema y esta propuesta en la complejidad del contexto de la pandemia pero también en la del contexto histórico social en la que la labor de los y las trabajadores/as de la salud se continúa desarrollando.

Finalmente, creemos importante dejar planteado que si bien todas estas acciones de contención y acompañamiento resultan valoradas y pertinentes, no saldan *per se* las causalidades que exige abrir la perspectiva de los RPST, dado que existen otras razones relacionadas a los procesos de trabajo y a las formas de organización y relación que se despliegan en las instituciones de salud, que también necesitan atención y planificación, así como espacios participativos para su procesamiento y transformación que siguen siendo una materia pendiente.

En este sentido, en el punto siguiente buscamos dar cuenta de coincidencias en los testimonios recogidos en las entrevistas de trabajadores y trabajadoras del sector privado, con quienes pudimos conversar más detenidamente alrededor de los RPST.

#### **4. La salud laboral de trabajadoras y trabajadores del sector: voces y experiencias de servicios hospitalarios abocados a la atención de pacientes COVID-19:**

Tal como señalábamos al comenzar la ponencia, adoptamos la perspectiva de los RPST porque la misma surgió al calor de los debates internacionales en los que el contenido y la organización del proceso de trabajo fueron analizados e incorporados a las propuestas de intervención, en tanto causas determinantes de los riesgos. Se trata de un enfoque que, además, asume la complejidad de disciplinas y miradas que deben conjugarse en el abordaje del tema, tomando aportes de la ergonomía, la psicodinámica del trabajo, la economía y la sociología del trabajo (Neffa, 2015, 2021).

En tanto mucho de aquello del trabajo humano que aun hoy constituye un enigma, la propuesta de los RPST insiste en la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios de investigación (en ese sentido integramos diferentes trayectorias y Unidades Académicas en este estudio), y en la importancia de apelar a estrategias metodológicas mixtas. Los seis ejes o campos que plantean los RPST, son, a saber: 1) Exigencias e intensidad del trabajo, los riesgos del medio ambiente laboral existente, el tiempo de trabajo y las vivencias y percepciones del impacto que este tiene sobre la salud. 2) El necesario control de las emociones, ya sea para poder realizar la actividad como para poder sostener la labor contemplando las emociones de las personas con las cuales interactúa. 3) La autonomía y el grado de control sobre la ejecución del trabajo. 4) Las relaciones sociales y de trabajo con los colegas, la jerarquía de la empresa u organización, con el exterior de la empresa, y en este caso con los pacientes y sus familiares. 5) Los conflictos éticos y de valores que surgen cuando un trabajador se ve obligado a adoptar actitudes o comportamientos contrarios a sus principios. 6) La estabilidad y la seguridad en la relación salarial (Neffa, 2021)

Pasando a los hallazgos, entre los comunes denominadores que recogimos de las entrevistas realizadas a trabajadores de un efector privado de la ciudad de La Plata (Wagner, Ramacciotti, 2021), listamos coincidencias que además resultan en gran medida compartidas con estudios similares desarrollados al mismo tiempo en efectores similares (Informe de resultados, 2020; Neffa J., 2020; Ramacciotti K., 2021).

Para la organización de los mismos tomamos como base los ejes que propone la perspectiva de los RPST:

- 1) ***Sobre la intensificación del trabajo:*** mayor cantidad de tareas en el mismo tiempo por adopción de protocolos y equipos de protección; alteración de cobertura de

necesidades personales básicas (comer, ir al baño, responder un llamado); sobrecarga de tareas en menos trabajadores por reducción de personal en algunas áreas y/o reasignación de funciones, por incorporación de personal de emergencia con escasa o nula experiencia al que debían entrenar en situación; pérdida o reducción de espacios cotidianos de descanso; sobrecarga por presión de plazos en servicios de laboratorio o estudios complementarios.

- 2) ***Sobre las emociones propias y ajenas en el contexto de ejercer su tarea:*** altos niveles de alerta, dudas e incertidumbre, miedos al contagio propio, de pares y del núcleo afectivo/familiar; desconocimiento de alcances y pertinencia de indicaciones recibidas por disponibilidad de información insuficiente, contradictoria y/ confusa, en mayoría de casos construida oportunamente entre pares (en general, tardía por las vías formales). Incertidumbre frente a cambios ocurridos en la evolución de la pandemia por comunicaciones provenientes de otros países, la oscilación de las curvas de contagios, mutaciones del virus, niveles de letalidad y transformaciones en tiempo real de los procesos de trabajo y terapéuticas. La presión de tener que responder a pleno durante todas las jornadas, en todo momento, con consecuencias incluso letales frente a un error involuntario. Fue significativo que la mayoría de les entrevistades se quebraron al brindar testimonio (sin que esto guardara relación lineal con alguna parte específica del guión). Expresaron estar viviendo especial labilidad, fragilidad a nivel emocional. La totalidad de les entrevistades sufrió trastornos de sueño, muestran señales de cansancio que manifiestan no lograr superar en los últimos meses (en algunos casos, recién lograron recuperar licencias y descansos este año, en forma escalonada). Se relevaron emociones y festejos ante la externación de cada paciente que lograba superar la enfermedad y salir de la UTI, o de quienes lograban revertir cuadros complejos con procesos de internación extendidos, generando un lazo. Impotencia y bronca con las muertes de personas más jóvenes, casos que prevalecieron en la segunda ola de contagios.
- 3) ***Sobre grados de autonomía:*** En el caso del sector de guardia relevamos una alta percepción de pérdida de autonomía a partir de aplicación de exigentes protocolos, uso de equipos y variedad de pautas a mecanizar a efectos de evitar ponerse en riesgo a sí mismos y a sus pares.
- 4) ***Sobre las relaciones interpersonales en el trabajo:*** modificación de las rutinas de socialización; conflictos entre áreas asociadas al covid y las “no covid”. En muchos casos, afianzamiento de vínculos entre pares de un mismo servicio tras compartir

situaciones límite; persistencia de distancias o desigualdades entre algunos escalafones diferentes y/o profesiones distintas; acompañamientos, contenciones y respaldos entre pares en mayoría de servicios.

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

Con respecto a la situación de relaciones familiares y afectivas, resultó un fuerte cimbronazo la afectación por covid-19 de los propios pares, y/o en familiares o convivientes de compañeras/os de trabajo, registrándose el fallecimiento de una trabajadora de la UTI referido en varios de los testimonios. Las dudas e inseguridades respecto del contagio, ocasionaron cientos de transformaciones del cotidiano de los trabajadores. Varias enfermeras relataron haberse retirado de sus hogares durante meses o semanas, permaneciendo en casas de compañeras de trabajo que vivían solas, o en lugares alternativos. Algunos testimonios refieren un repliegue de sus relaciones en todos los órdenes, autoaislamiento respecto de la familia ampliada (muchas no vieron presencialmente a sus madres, padres o afectos durante un año o más, sufriendo incluso pérdidas por razones ajenas a ellas en ese proceso). Manifiestan lo complejo de plantear límites de contacto con hijes más pequeñas al regresar a sus hogares, dudas constantes sobre haber procedido correctamente en el uso y retiro de equipos de protección, temor a haberse tocado accidentalmente la cara durante algún procedimiento.

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

- 5) ***Sobre los conflictos éticos y de valores:*** en el caso de enfermería, especial énfasis en discusiones y reclamos en torno a indicaciones que les resultaba casi imposible sostener (por ej: la orden de no acudir ante una alarma de un paciente de UTI sin terminar de colocarse el equipo de protección); también mencionaron situaciones en

donde rotaban guardias y detectaban situaciones de desatención de personas con alto nivel de dependencia, a quienes no se las asistía adecuadamente en alimentación o higiene debido a la imposibilidad de cubrir todos los roles y tener que priorizar situaciones, por los tiempos que insumían la colocación y retiro de equipos. Por último, entre nuestros entrevistados no se planteó específicamente estos temas, pero en otros estudios afines se relevaron discusiones sobre el protocolo referido a la asignación de última cama, o formas de acompañamiento en ocasión de muerte.

- 6) ***Sobre condiciones salariales y seguridad en el trabajo:*** pagos en cuotas, parciales y discontinuos (vía Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción, más conocida como ATP); precarización en contrataciones nuevas; desigualdades en términos de pagos por misma tarea y/o por reconocimiento de categoría profesional; presentismo y pagos complementarios con cifras insignificantes; extensión de jornadas violatorias de derechos producto del pluriempleo (por cobertura de puestos de trabajo en servicios asistenciales a causa de aislamientos, francos o licencias; por convocatorias de personal para acciones preventivas, campañas y operativos, que en la mayoría de casos se realizó con modalidades tipo becas de contingencia). Cabe aclarar, que durante varios meses del presente año (2021), el colectivo de trabajadores de salud del sector privado llevó adelante una dura batalla en relación a la negociación paritaria que incluía compromisos no saldados de negociaciones anteriores. Este acuerdo llegó a su fin en el mes de julio, definiendo la entrega del aumento en cuatro tramos a pagar hasta el mes de febrero del año próximo.

## **5. Acción colectiva y salud laboral en tiempos de pandemia.**

En anteriores trabajos hemos comentado algunas de las estrategias que se dieron tanto la dirigencia y delegados de ATSA (Sindicato de Trabajadores de la Sanidad. La Plata), como otros gremios vinculados al sector salud (tal es el caso de CICCOP, a quien hicimos referencia anteriormente).

La mayoría de las organizaciones fue generando estrategias complementarias de formación vía charlas virtuales, asesoramiento sobre los temas que instalaba la pandemia, acompañamiento en los reclamos por entrega de equipos de protección, mediación ante conflictos por quien pertenecía a un grupo de riesgo y encontraba alguna objeción por parte de directivos, y lógicamente, las negociaciones propias de paritarias. También hemos mencionado los reclamos para la implementación de los comités de crisis y/o las participaciones en representación que entendían legítimas.

Una de las cuestiones en las que queremos detenernos muy especialmente, porque entendemos que será -sin duda alguna- la que más repercusiones de largo plazo genere, refiere a la presentación al congreso un proyecto de Ley para la creación de Comités Mixtos de Salud, Medio Ambiente y Prevención de Riesgos del Trabajo en cada ámbito laboral, a propuesta del presidente de la Nación los días recientes (octubre 2021).

Se trata de un proyecto que recoge la voz de distintas iniciativas de larga data, que fueron confluyendo en el contexto de pandemia sumando adhesiones y sentido de oportunidad, con fuerte respaldo del Espacio Intersindical de Salud, desde donde se ingresó un proyecto de ley a fines del año pasado. Dirigentes de la CGT/CFT, CTA y otros espacios sindicales coincidieron en la necesidad de avanzar en torno a ese tema durante el corriente año, realizando numerosas declaraciones públicas al respecto.

Y las rescatamos porque se trata de un dispositivo particularmente reivindicado desde la perspectiva de los RPST, pero no sólo por ella sino también por desarrollos afines en materia de estudios del trabajo, y reiterado en las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo.

Entre sus contenidos, el proyecto establece la constitución del comité como órgano paritario y colegiado de participación (Art.1), apelando a sostenerse con continuidad en sus actuaciones ligadas a la prevención de riesgos, tanto en empresas o establecimientos del sector privado como en dependencias del Sector Público Nacional (considerando siempre espacios en donde se desempeñen al menos 100 trabajadores o más).

Deberá integrarse con un mínimo de dos representantes de las trabajadoras y trabajadores y el empleador/a en igual número (o sus representantes), salvo otra disposición que se incluya en los convenios colectivos. En casos de empresas con mayor cantidad de trabajadoras/es, se duplicaría el número de miembros.

Entre sus competencias se incluyen (Art.4), la posibilidad de participar de la elaboración de planes y programas de prevención, la puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos, la promoción de la seguridad e higiene y el resguardo de la salud y los factores de riesgo psicosociales en el ámbito laboral. También se habla de incidir en planes de formación en prevención, y en implementar procedimientos que contribuyan al cuidado, así como medidas de adecuación y mejora.

También se mencionan las acciones de prevención de violencia laboral y acoso (Convenio 190, OIT).

Con respecto a los derechos y funciones de los Comités (Elizondo, 2021), pueden sintetizarse en: INFORMACIÓN (riesgos por puesto de trabajo, medidas de protección, planes de

emergencia), FORMACIÓN (sobre temas afines, durante los horarios de trabajo), PROPUESTAS (derecho a formularlas), PARTICIPACIÓN (en todos los aspectos de la prevención), VIGILANCIA (del cumplimiento de normas), DENUNCIA (ante los organismos administrativos del Estado). RESISTENCIA (frente al incumplimiento y las condiciones inseguras de trabajo).

Tal como explica Elizondo (2021), si bien el artículo 14 bis de la Constitución Nacional reconoce el derecho a la participación de los trabajadores en la gestión de la empresa, las potestades de organización y dirección no son derechos absolutos, dado que como plantea la Ley de Contrato de Trabajo (art. 68), el empleador en todos los casos, deberá ejercitar sus facultades dentro de los límites que le fijen otras normas y estatutos. Es legítimo y necesario entonces que exista una ley nacional que imponga la constitución de mecanismos de gestión paritaria como los comités a crear.

Cada Comité deberá ser informado de las tareas que las aseguradoras de riesgos del trabajo realicen, en materia de prevención, de acuerdo a la Ley 24.557 y sus modificaciones y normas reglamentarias.

Se propone también la creación de la figura de delegado/a de prevención y seguridad, como representante de los trabajadores del sector público o privado, con funciones específicas en materia de prevención de riesgos del trabajo y en todos los problemas relativos a la salud y seguridad en estos ámbitos.

Vale aclarar que la iniciativa ya recogió críticas de empresarios y medios masivos afines, desde donde se cuestiona la propuesta, aludiendo derivaciones perjudiciales tales como aumento de costos o intensificación de conflictos y cargas burocráticas.

Bregamos por el avance de esta propuesta, entendiendo que si bien ninguna ley prescribe las transformaciones de la realidad que necesitamos sin encontrar resistencias y dificultades, las condiciones de posibilidad que este proyecto crea, habilita y visibiliza, redundan en un salto cualitativo que recupera históricas banderas y luchas colectivas.

## **6. *Las pandemias pasan, los trabajadores...¿quedan?*. Prácticas de cuidado y derechos laborales en el centro de la escena.**

*Lo que se produce en las relaciones entre sujetos,  
en el espacio de intercesión,  
que es un producto para ambos en acto  
y no tiene existencia sin el momento de la relación  
en la cual los inter se colocan como instituyentes  
en la búsqueda de nuevos procesos,  
tal cual uno en relación con el otro.*

Con todo lo acontecido, es necesario mencionar que la Argentina tiene un sistema de cobertura en salud pública que sigue siendo de referencia en el continente, y que en gran parte se ha sostenido por la labor de trabajadoras y trabajadores del sector, con un fuerte sentido de lo público. En nuestro estudio tomamos mayor contacto con el sector privado, comprobando que también allí destaca el compromiso de sus trabajadores y sus organizaciones gremiales, quienes en definitiva sostienen su labor a pesar de malestares e injusticias, asumiendo que se vinculan a personas en situación de sufrimiento y/o de vulnerabilidad. Con compromiso en su accionar, suelen sopesar muchas de las decisiones desacertadas o perjudiciales de los empresarios del sector, redoblando esfuerzos propios, sin que esto resulte inocuo en términos de RPST y acumulando deudas históricas en materia de reconocimientos concretos al buen desempeño (no olvidamos la reiterada mención a salarios pagados en cuotas en plena emergencia, o al derrotero de una paritaria eterna cuyas conquistas recién podrán completarse en febrero).

El tránsito por la pandemia sin que colapse el sistema sanitario se dio en parte por una fuerte inversión en recursos e infraestructura, es cierto, pero también y fundamentalmente por un acervo simbólico que permitió configurar estrategias basadas en un *saber hacer* que constituyó y constituye el capital colectivo de las y los trabajadores. Un potencial enorme, que habitualmente no es reconocido como tal, ni incorporado formalmente o jerarquizado desde la inscripción institucional y de política pública.

Lo singular del trabajo en salud, como plantea Merhy (2006), reside en que se trata de un producto que no puede ser desvinculado del trabajador o trabajadora que lo ejecuta, porque se realiza en el proceso mismo de la prestación del servicio, es “trabajo vivo en acto”. Agentes activos que, además de aplicar protocolos, indicar medicamentos o poner en marcha tecnologías, despliegan representaciones, conocimientos, operan en una circulación continua de expectativas y necesidades que constituyen el proceso mismo del trabajo en salud; aunque no sea lo más habitual esto de poner atención en su condición de sujetos creativos, transformadores, coproductores de actos de cuidado (en relación a sus pares y a quienes acuden a ellos y ellas en busca de atención).

Recuperamos este planteo porque entendemos que, en la producción del cuidado (tarea sobre la cual el sector salud no tiene potestad absoluta pero sí especial liderazgo), el trabajo humano pasa a ser insustituible y los vínculos adquieren total relevancia.

La dimensión cuidadora del trabajo en salud, la certeza de sostener una labor de personas trabajando con personas, resultó una de las más trascendentes en contexto de pandemia. No sólo por la visibilidad y relevancia que cobró la tarea de enfermería (foco de reconocimiento, pero también de destrato y/o de subestimación histórica); sino también por el componente relacional, de escucha, acogimiento y sostén que debió ponerse en juego al momento de brindar atención a personas enfermas sin posibilidades de vinculación con familiares y/o redes afectivas; para quienes el personal de salud constituyó su principal referencia y soporte. Se crearon mediaciones y mecanismos (primero informales, luego legitimados) para posibilitar la comunicación solidaria entre familiares y/o formas de acompañamiento alternativas en instancias íntimas de despedida frente circunstancias previas a la muerte (Wagner y Ramacciotti, 2021).

En definitiva, la pandemia y sus laberintos no hizo otra cosa que poner en acto la vieja definición de salud de Floreal Ferrara, aquella idea de proceso y de lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital (Ferrara, 1985); la decisión de afrontar un conflicto y lidiar con él, para recuperar aquello que tantas trabajadoras y trabajadores lograron conquistar: la vida de millones y millones de habitantes de un país, en donde la salud sigue ejerciéndose – con sus marchas y contramarchas- en clave de derecho.

## **BIBLIOGRAFIA**

Belardo, M. (2020) “*COVID-19 y el sistema de salud en Argentina (lo que nos revela la pandemia)*” En: Goren, N; Ferrón, G (2020) Desigualdades en el marco de la pandemia: reflexiones y desafíos la ed . José C. Paz : Edunpaz, Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/>

Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.

Burghi, M y Neffa J. (1990) Materiales para la elaboración de un proyecto de ley creando los Comités Mixtos de Higiene, Seguridad y Condiciones de Trabajo (CHS CT). Policopiado. CEIL, Conicet. P

Caso, V (2021) “Los Riesgos Psicosociales del trabajo en tiempos de pandemia: el caso de trabajadoras y trabajadores de salud”. XII JIDEEP, Facultad de Trabajo Social, UNLP.

Calmels J, Holc S, Medici J Comp. (2022) Salud Mental y Pandemia. Dispositivos de cuidados asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires. ISBN 978-987-8475-51-6 Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Elizondo, J (22 de octubre de 2021) “*Una Ley legítima y necesaria. La obligatoriedad de los comités mixtos de salud y seguridad en las empresas*”, Rev. El Cohete a la Luna. Recuperado de: <https://www.elcohetealaluna.com/una-ley-legitima-y-necesaria/>

Ernest, C. y López Mourelo, E. (2020) La COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política. Informe Técnico Oficina OIT Argentina. Recuperado de: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/>

Ferrara, F (1985) Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Catálogos.

F Franco, B. y Merhy, E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. 1era Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E. (2006) Salud: cartografía del trabajo vivo. 1era Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Neffa, J. (2021), “Los riesgos psicosociales, otra dimensión de la precariedad: estudio en una clínica de salud mental”, en: Busso, M. y Pérez, P. (coord.), *El trabajo degradado: heterogeneidad ocupacional, precarización y nuevas inserciones laborales durante el gobierno de Cambiemos*, La Plata: UNLP (Estudios/Investigaciones, 76). Disponible en: <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/179>

Neffa, Julio César (2020). Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical. Rosario: Homo Sapiens Ediciones. Disponible en: <http://www.ceil-conicet.gov.ar>

Neffa, J. C. (2015) Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. CABA: CEIL del CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs, Económicas; La Plata: UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Moreno: UNM; CABA: UMET- CITRA.

Spinelli, H; Trotta, A; Guevel, C; Santoro, A; García Martínez, S, Negrín, G; Morales Castellón, Y (2013) La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3462>

Wagner, A y Ramacciotti, C (2021) Impactos de la pandemia en el trabajo de salud: aportes de trabajadoras/es de servicios hospitalarios en la construcción de estrategias de cuidado. XII JIDEEP, Facultad de Trabajo Social, UNLP.