

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD DEL PERSONAL NO MÉDICO DE SALUD

Informe final en el área metropolitana de Buenos Aires

**Marta Novick (coord.), Fabiana Ibañez, Diana Munilla,
Úrsula Metlika, Sofía Puntillo, Frida Szwarcberg y
delegados, delegadas, colaboradoras y colaboradores de ATSA**

Diciembre 2020



La pandemia de covid-19 afectó a toda la sociedad y al personal de la salud en particular, que fue declarado "esencial"



El estudio analiza las difíciles condiciones de trabajo en pandemia, desde un abordaje cuantitativo y cualitativo, donde se detectaron fuertes síntomas de burnout y estrés junto con altos indicadores de intensidad de trabajo y contagios.



Se evidencian significativas diferencias entre varones y mujeres. Por ejemplo, los varones tienen mayores porcentajes de pluriempleo y las mujeres estructuras de convivencia con mayor carga en la tarea de cuidados.



TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD DEL PERSONAL NO MÉDICO DE SALUD

La presente investigación se enmarca en el contexto del proyecto de colaboración entre la Fundación Friedrich Ebert Argentina con la Asociación de los Trabajadores de la Sanidad Argentina, sede Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como equipo de trabajo queremos expresar nuestro reconocimiento por el apoyo de ambas instituciones y por la generosa y eficiente colaboración de ATSA en la realización del estudio llevado a cabo en el escenario complejo y angustiante de la pandemia. Y, por supuesto, nuestra gratitud a quienes les solicitamos que compartieran sus opiniones, vivencias y sentimientos, los cuales esperamos se encuentren reflejados en este trabajo.

En cooperación con



**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

Índice

INTRODUCCIÓN	2
1. OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE LA SALUD DEL PERSONAL DE LA SALUD	4
2. MOMENTOS DE LA PANDEMIA EN LA ARGENTINA	6
2.1 Primer momento: "miedo, incertidumbre e impotencia"	
2.2 Segundo momento: "no existe la urgencia sino la emergencia"	
2.3 Tercer momento: ¿pospandemia?	9
3. LOS DATOS: PRINCIPALES TEMAS EMERGENTES	10
3.1 Aspectos metodológicos	
3.2 Características sociodemográficas y ocupacionales del personal encuestado	
3.3 Jornada de trabajo	
3.4 Riesgos psicosociales del trabajo en pandemia	
4. TEMÁTICAS EMERGENTES EN LA PANDEMIA Y SALUD OCUPACIONAL	18
5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	24
6. ABORDAJE METODOLÓGICO	26

INTRODUCCIÓN

La pandemia de covid-19 ha tenido un impacto masivo en los sistemas de salud y ha puesto en evidencia sus problemas estructurales, los cuales se siguen manifestando a un año del primer diagnóstico de esta enfermedad. Hasta los sistemas de salud presuntamente mejor preparados del mundo colapsaron total o parcialmente, esto ha aumentado el agotamiento y la angustia de quienes trabajan en el sector.

Es sabido que las condiciones de trabajo (ambientales, físicas, químicas, espaciales, psicosociales, etc.) constituyen dimensiones centrales para el bienestar y salud de las trabajadoras y los trabajadores. Enfrentar una pandemia de alta contagiosidad que requiere protocolos estrictos y cambios en la organización e intensidad del trabajo ha generado condiciones que han afectado la salud psicofísica del personal de la salud.

Tradicionalmente, en el ámbito de la salud –así como en el de la educación– la fuerza de trabajo constituye una dimensión central, no solo en términos presupuestarios (en algunos casos el rubro llega al 90% de la partida). En la Argentina el empleo en este sector está creciendo y se acerca al 5,8% de la PEA. Según información de 2019¹, el 64,5% de la fuerza de trabajo corresponde al sector privado y el 35% restante al público², de los cuales los médicos constituyen un 32,7%, el 30% es personal de enfermería (en sus diferentes modalidades). Es un sector de perfiles específicos, caracterizado por:

a. mano de obra intensiva, especialmente recostado en el empleo de profesionales. Esto implica que en la

composición de costos sea elevado el gasto en personal;

- b. su segmentación: compuesto por subsectores, con variaciones según los países. A grandes rasgos: público, privado y de la seguridad social. Estos subsectores no constituyen compartimentos estancos, sino que poseen permanentes y mutuas interpenetraciones, sobre todo en lo que a recursos humanos se refiere;
- c. alta proporción de profesionales, lo que implica, como ética dominante, la de una amplia autonomía, antítesis de los principios tradicionales de gerenciamiento. Otro aspecto ético dominante entre quienes trabajan en la salud es su compromiso con el alivio inmediato del dolor y la enfermedad, así como con el cuidado de las y los pacientes, lo que podría dar lugar también a cuestionar las demandas de planeamiento y gerencia;
- d. en tanto se trata de un servicio, que la producción y el consumo son simultáneos, lo cual excluye la noción de “stock”;
- e. prestar un servicio de alta repercusión social.

En el Cuadro 1 se puede observar uno de los rasgos específicos del sector: el alto porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo; comparado con el resto de los sectores de la economía, ronda 10% en el sector público, pero es mucho mayor en el sector privado.

1 Secretaría de Gobierno de Salud (2019): Indicadores básicos, Argentina 2019, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>

2 Según empleo principal, porque el pluriempleo es una práctica habitual en el sector y se produce alternancia entre ambos subsectores.

Cuadro 1
**Distribución del personal ocupado según sexo,
 por sector y tipo de empresa**
Total de aglomerados relevados
 Promedio semestral - segundo semestre 2019

	Sector Salud		Resto de personal ocupado	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Público	65,1%	34,9%	51,7%	48,3%
Privado	70,2%	29,8%	40,6%	59,4%
Total	68,4%	31,6%	42,3%	57,7%

Fuente: Dirección General de Estudios y Estadísticas Laborales SsPEyE - MTEySS, en base a datos de la EPH - INDEC

La alta contagiosidad del covid-19, que requiere protocolos estrictos y cambios en la organización e intensidad del trabajo, ha generado escenarios que afectaron psicofísicamente al personal de la salud. Al respecto, la OMS ha señalado que la pandemia “ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no son representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la covid-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. Aunque los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población en la gran mayoría de los países y menos

del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14% de los casos de covid-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35%. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son limitadas, y no es posible establecer si los trabajadores sanitarios se infectaron en el lugar de trabajo o en entornos comunitarios. Miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la covid-19 han perdido la vida en todo el mundo”³.

La tradición imperante en el sector salud giraba en torno del predominio de lógicas administrativistas y de la visión del recurso humano como un insumo u objeto destinado a brindar un “servicio de salud”. A pesar de algunos antecedentes en la materia, que comenzaron a vincular los recursos humanos en salud con una visión asociada al trabajo⁴, es el conjunto de reformas estructurales, pero también los cambios tecnológicos y organizacionales –y los importantes conflictos asociados a ellos– los que colocan a los recursos humanos como un eje importante de la problemática del sector.

La presente investigación está orientada a conocer el grado de desgaste físico y *burnout* del personal de la salud (a excepción de médicas y médicos). Ha sido realizada entre los meses de agosto y noviembre de 2020 en conjunto con ATSA-CABA y con el apoyo financiero de la Fundación Friedrich Ebert de Argentina, con el objetivo de identificar el impacto de la pandemia en el comportamiento y condiciones de trabajo y salud de este colectivo laboral.

3 “OMS: garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes”, comunicado de prensa ONU, 17/9/2020, <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

4 R. Passos Nogueira, “Mercado de trabajo en salud: conceptos y medidas”, Educ. Méd. Salud vol. 20(4), pp. 524-34, 1986. P. Brito, M. Novick y H. Mercer, “El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones”, Educ. Méd. Salud vol. 27(1), pp. 4-31, 1993.

1

OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE LA SALUD DEL PERSONAL DE LA SALUD

En un contexto de incertidumbre y aidez de información, las distintas temáticas asociadas con la pandemia covid-19 fueron abordadas desde su inicio por los medios de difusión, por organizaciones nacionales e internacionales y por el mundo académico. Protocolos, comunicados, recomendaciones, investigaciones de todas las disciplinas son producto de la demanda social de respuesta al miedo producido por el peligro de una enfermedad que, en un año provocó a nivel internacional 1.410.000 muertes (al 25/11/2020) y la eclosión de una crisis económica y social generalizada.

Joseph Stiglitz⁵ considera que la pandemia de coronavirus puso en evidencia “profundas fallas en el sistema económico social de algunos países y fortaleza en otros”, y ponderó el rol del Estado y de la ciencia, y de las inversiones en protección social para afrontar el impacto de la emergencia sanitaria. “La magnitud de la retracción económica resultó peor de lo que inicialmente pensamos, y con un impacto enorme en los países emergentes” y resaltó acciones de países como Nueva Zelanda y Corea del Sur... “Existen algunos ‘ingredientes’ para ayudar al éxito de los países en combatir la pandemia, si bien este mal es ‘una externalidad muy diferente, ya que no existen instrumentos más sutiles para controlarlas’, lamentó. Para Stiglitz, los países que apostaron a la ciencia fueron los ganadores... En segundo lugar, los países que mejor pudieron afrontar la pandemia fueron los que tuvieron las instituciones fuertes y respeto por el conocimiento”⁶.

En el mes de abril del año 2020 un equipo integrado por investigadores del Conicet y otros especialistas⁷ realizó un estudio sobre preocupaciones y demandas frente al covid-19 con el objetivo de indagar acerca de las condiciones que determinan el clima organizacional (liderazgo, comunicación, recursos institucionales, cohesión/gestión de conflictos y capacitación), y cómo estas eran percibidas por el personal de salud para hacer frente a la pandemia. Se realizaron 5670 encuestas a trabajadores y trabajadoras y 50 entrevistas a informantes clave de los tres subsectores del sistema de salud (público, privado y de seguridad social). Este estudio sostiene que “Argentina tiene uno de los sistemas de salud más fragmentados de la Región Latinoamericana y no escapa a la crisis global de recursos humanos, con un deterioro progresivo en las condiciones y el ambiente de trabajo. Los equipos de salud desempeñan un papel fundamental a la hora de moderar el impacto de una pandemia dado que para prevenir y gestionar las emergencias sanitarias se requiere una fuerza laboral de salud adecuada, bien distribuida, motivada y apoyada” (p. 2).

Como resumen de este estudio se señala que “La dimensión percibida con mayor frecuencia como inadecuada fue la de recursos institucionales y la disponibilidad de equipos de protección personal fue identificada como una de las principales preocupaciones. Surgieron demandas de estrategias de contención para el personal de salud y de comunicación institucional clara y uniforme. En conclusión, al momento del estudio el personal de salud percibía serios déficits en sus organizaciones respecto de las condiciones necesarias para enfrentar la pandemia, con diferencias entre subsectores del sistema” (p. 1).

5 Panelista en las Jornadas Monetarias y Bancarias 2020 organizadas por el BCRA.

6 “Un Nobel contra las fallas del sistema económico”, Página/12, 26/11/2020, <https://www.pagina12.com.ar/308066-un-nobel-contra-las-fallas-del-sistema-economico>

7 Z. Ortiz et al., “Preocupaciones y demandas frente a covid-19. Encuesta al personal de salud”. Disponible en https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol80-20/destacado/original_7196.pdf

A mediados de agosto de 2020 las instituciones médicas nucleadas en la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) publicaron una serie de recomendaciones⁸ para garantizar el funcionamiento de los sistemas de salud. Subraya la importancia de recuperar y mantener la confianza de la población en la

seguridad y capacidad del sistema de salud para satisfacer de manera segura las necesidades esenciales y controlar el riesgo de infección en los establecimientos de salud y alienta la exploración en nuevos modelos, como la telemedicina, para reducir el estrés en los efectores de salud.

8 “Impacto de la pandemia covid-19 sobre el sistema de salud argentino”, <https://www.caeme.org.ar/impacto-de-la-pandemia-covid-19-sobre-el-sistema-de-salud-argentino/>

2

MOMENTOS DE LA PANDEMIA EN LA ARGENTINA

A partir de las vivencias transmitidas en las reuniones de trabajo con miembros de ATSA y los entrevistados y las entrevistadas para esta investigación, se han identificado distintos momentos de la pandemia desde su entrada al país, los desafíos que se presentaron y las estrategias de resolución implementadas por el personal y por las instituciones.

2.1. PRIMER MOMENTO: “MIEDO, INCERTIDUMBRE E IMPOTENCIA”⁹

La enfermedad por coronavirus se detectó por primera vez en China a finales de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei. En marzo de 2020, debido a la propagación internacional de la enfermedad, fue declarada pandemia. Impacta masivamente en la Argentina con dos meses de alerta instalado. Por tanto, la enfermedad llega cuando otros lugares del mundo han experimentado ya brotes masivos con miles de contagios y de decesos.

A principios de febrero de 2020 el Ministerio de Salud de la Nación difundió un protocolo con la “Lista de verificación de alistamiento para la respuesta al covid-19 en hospitales” de la OPS/OMS, una herramienta de autoevaluación para verificar la preparación de los establecimientos de salud frente a la pandemia “identificando las acciones inmediatas y prioritarias para responder de manera eficiente y oportuna ante la emergencia... En la medida que la capacidad de respuesta de una institución puede ser superada por la llegada masiva de pacientes que soliciten atención médica, se debe evaluar si el establecimiento de salud está organizado para garantizar la gestión integral de la respuesta, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo integral de la información, las capacidades logísticas para facilitar la respuesta, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una respuesta integral a los pacientes, protegiendo la salud y bienestar de los trabajadores de salud”.

Como la vía de acceso del covid-19 al país fue a través de viajeros que retornaban fundamentalmente desde países de Europa, China y EEUU, los primeros receptores fueron las instituciones médicas del sector privado. El director médico corporativo de Swiss Medical Group, Dr. Gabriel Novick, precisó que la entidad identificó a finales de 2019 el riesgo potencial que representaba el brote de covid-19 en China y a comienzos del mes de enero, se activaron los protocolos previstos para atender e identificar eventuales casos, se compraron elementos de protección personal y los primeros kits de detección por PCR que ingresaron al país... En el mes de enero se activó por primera vez el protocolo de diagnóstico de covid-19, en un caso sospechoso finalmente descartado, y el 3 de marzo, se identificó el paciente cero en Argentina en una de sus clínicas¹⁰.

El sistema de salud del sector público es impactado posteriormente. Según los testimonios recogidos en el Hospital Muñiz¹¹, fueron informados tempranamente e instruidos en la aplicación del protocolo de la tuberculosis, por desconocimiento del nuevo virus. El primer paciente fue recibido en este hospital a mediados de febrero. Como se verá más adelante, este tiempo permitió iniciar la adecuación hospitalaria, la provisión de equipos de protección y la capacitación del personal.

10 “Aciertos y problemas en las obras sociales y medicinas prepagas durante la pandemia por covid-19”, infobae, 24/5/2020, <https://www.infobae.com/salud/2020/05/24/aciertos-y-problemas-en-las-obras-sociales-y-medicinas-prepagas-durante-la-pandemia-por-covid-19/>

11 El Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz es uno de dos hospitales de referencia de la Ciudad que centralizan la atención de la pandemia de coronavirus, el otro es el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

9 En este texto se citan en bastardilla fragmentos de testimonios de los entrevistados y las entrevistadas.

El primer contacto del personal de salud con la enfermedad fue de alto impacto físico y emotivo. El aumento de la carga de trabajo, el trato constante con las y los pacientes covid-19 y los aspectos emocionales asociados con su cuidado, dispararon el incremento de los niveles de *agotamiento*, según surge de las entrevistas realizadas.

Desde la perspectiva de las y los profesionales, el agotamiento se asocia con mayores riesgos de consecuencias perjudiciales tanto físicas como psicológicas a largo plazo; y desde la perspectiva de los sistemas de salud, se relaciona con el aumento de bajas por enfermedad, ausentismo, abandono y baja eficiencia laborales.

Como aproximación general al estado del colectivo de trabajadores y trabajadoras, se identifican en este primer momento los siguientes fenómenos:

- (1) Tanto quienes trabajan en atención de primera línea como el resto del personal de la salud experimentaron un aumento inesperado en la carga de trabajo en un contexto de miedo, incertidumbre e impotencia ante la aparición de un virus altamente contagioso y que “se decía” de alta letalidad. Además, como se sabían más vulnerables a la infección debido al contacto directo con las y los pacientes, aumentó la preocupación por contagiar a sus familias y colegas.

Muchos trabajadores de salud han preferido irse a vivir solos durante la pandemia para no contagiar a sus familias..., para no ponerlas en riesgo. Porque la novedad de esta pandemia, en mi experiencia, es que los trabajadores de salud más que percibir el riesgo y autoperibirse en riesgo, entendían que ponían en riesgo a su familia (médico especialista en Medicina Laboral).

- (2) Se plantearon conflictos con los lugares de trabajo (clínicas, hospitales, sanatorios, etc.) por los atributos y provisión de los equipos de protección personal (EPP), con la sensación generalizada de que “*nada era suficiente ni adecuado*”, tanto por contradicciones en la información que circulaba, como por desconfianza hacia las instituciones.

Los barbijos no eran los indicados, no eran sanitarios. Hubo conflictos y lucha por el barbijo 3M, pero compraron los que tienen válvula respiratoria y hubo que colocarse arriba el barbijo quirúrgico. Los médicos tenían 3M y los enfermeros no. Debían comprarse con sus ingresos los equipos de protección: máscara y

camisolín hidrorrepelente. Al día de hoy [octubre 2020] hay compañeros de la UTI que traen sus propios elementos porque les brinda mayor seguridad. Se realizaron reuniones con la Dirección Médica para solicitar compra insumos y manifestaron falta de plata (enfermera).

- (3) Se incrementaron los niveles de tensión e incertidumbre por los cambios permanentes de protocolos, en las rutinas, en la organización del trabajo, en el *layout* y en el emplazamiento en los edificios. La circulación de información sobre la pandemia y sus cuidados provenientes de distintas fuentes (incluidos los medios periodísticos) fue vivida con un importante agobio por el personal de salud.

Al principio había desinformación. Hubo un momento en donde iban cambiando muy seguido los protocolos y se volvía a capacitar en base a los ajustes... necesitábamos que los compañeros estuviesen actualizados con la información porque sino aumentaba la tensión. Al principio los compañeros estaban angustiados, teníamos por ejemplo personal que pedía no ir a los sectores covid, por miedo... Hubo un momento que fue bastante fuerte, para los propios compañeros y para nosotros. Hoy ya trabajan un poco más relajados (enfermera, delegada gremial).

- (4) La demanda explícita y más fuerte de los trabajadores y las trabajadoras estuvo y está asociada también a la presencia de bajos niveles salariales que pudieron mejorar a causa del pluriempleo, debido al crecimiento de la demanda en pandemia

La mayoría de los trabajadores de salud tienen otros empleos, por lo cual están agotados y desgastados (jefe de Enfermería UTI).

La investigación mencionada *supra*¹², realizada en este primer momento (abril 2020) y que incluye a profesionales médicos y médicas, reflexiona en el mismo sentido, pues: “...muestra cuáles son las condiciones percibidas como inadecuadas por trabajadores/as de salud, sus preocupaciones y demandas específicas vinculadas con la pandemia en una etapa temprana en Argentina, a treinta días del primer caso diagnosticado en el país. Excepto por las diferencias entre quienes trabajan exclusivamente en el subsector privado o de la se-

12 “Preocupaciones y demandas frente a covid-19. Encuesta al personal de salud”, cit. en nota 9.

guridad social; las demandas son comunes a otros sistemas de salud en otros contextos geográficos. En la experiencia de Shanafelt y col.¹³ se identificaron similares preocupaciones, temores y demandas; por ejemplo, no tener acceso rápido a las pruebas si desarrollan síntomas de covid-19 y temor concomitante de propagar la infección en el trabajo y en la familia. Diferentes estudios muestran resultados similares y dan cuenta de la dimensión humana de los problemas vinculados al covid-19 cuando se analiza su impacto en el personal de salud. En este estudio, la preocupación más acuciante manifestada por las/os participantes fue la insuficiente disponibilidad de recursos institucionales –en particular de equipos de protección personal acorde a las recomendaciones oficiales– sumada a demandas de una estrategia comunicacional y de contención del personal que se identificaron como potenciales fuentes de conflictos y falta de cohesión en los equipos de salud” (p. 7).

2.2. SEGUNDO MOMENTO: “NO EXISTE LA URGENCIA SINO LA EMERGENCIA”

Por la prolongada duración de la pandemia, pasado el primer momento de shock e incertidumbre se instalan en las instituciones nuevos circuitos y se plantean la reorganización y los cambios de intensidad del trabajo del personal. Se comienza a evidenciar el impacto negativo de la alta prevalencia del agotamiento, que se manifiesta en la posibilidad de distracción del personal en cuanto al estricto cumplimiento de los procedimientos de cuidado y en el empeoramiento y reducción de la capacidad de los sistemas de salud para hacer frente al aumento de la demanda de atención. Este segundo momento se caracteriza por:

- (1) La estandarización de los protocolos y la inclusión de testeos, además de la implementación de adaptaciones edilicias de circulación de pacientes covid-19. Se realizaron en algunas instituciones cambios innovadores como el emplazamiento fuera del área de las unidades de terapia intensiva (UTI) de las bombas de infusión y monitores para reducir el tiempo de exposición del personal a las y los pacientes ventilados.

En la UTI de la institución, ya estaban informados del covid desde enero/febrero. Se comenzó a cambiar la modalidad de terapia abierta (con la que siempre se trabajó) para pasar a terapia cerrada. Esto fue un gran cambio. Además: en las mesas del comedor se ins-

talaron divisores con nylon; la Sala de espera se acondicionó para que funcione como dormitorio de los médicos. Esta sala se usa para pase de guardia y en la mañana hay una hora para desayunar. La rápida resolución estuvo en manos del jefe mantenimiento y de la directora de Enfermería. Se sacaron de la UTI las bombas infusión, se armaron guías. De esta manera, no entran a la UTI 10/15 veces por turno (jefa de Enfermería UTI).

- (2) El desgaste del personal de la salud expresado en el agotamiento emocional y la postergación de necesidades y demandas afectivas personales y familiares. Esto tiene claras implicaciones tanto para la salud de las y los profesionales como para la eficiencia de los sistemas de salud.

Yo me contagié. Cuando me dan el resultado, me aislé en mi habitación, mi señora estaba en la otra con el nene. No compartíamos el baño porque tenemos dos. A ella la hisoparon a los 10 días y por suerte le dio negativo. Seguí el protocolo dentro del hogar. Si salía de la habitación al baño, siempre salía con barbijo. Desde que me levantaba tenía todas las ventanas abiertas para ventilar. La verdad es que mi preocupación era mi señora y mi nene que ellos no se contagien. Tenía el teléfono en mi habitación y hacíamos videollamadas. Y el nene lo fue notando y preguntaba por qué papá está encerrado en la habitación (camillero).

Una compañera contagió a toda la familia. Ella tuvo que estar aislada por sospecha por no saber si se había contagiado. Su marido e hijo a cargo de sus padres por sospecha (enfermera, delegada sindical).

- (3) Al desgaste emocional se suma el físico por el gasto de energía en las largas jornadas de trabajo, en los reiterados cambios de los EPP.

Los trabajadores cansados, sobrecargados, también tienen mayor probabilidad de enfermar y de accidentarse, porque aumentan los niveles de estrés, porque disminuyen los dispositivos de defensa (médico especialista en Medicina Laboral).

- (4) Se destaca un importante cambio de actitud en la preservación del personal “no existe la urgencia sino la emergencia... no entrar corriendo a la UTI, es obligatorio ponerse el EPP”.

13 Refiere a: Shanafelt, T., J. Ripp y M. Trockel, “Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic”. JAMA 2020, doi: 10.1001/jama.2020.5893.

La vivencia del enfermero terapeuta es siempre más estresante y más angustiante por el modelo de atención que tiene ese lugar, donde siempre se está al borde de la vida y de la muerte, siempre, donde una pequeña cosita hace que un paciente se desestabilice y se muera, y la verdad que ya eso es de por sí mucho más estresante (jefe del Dpto. de Enfermería).

- (5) La enfermedad provoca ahora “*respeto, no miedo*”.

Actuamos empíricamente desde el principio porque es una enfermedad que no conocemos. El miedo te enferma. Hay que tenerle respeto (jefe de Enfermería UTI).

- (6) Los entrevistados y las entrevistadas han destacado el impacto emotivo por compañeras y compañeros enfermos y por el aislamiento y soledad de las y los pacientes y relatan los esfuerzos por comunicarse con las personas enfermas a pesar de los EPP:

Nos colgamos fotos con nuestros rostros y nombre (jefa de Enfermería UTI).

Tenemos un compañero que está en UTI, con respirador, la está luchando. Y es un compañero, no es uno de fin de semana, es uno de la semana y lo vemos todos los días, charlábamos con él. Es enfermero de la guardia, compartimos un montón de cosas, fútbol, campeonatos internos, la jornada deportiva después de un asado, muchas cosas, y verlo hoy por hoy en una cama con un respirador cuesta (camillero).

- (7) Se constata una buena recepción del cambio de pro-

toloco que permite el acceso a la UTI de familiares.

Muchos pacientes esperan la visita de sus familiares –a pesar de que están ya sedados– y luego mueren. Es como si esperaran esa visita para morir (jefa de Enfermería UTI).

En esta etapa se desarrolla la presente investigación. Todos los datos que se presentan en los próximos párrafos, coinciden en expresar que los niveles severos de agotamiento y estrés tienen alta prevalencia, y que los factores laborales y psicológicos asociados a la necesidad de hacer frente a la emergencia podrían haber incrementado los riesgos físicos y psicológicos en el personal de la salud.

2.3. TERCER MOMENTO: ¿POSPANDEMIA?

El contagio por coronavirus está lejos de terminar y es posible que se produzca otro pico epidemiológico o una “segunda ola” como la que está sucediendo en Europa, donde, luego de una primera curva, se dieron las condiciones para un rebrote con algunos elementos distintivos¹⁴. La Dra. Margaret Harris, portavoz de la OMS, sostiene que el coronavirus es un “virus estacional” y que aparece en olas, como la influenza o la gripe. Las olas o picos en epidemiología responden esencialmente a la inmunidad o a los cuidados.

Así, define este nuevo escenario la perplejidad generalizada frente al dilema de la existencia, multiplicidad, efectividad y oportunidad de las vacunas; la incertidumbre respecto de un nuevo rebrote y la necesidad de identificar y abordar las secuelas de la enfermedad.

Al final de este trabajo se plantean algunas recomendaciones para este nuevo e incierto contexto.

13 “La experiencia en algunos países de Europa, como España, está mostrando que en la segunda ola se observa una mayor proporción de casos en menores de 30 años (6,5% en primera ola vs. 34% en la segunda) y menos casos en mayores de 60 años (51% vs. 18%). También se observa una menor tasa de hospitalización general pero mayor tasa de requerimiento de internación en terapia intensiva y por el momento menor mortalidad”. Testimonio del Dr. Pablo Bonvehi, “Coronavirus en Argentina: ¿puede que una segunda ola sea más leve que la primera?”, infobae, 8/11/2020, <https://www.infobae.com/salud/2020/11/06/coronavirus-en-argentina-puede-que-una-segunda-ola-sea-mas-leve-que-la-primera/>

3

LOS DATOS: PRINCIPALES TEMAS EMERGENTES

3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS¹⁵

Se utilizó un abordaje metodológico cuali-cuantitativo, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a informantes claves y una encuesta estructurada, autoadministrada, al personal de salud –no médico– que se desempeña en instituciones del AMBA¹⁶. El estudio se centró en establecimientos de gestión privada por ser el ámbito de representación gremial de ATSA.

El diseño conceptual del cuestionario estructurado y de la guía de entrevista a informantes clave se realizó de manera colaborativa entre el equipo de dirigentes de ATSA CABA y de su Comisión Directiva, así como con un conjunto de delegadas y delegados de los diferentes establecimientos y el equipo coordinador responsable técnico del Proyecto.

3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OCUPACIONALES DEL PERSONAL ENCUESTADO

El grupo relevado pertenece a trabajadoras y trabajadores de la salud, no médicos, que se desempeñan en clínicas o sanatorios de tamaño pequeño, medio y grande (según número de camas y dotación de personal). Se trató de mantener proporcionalidad en género y edad, así como en las ocupaciones en todos y cada uno de los establecimientos seleccionados. De esta manera, la **distribución de la muestra resultante por ocupación y género** es la siguiente:

Cuadro 1:
Distribución por ocupación y género

Ocupación	Distribución por ocupación	Porcentaje de personal	
		masculino	femenino
Enfermera/o	52,7	29,2	70,8
Técnico/a ⁽¹⁾ y kinesiólogo/a	25,3	47,8	52,2
Camillero y mucama ⁽²⁾	18,7	47,1	52,9
Otras	3,3	-	-

(1) Técnica/o en bioimágenes o de laboratorio.

(2) La totalidad de los camilleros son hombres y todas las mucamas, mujeres.

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

La proporción por género respeta lo ya señalado como característica del sector salud¹⁷: el fuerte peso de la feminización. La proporción por edad corresponde también a una distribución “normal”: solo 8,2% inferior a 30 años; 15,4% de 50 o más años, y 76,4% entre 30 y 49 años (edades centrales).

El siguiente cuadro expresa la **distribución de la muestra según tamaño del establecimiento y ocupación** del personal encuestado.

¹⁵ Ver infra Abordaje metodológico, para mayor detalle.

¹⁶ El AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) es el mayor conglomerado urbano de la Argentina, está integrado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y partidos circundantes de la provincia de Buenos Aires.

¹⁷ Ver Introducción.

Cuadro 2
Distribución según tamaño de establecimiento y ocupación

Tamaño	Total	Enfermeros/as	Técnicos/as y kinesiólogos/os	Camilleros y mucamas
Chico	23,1	21,9	23,9	29,4
Mediano	37,9	40,6	37,0	35,3
Grande	39,0	37,5	39,1	35,3

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

En términos de los **lugares de trabajo**, todos vinculados con atención a enfermas y enfermos covid-19, la población se distribuye de la siguiente manera: el 43% se desempeñaba en salas de terapia intensiva, cuidados especiales y unidad coronaria¹⁸ (47% del personal de enfermería, 30% de técnicos/as y kinesiólogos/as y el 59% de personal “paramédico”) mientras que, en internación general, guardia, laboratorio y otros sectores, 57%.

En la población encuestada se destaca su alto **nivel educativo** (debe recordarse que es personal de salud, excluidos médicos y médicas): tanto en el grupo de enfermería como de técnicos y técnicas más del 80% de personal completó estudios terciarios y/o universitarios. Y solo tiene un 26,5% de educación secundaria incompleta el personal de apoyo: camilleros y mucamas.

En cuanto a la **antigüedad en la ocupación**, y de manera concordante con la curva de edad de la población encuestada, para el personal de enfermería y técnicos/as¹⁹ es mayor: más del 50% de ambas profesiones tienen 11 años o más de antigüedad en la ocupación. Y el 41%/46% llevan trabajando 11 años o más en el establecimiento seleccionado, lo que revela experiencia y conocimiento de las tareas.

El rasgo más interesante en esta breve caracterización del perfil de la población encuestada es que la **estructura del hogar en términos del perfil de convivientes** resultó ser muy diferente por sexo, lo cual reviste un particular interés por la temática de los cuidados y por el temor de contagios. Se ha observado que 89% del personal de salud encuestado convive con otras personas y, si bien la característica común es que la mayoría lo hace con sus hijos e hijas de distintas edades (más del 60%), la situación es diferente según se trate de personas de género femenino o masculino.

Cohabitan con su pareja e hijas/os²⁰, el 57,4% de los varones y el 36,8% de las mujeres; solo con hijos/as, el 2,9% de los varones y el 20,2% de las mujeres que, a su vez, son quienes viven con hijos/as y otras personas que no son su pareja (7,0%), en esta última situación no se encuentra ningún varón encuestado. Es semejante el porcentual cercano al 10% de hombres y mujeres que viven con otras personas que no son su pareja ni sus hijos/as.

Esto significa que las mujeres jefas de familia –sin cónyuge o pareja conviviente– con menores y/o mayores a cargo constituyen el 37,7% de la población, mientras que los varones jefes de familia en la misma condición alcanzan solo al 13,2%. En este sentido, debe reconocerse la mayor carga familiar sobre la población femenina. Y, consecuentemente, como se analizará más adelante, el pluriempleo es mayor en los varones, ya que tienen –entre otras cosas– menos responsabilidades de cuidado a su cargo.

El **temor por contagiarse y contagiar a sus familiares** es elevado tanto en varones como en mujeres, lo manifiesta aproximadamente el 70% del personal encuestado.

Yo estuve aislada por sospecha. Yo creo que el miedo se tiene por no saber cómo a uno le va a tocar. Creo que a todos nos genera un poco más de miedo, es el tema de nuestras familias. Yo tengo mi marido, tengo mi hijo y estoy a cargo de mis padres. Y a mis padres de hecho los tuve a los dos internados este año, y mi papá fue por sospecha y te puedo asegurar que esa situación no la quiero pasar más (enfermera, delegada gremial).

18 Se incluye en esta categoría al personal de salud que trabaja en UTI/UCE/Unidad Coronaria y que también se desempeña en otros sectores.

19 Técnicos/as y kinesiólogos/as considerados en conjunto.

20 En esta categoría se incluyen algunos casos en los que, además de su pareja e hijos/as, viven con otras personas (en su mayoría padre/madre o suegro/suegra). La mayoría de estos casos corresponden a hogares del personal de salud de género femenino.

3.3. JORNADA DE TRABAJO

El problema de la jornada de trabajo siempre constituye una dimensión importante y compleja en el sector salud. Como dato y antecedente, el estudio realizado en 2010, comparando condiciones de trabajo en cuatro países de la región (OPS, cit. en nota 6) para Argentina mostró que el 34% de las médicas y los médicos trabajaba más de 40 horas semanales y en enfermería llegaba al 39%. Por supuesto que el pluriempleo es determinante en este aspecto.

Si bien la jornada legal en nuestro país llega a 48 horas semanales, la OIT recomienda a nivel internacional como límite 40. En el marco de los problemas de empleo por la pandemia resurgió la idea de la reducción de la jornada, para posibilitar la creación de más empleos. Largas jornadas de trabajo en un sector que requiere de atención y que realiza trabajos de cuidado conspira contra la buena calidad de atención. Si a estas jornadas largas se le suman las condiciones de estrés, fatiga y *burnout*, la alerta sobre la problemática de salud y condiciones de trabajo del personal de salud se magnifica.

El presente estudio también da cuenta de esa problemática y evidencia que el 31% del personal de salud no médico trabaja más de 48 horas semanales. El personal de menor calificación trabaja jornadas más cortas, en cambio, el personal profesional es el que tiene horarios más largos. Es más frecuente encontrar esta sobrecarga horaria entre enfermeras/os (37%) y entre kinesiólogas/os (más de la mitad excede las 48 horas semanales), que en el resto. Las y los profesionales en las edades centrales y, en especial entre 40 y 49 años, son quienes trabajan jornadas más extensas. Esta sobreexigencia es mayor entre los encuestados de género masculino, especialmente en enfermería (más de 6 de cada 10 enfermeros encuestados exceden las 48 horas semanales de trabajo, en cambio menos de 3 de cada 10 enfermeras se encuentran en esa situación).

La extensión de la jornada se vincula con el **pluriempleo**: aproximadamente un tercio del personal de salud encuestado se desempeña en más de un cargo o puesto de trabajo, confirmando registros de investigaciones anteriores. El porcentaje de pluriempleo es mayor entre el personal encuestado que tiene entre 40 y 49 años de edad (35%). Entre los 30 y 39 años, aunque algo menor, el nivel de pluriempleo también es elevado y, en esas edades, es mayor la frecuencia de quienes tienen más de dos empleos.

La incidencia del pluriempleo presenta diferencias por género, el 43% de los varones tiene más de un trabajo, en cambio solo el 26% de las mujeres está en esa situación, y, como se había mencionado anteriormente, esta relación es inversamente proporcional a las tareas de cuidado. En enfermería esta brecha se acentúa notablemente: más de 6 de cada 10 enfermeros ejercen más de un cargo frente a menos de 3 de cada 10 enfermeras. En técnicos y técnicas de laboratorio y bioimágenes, aunque en un nivel mucho más bajo y con una diferencia por género muchísimo más atenuada, se observa la misma tendencia.

La **incidencia del pluriempleo** también es diferente por ocupación. Todas/os las/os kinesiólogas/os encuestadas/os tienen más de un empleo, esta modalidad también alcanza al 36% de enfermeras/os, al 29% del conjunto de técnicas/os de laboratorio y de bioimágenes y, en cambio, es nula entre camilleros, mucamas y otras ocupaciones. Los/as técnicos/as, en general suelen trabajar menor cantidad de horas en cada establecimiento y muchas veces, con turnos cortos en guardias.

Habitualmente todos los kinesiólogos tienen pluriempleo, por lo cual se caen arruinados, tienen 4 guardias por semana, de 24 hs. entonces no solamente el cansancio sino la exposición se triplica o cuadruplica. A nivel privado le ofrecen el doble del sueldo que en el público. Conviene más hacer un re-

Cuadro 3
Jornada de trabajo semanal según ocupación. En porcentaje

Ocupación	Horas trabajadas en la semana de referencia					
	Total	Hasta 34	De 35 a 40	De 41 a 48	De 49 a 55	Más de 55
Total	100,0	16,9	37,2	15,1	5,2	25,6
Enfermera/o	100,0	12,1	39,6	11	3,3	34,1
Técnica/o, kinesióloga/o	100,0	20,5	25	18,2	9,1	27,3
Camillero o mucama	100,0	25	46,9	21,9	3,1	3,1

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

emplazo en un privado que en el propio hospital [público] (coordinadora de Kinesiología en pandemia).

Es más frecuente encontrar personal en situación de pluriempleo entre quienes trabajan en UTI/UCE/Unidad Coronaria (42%) que en el resto de las áreas. Si bien el pluriempleo es algo mayor entre las trabajadoras y los trabajadores de instituciones más chicas, se da de manera bastante similar en todas ellas. La mayoría del personal encuestado con pluriempleo tiene hasta dos puestos de trabajo, pero entre los/as kinesiólogos/as la intensidad es mayor, casi la mitad se desempeña en tres o más puestos/cargos, probablemente esto se asocia a la modalidad de trabajo, turnos de horarios más reducidos, y tiene su correlato en el promedio de horas trabajadas por semana, notablemente más elevado en el personal que trabaja en kinesiología.

El 88% del personal de salud encuestado que se desempeña en más de un cargo/ puesto considera que su trabajo principal es el que ejerce en la institución donde fue encuestado/a.

3.4. RIESGOS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN PANDEMIA

En este apartado se presentan los resultados del análisis de la percepción de las encuestadas y los encuestados sobre distintas variables relacionadas con la carga e intensidad de trabajo, la violencia en el ámbito laboral y lo que se denomina *burnout*.

Un estudio que había realizado la OIT en el contexto de la crisis de las hipotecas subprime examina cómo la dinámica de la situación de crisis económica y financiera del año 2018 afectó la salud de las trabajadoras y los trabajadores. Es interesante destacar que las trabajadoras y los trabajadores de la salud no son una excepción a la regla, sino que muchas veces se ven doblemente afectados ya que hay una recarga de trabajo, producto de la misma crisis, que incrementa su intensidad. ¿Qué se puede decir, entonces, de una crisis centrada en la salud, con una pandemia, donde se instala el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el personal de salud se transforma en un sector esencial, por su rol de cuidado y terapéutico, lo cual pone en riesgo su salud y la de sus familias y, además, incrementa la intensidad del trabajo, tanto por la sobrecarga de trabajo, como por el estrés?

En los últimos años se han abordado nuevas problemáticas, complejas de tratar y vinculadas al contexto de desempeño del trabajo. Se trata tanto de la mayor fragilidad en las modalidades de contratación como de la emergencia de nuevos riesgos ocupacionales, entre los

que se encuentran el estrés, los altos índices de *burnout* y la violencia en el ámbito laboral (un dato que también apareció durante el ASPO en la presente investigación). La OMS reconoce que el *burnout* es un síndrome que se ha transformado en un grave problema de quienes cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas y que incide tanto en el staff de la salud como en los miembros de la familia.

El *burnout* es un estado de agotamiento físico, afectivo y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado²¹. Para otra definición, el *burnout* se caracteriza por la presencia de enfermedades psicosomáticas en trabajadoras y trabajadores del área de servicios, generadas por las malas condiciones ambientales en su lugar de trabajo, falta de estímulos personales, económicos y de reconocimiento en sus tareas, escasez de tiempo libre y horarios inadecuados, siendo además factores estresantes crónicos que llevan al individuo hacia un desgaste en el trabajo, su vida y en la relación con las personas que lo rodean.

[Se refiere a una profesional que se cuestionaba su profesión] *en la UTI se le murieron 12 pacientes de 12 que estaban ventilando y dijo yo estudié para salvar y se me mueren todos* (jefa de Enfermería UTI).

El *burnout* es definido, además, como un proceso progresivo, más que un estado. Para Montenegro y Silva²² posee tres componentes esenciales:

- *agotamiento emocional*: sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Percepción de abatimiento, irritabilidad y ansiedad;
- *despersonalización*: numerosas actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que surgen para protegerse del agotamiento emocional como distanciamiento de las compañeras y los compañeros de trabajo y de las y los pacientes que originan una deshumanización de las relaciones, un desprecio cínico del entorno y la tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales. Actitud fría e impersonal hacia usuarios, usuarias,

21 Pines, A., y E. Aronson, *Carrer burnout: causes and cures*, Nueva York, The Free Press, 1988.

22 Montenegro, D., y M. A. Silva, "El stress profesional en los trabajadores de la salud: sus implicancias", XVIII Congreso Nacional de Medicina General y del Equipo de Salud, El Bolson, Río Negro, 13 al 17 de noviembre de 2003.

compañeros y compañeras de trabajo. Reacción de aislamiento y distanciamiento –debido a la restricción de la frecuencia e intensidad de las interacciones– para poder ajustarse a la situación de sobrecarga. Pérdida de la autoestima;

- *sentimiento de inadecuación profesional*: El o la profesional siente que las demandas laborales exceden su capacidad, originando una tendencia a la autoevaluación negativa y a insatisfacción con sus logros profesionales.

Otro de los graves riesgos es el **estrés**. La definición de estrés contiene implícitamente la idea de una fuerza coercitiva que actúa sobre una persona, que, queriendo contrarrestarla, se fatiga o agota. La persona sometida a estrés puede ser incapaz de adoptar decisiones correctas o resultar hipersensible a las críticas. Otras consecuencias: el ausentismo y afecciones tales como dolores de cabeza, erupciones cutáneas, dorsalgias o, incluso, coronariopatías. El reconocimiento del estrés y la consiguiente relajación pueden contrarrestar sus efectos, pero no eliminan sus causas, que están relacionadas con el trabajo. En general, la gente busca un trabajo en el que se le reconozca el esfuerzo realizado y que le brinde satisfacciones en materia de reconocimiento y una remuneración razonable. En el sector sanitario se han dedicado pocos estudios a esta cuestión.

En el cuestionario utilizado en la presente investigación se analizaron distintas situaciones para abordar estos temas: el equilibrio emocional necesario para la tarea; la complejidad de ella, el miedo al contagio (para sí o para la familia), sensaciones de cansancio, dificultades para descansar o para desconectar del trabajo cuando no se está trabajando, etc.

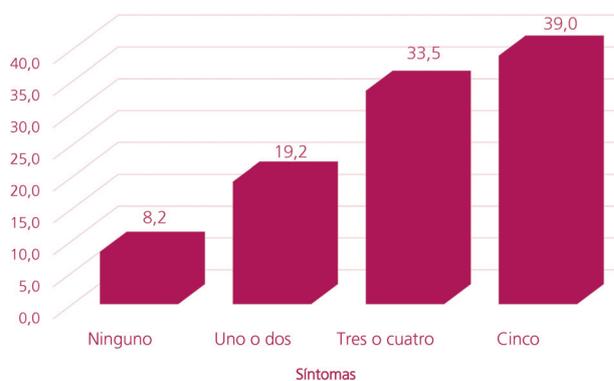
Al respecto es importante destacar que se ha encontrado un acuerdo casi unánime en relación con la exigencia de **equilibrio emocional** en el puesto de trabajo: el 93% del personal entrevistado afirma que está de acuerdo con la aseveración y solo un 7% sostiene lo contrario²³. Esta exigencia es percibida en mayor medida por enfermeras y enfermeros (97%) con relación a los otros grupos ocupacionales. Sin embargo, no varía ni en términos de género, ni por tamaño del establecimiento o lugar donde desarrolla la tarea.

Para conocer la situación de las trabajadoras y los trabajadores en relación con el **síndrome de burnout** se

construyó un indicador basado en la propia percepción respecto de los siguientes factores: dificultad de abstraerse de los temas laborales al estar fuera del ámbito de trabajo, dificultades en el sueño y/o descanso, cansancio físico y/o mental, dificultades para recuperarse del cansancio o la pérdida de energía y temor a contagiarse o contagiar a familiares.

Se considera que 39% del personal de salud encuestado está fuertemente afectado por *burnout* por padecer simultáneamente los cinco síntomas descriptos. La incidencia de este síndrome aumenta un poco en el grupo de técnicos/as y kinesiólogos/as, entre quienes llega a 50%. No se observan mayores diferencias por área o sector de trabajo –lo cual resulta significativo–. Y, aunque con brechas menores, también se ve que el personal de salud con *burnout* se incrementa con la edad (las y los jóvenes siempre se encuentran algo menos presionados), que los varones están un poco más afectados que las mujeres y que es mayor la prevalencia de este síndrome en los establecimientos grandes. Como contrapartida, solo 8% del personal de salud encuestado respondió no sentirse afectado por ninguno de los cinco factores analizados. Es decir, gran parte de estas personas manifiestan experimentar algún síntoma de agotamiento físico, emocional o mental a causa de su trabajo.

Gráfico 1
Personal de salud por síntomas de burnout percibidos (%)



Fuente: FES-ATSA 2020.
Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Al considerar por separado estos factores asociados al síndrome de *burnout*, se observa que en todos ellos el porcentaje de trabajadoras y trabajadores que manifiestan estar afectados supera el 50%, pero hay dos que se destacan porque alrededor del 80% de los casos se reconocen en esa situación: frecuente cansancio físico y/o mental y las licencias o días no trabajados no les alcanzan para recuperarse del cansancio o la pérdida de energía. Además, 7 de cada 10 trabajadoras y trabajadores expresaron temor por contagiarse o contagiar a sus familiares.

23 Para facilitar la lectura de los datos se agruparon las respuestas "muy de acuerdo" y "algo de acuerdo", por un lado, y, por otro, "algo en desacuerdo" y "muy en desacuerdo".

La **intensidad de trabajo** es otro factor asociado al *burnout*. Se midió la percepción del personal de salud respecto de la frecuencia con la que está sometido a alta intensidad de trabajo por tiempos asignados, por ausencia del personal o por temor, estrés o tensión. Se construyó un indicador resumen que combina la información obtenida, cuyos resultados se analizan a continuación.

Como se observa en el Cuadro 4, para los grupos profesionales la percepción de estar sometidos a alta intensidad del trabajo con una frecuencia muy alta o alta supera el 60% de los casos, y solo disminuye para el grupo de tareas de apoyo (traslado de pacientes y mucamas). Esa frecuencia es algo menor para las y los más jóvenes y más alta en las y los mayores de 40. También es un poco más elevada en las mujeres, en establecimientos medianos o grandes, y alcanza al 72% del personal de unidades intensivas o de alta complejidad.

Casi la totalidad de los/as kinesiólogos/as se perciben desarrollando sus tareas en contextos de alta intensidad de trabajo.

Si se analizan por separado los tres factores de alta intensidad que se midieron, se ve que en todos ellos es elevado el porcentaje de trabajadoras y trabajadores que refieren tener que trabajar “siempre o muchas veces” en esas condiciones (entre el 56% y el 67%); el factor más referido es el de alta intensidad de trabajo en los tiempos asignados.

Para abordar la dimensión **desorganización del trabajo**

se midió la percepción que el personal de salud encuestado tiene respecto de la frecuencia con la que está expuesto a trabajar en situaciones de desorganización y de escasa coordinación a nivel horizontal con el equipo de trabajo.

Contrariamente a lo que *a priori* podría haberse supuesto por la necesidad de urgente respuesta en un contexto de pandemia, este tema no se advierte como un problema frecuente en la mayoría de las respuestas: el 56% de las personas consultadas señala que la frecuencia con la que trabaja en condiciones de desorganización debidas a la concurrencia de ambos factores es media o baja. No obstante, no deja de ser preocupante que el 44% del personal no médico refiera hacerlo en esas condiciones con una frecuencia alta o muy alta.

Se percibe en una mejor situación el grupo de camilleros y mucamas y el de enfermería, así como el personal de más edad y el que está empleado en establecimientos chicos. Por el contrario, entre las personas más jóvenes y aquellas que trabajan en establecimientos medianos, es mayor la proporción que con una frecuencia alta o muy alta desarrolla tareas en ámbitos en los que advierte que falta organización del trabajo (alrededor del 50% de los casos).

Si se trata de manera independiente los dos factores que integran este indicador se aprecia que son similares los porcentajes de trabajadoras y trabajadores que desarrollan sus actividades siempre o muchas veces, en contextos de desorganización (39%) o de escasa coordinación a nivel horizontal con el equipo de trabajo (36%).

Cuadro 4:
Personal de salud por intensidad del trabajo según ocupación (%)

Ocupación	Frecuencia de alta intensidad del trabajo				
	Total	Muy alta	Alta	Media	Baja o muy baja
Total	100	42,9	21,4	17,0	18,7
Enfermera/o	100	42,7	20,8	16,7	19,8
Técnica/o ⁽¹⁾ , kinesióloga/o	100	43,5	23,9	13,0	19,6
Camillero o mucama	100	44,1	14,7	23,5	17,6

⁽¹⁾ Técnica/o en bioimágenes o de laboratorio.

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Cuadro 5
Personal de salud según su percepción de la desorganización del trabajo (%)

Ocupación	Frecuencia de exposición a desorganización del proceso de trabajo				
	Total	Muy alta	Alta	Media	Baja o muy baja
Total	100,0	28,0	15,9	19,2	36,8
Enfermera/o	100,0	20,8	20,8	15,6	42,7
Técnica/o ⁽¹⁾ kinesióloga/o	100,0	37,0	13,0	19,6	30,4
Camillero o mucama	100,0	29,4	8,8	29,4	32,4

⁽¹⁾ Técnica/o en bioimágenes o de laboratorio.

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

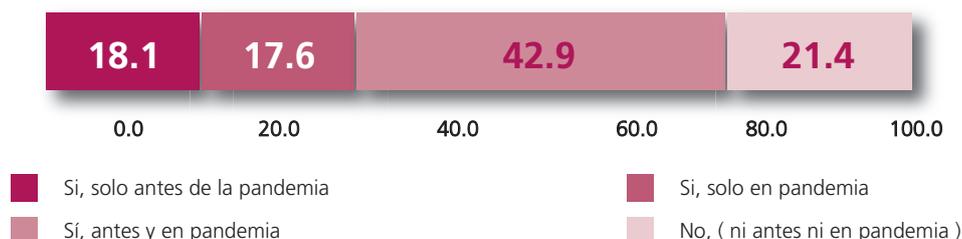
Otra dimensión abordada en este estudio es la **falta de insumos adecuados**, que se midió a través de la percepción que el personal de salud encuestado tiene respecto de la frecuencia con la que está expuesto a trabajar en contextos de falta de insumos apropiados y limitaciones de espacio. La mayoría del personal refiere que la frecuencia con la que debe desempeñar tareas expuestas a estos dos factores es media o baja/muy baja (56%), se perciben en una situación algo más desfavorable quienes trabajan en UTI/UCE/Unidad Coronaria en relación con las trabajadoras y los trabajadores de otros sectores. De los dos factores, el que se presenta como más problemático es el referido al espacio físico, el 48% de las personas indagadas refieren que siempre o muchas veces deben trabajar con limitaciones de espacio.

Como se señaló, en el ámbito de la salud, **la violencia laboral** comienza a aparecer como una dimensión problemática. Como el relevamiento se realizó en el contexto de la pandemia, era importante discernir si estas situaciones de violencia son un nuevo emergente o

una continuidad de lo que habían experimentado con anterioridad. Es por ello que se consultó a las trabajadoras y los trabajadores si en su área de trabajo, antes y durante la pandemia, se habían presentado situaciones de violencia física o psicológica. A continuación, se resumen los principales hallazgos de la investigación.

Resulta interesante que el porcentaje de aquellas y aquellos que dicen que en su área de trabajo no han ocurrido episodios o experiencias de violencia es bajo: solo una quinta parte (el 21%) del total de las entrevistadas y los entrevistados. Los resultados obtenidos también permiten afirmar que una parte numéricamente importante del personal de salud encuestado (43%) trabaja en un contexto en el que hay una cierta continuidad –pre y en pandemia– en la exposición a situaciones de violencia. Y un dato no menor es que el 18% reporta que en un período relativamente corto –de alrededor de 6 meses– en su sector se presentaron situaciones violentas que no se habían producido con anterioridad a la pandemia, es decir en un período de exposición mucho mayor.

Gráfico 2
Personal de salud por situaciones de violencia pre y en pandemia



Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Una vez más, se pone en evidencia que la violencia experimentada por las trabajadoras y los trabajadores de la salud proviene de familiares y/o pacientes, y, en mayor medida, durante la pandemia de las y los superiores. (Ver cuadro 6)

En síntesis, este apartado y el análisis de datos revela las

situaciones de carga de trabajo, estrés, *burnout* y violencia que está sufriendo el personal de salud desde antes y durante la pandemia. Esto requiere de políticas analizadas de manera participativa entre todos los actores del espacio de la salud. No pueden ser pensadas desde escritorios o criterios teóricos, sino que requieren de acción conjunta, ya que estas situaciones repercuten sobre la calidad de la atención.

Cuadro 6:
Personal de salud, preguntado por situaciones de violencia en su área de trabajo y período de ocurrencia (%)

Situaciones de violencia sobre la base de quién la ejerció y períodos ²⁴		%
Violencia por parte de pacientes y/o familiares de pacientes	Total	100,0
	Sí, solo antes de la pandemia	22,0
	Sí, solo en pandemia	17,0
	Sí, antes y en pandemia	30,8
	No, en ningún momento	30,2
Violencia por parte de colegas, compañeras, compañeros, superiores, jefas, jefes o acoso laboral/coacción para el cumplimiento de tareas	Total	100,0
	Sí, solo antes de la pandemia	10,4
	Sí, solo en pandemia	19,2
	Sí, antes y en pandemia	22,5
	No, en ningún momento	47,8
Acoso sexual o algún otro tipo de violencia no mencionada anteriormente	Total	100,0
	Sí, solo antes de la pandemia	7,7
	Sí, solo en pandemia	3,8
	Sí, antes y en pandemia	4,4
	No, en ningún momento	84,1

Fuente: FES-ATSA 2020. Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

24 Para facilitar el análisis y por considerar que tienen unidad conceptual, los seis factores de violencia indagados (violencia por parte de pacientes, por parte de familiares de pacientes, por parte de colegas o compañeras, compañeros de trabajo, por parte de superiores o jefas o jefes, acoso sexual; acoso laboral/coacción para el cumplimiento de tareas, otro tipo de violencia) se resumieron en los tres indicadores presentados en este cuadro.

4

TEMÁTICAS EMERGENTES EN LA PANDEMIA Y SALUD OCUPACIONAL

En este apartado se resumen los principales resultados de la encuesta sobre aspectos específicos relacionados con la pandemia que afectan la salud psicofísica del personal sanitario no médico, en las instituciones incluidas en la investigación. Al finalizar se presenta un breve perfil de su situación de salud y consumo de medicamentos.

En razón de que la fiebre alta es uno de los síntomas asociados a covid-19, se consultó a las personas encuestadas sobre si en el lugar de trabajo se les realizan controles diarios de temperatura al iniciar y finalizar la jornada laboral. Un 16,5% refiere que sí (al comenzar y al terminar), el 77,5% dice que solo una vez por día, y el 6% restante ninguna vez. En términos de ocupaciones son los técnicos y técnicas de bioimágenes y laboratorio y los kinesiólogos y kinesiólogas a quienes menos se chequea (en ese grupo, el 15% de las y los profesionales reporta ausencia de controles diarios). Curiosamente, es en las instituciones grandes donde la falta de revisiones de temperatura es más frecuente (10%).

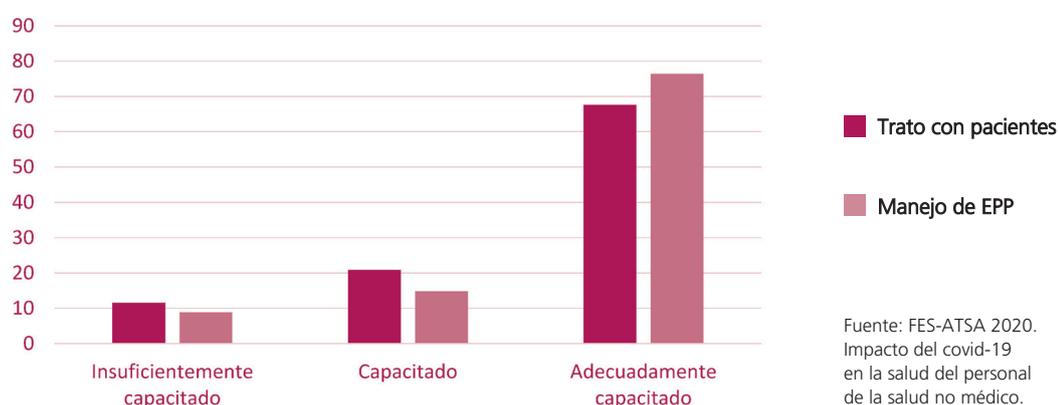
Un tema central en el manejo de la pandemia es la **capacitación/formación específica** del personal de salud para prevenir contagios y para tratar a pacientes con covid-19. Mayoritariamente las trabajadoras y los trabajadores re-

fieren haber recibido algún tipo de capacitación para prevenir posibles contagios (88%). El grupo conformado por camilleros y mucamas presenta una situación algo más desfavorable, con un porcentaje más bajo de personal que recibió capacitación sobre este tema (82%).

Asimismo, se les pidió a las personas encuestadas que expresaran, en una escala de 1 a 5, en la que el nivel más bajo indica “insuficientemente” y el más alto “adecuadamente”, su parecer respecto de cuán capacitada o capacitado se siente en el trato de pacientes con covid-19 y en el manejo de EPP. Resulta interesante –en relación con los datos presentados en el párrafo anterior– destacar que 76% del personal se percibe adecuadamente capacitada en el manejo de EPP y solo 68% en el trato con pacientes que padecen esta patología (Gráfico 2). Enfermería es la ocupación que concentra un porcentaje más elevado de personal que se siente adecuadamente capacitado en el manejo de EPP (84%) y en el trato con enfermas y enfermos de covid-19 (73%). En cambio, las ocupaciones de menor nivel de calificación (como camilleros o mucamas) tienen proporciones más bajas de personal que se percibe adecuadamente capacitado (71% en EPP y 59% en trato con pacientes).

Gráfico 3

Personal de salud por autopercepción sobre su capacitación en el trato con pacientes con COVID-19 y en el manejo de EPP



Al tener los primeros casos en el país empezamos inmediatamente a tener capacitaciones del equipo de infectología y de control de infecciones y a revisar los protocolos y las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS/OPS. Con la poca información que se tenía al principio nos empezamos a preparar y a capacitarnos internamente porque íbamos a ser centro de derivación... Armamos capacitaciones en todos los turnos incluso en turnos nocturnos y los fines de semana, y dimos prioritariamente capacitación de colocación y retiro de elementos de protección personal, no solamente para lograr pericia técnica sino también para manejar la ansiedad por el exceso de información (jefe del Dpto. de Enfermería).

Otra dimensión que no puede soslayarse y que fue incluida en la encuesta, es la referida a la implementación, por parte de las instituciones, de **dispositivos específicos de contención y acompañamiento** para los equipos de salud y a nivel personal (a través de espacios de consulta con especialistas). Es relativamente bajo el porcentaje de personal que responde que en la institución donde está siendo encuestado cuenta con estos mecanismos. Resulta interesante la distribución y segmentación de las respuestas que se obtuvieron.

Cuadro 7
Personal de salud
por dispositivos de contención en la institución (%)

Tipo de dispositivo	Existencia en la institución			
	Total	Sí	No	No sabe
Dispositivos de contención al equipo de salud	100	28,6	46,2	25,3
Espacios de consulta interpersonal con especialistas	100	30,2	40,7	29,1

Fuente: FES-ATSA 2020.
Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Son las kinesiólogas y los kinesiólogos quienes mayor desconocimiento tienen de ambos mecanismos (probablemente por su alto nivel de pluriempleo). Son relativamente pocos los casos que refieren haber consultado a especialistas en búsqueda de apoyo y contención (7%). Estas respuestas no hacen a la existencia efectiva de esos servicios, sino al grado de información que el personal tiene.

También se indagó respecto de si la población estudiada conoce o no el servicio de asistencia psicológica que

brinda el sindicato y las respuestas obtenidas indican que el desconocimiento es aún mayor (70%), en cambio es similar el porcentaje (30%) de encuestados y encuestadas que afirma conocerlo.

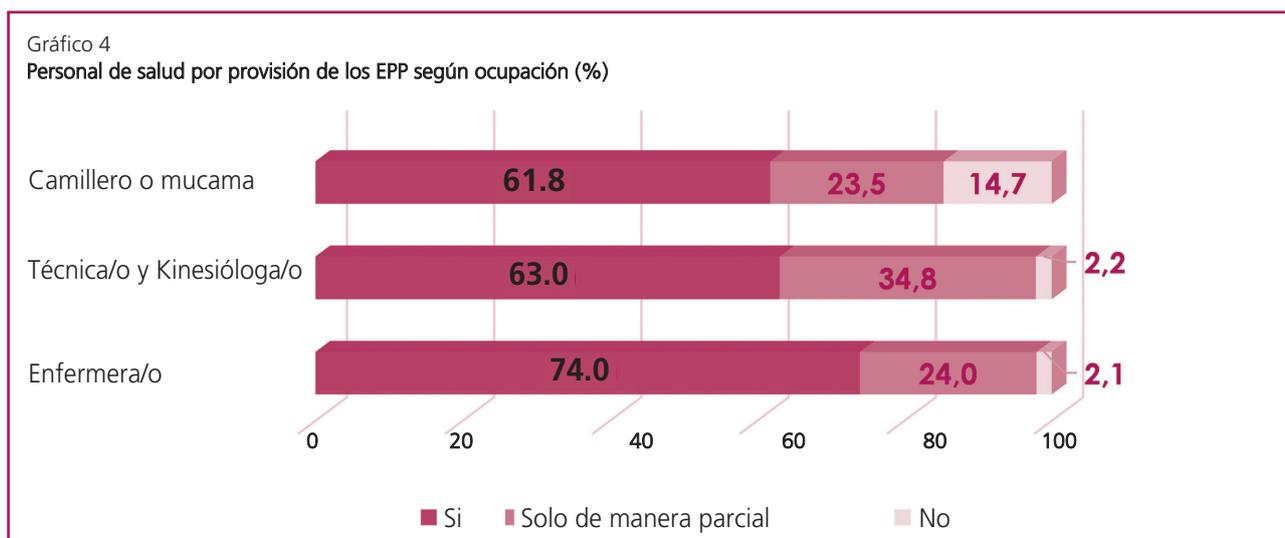
Si bien la información proveniente de los datos estadísticos señala el escaso acceso a las asistencias psicológicas, es importante su presencia. Lo destacan algunas entrevistas.

Tuvimos un caso puntual de una compañera que se contagió toda la familia y estuvieron internados en distintos sanatorios. Y el hijo de 14 años, estuvo con una angustia terrible, depresivo, incluso cuando conseguimos que en el mismo sanatorio donde estaba internado con el padre, lo pusieran en la misma habitación (ya estaban confirmados los dos) y el padre se descompensó. Fue una situación horrible y ahí sí hicimos uso de este canal de contención justamente para el chiquito que lo estaba pasando muy mal. De hecho, cuando la compañera se reincorporó, hace dos meses, el hijo otra vez empezó nuevamente con una crisis porque no quería que vuelva la madre por miedo a que se pudiera contagiar, porque encima tenemos esto ¿no?, el contagio. Fue complicadísimo (enfermera, delegada gremial).

La provisión adecuada en calidad y cantidad de EPP y su correcta utilización es central para cuidar al personal de salud, a su entorno directo y a la población en general. Se midió la percepción que tienen las trabajadoras y los trabajadores sobre los EPP de que se les provee.

Respecto de la disponibilidad, concretamente se preguntó: ¿Le parece que cuenta con los elementos de protección personal para covid-19 necesarios para la protección de su salud? La pregunta apunta a conocer cómo se sienten las trabajadoras y los trabajadores al desempeñar sus tareas, no es una evaluación objetiva en función de las recomendaciones del Ministerio de Salud, la OMS o de ninguna otra organización o institución.

El 68,1% respondió que cuenta con la totalidad, el 27,5% considera que cuenta solo de manera parcial y el restante 4,4% responde que no cuenta con los elementos necesarios. Se repite aquí el patrón por ocupación observado en otras temáticas analizadas: el personal de enfermería se percibe en una mejor situación que el grupo de técnicos y técnicas y kinesiólogos y kinesiólogas y el grupo integrado por camilleros y mucamas. Las trabajadoras y los trabajadores de este último grupo se perciben más vulnerables, alrededor del 15% directamente refieren no contar con los EPP necesarios.



Fuente: FES-ATSA 2020.
Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Es significativo que la expresión más deficitaria se encuentre en el grupo que se desempeña en las unidades de mayor complejidad, y no en las de menor. En efecto, el 65% del personal de UTI/UCE/Unidad Coronaria²⁵ señala tener la totalidad de los EPP, el 26% solo parcialmente y el 9% no contar con esos elementos. En el resto de las áreas consideradas en conjunto, esos valores son 71%, 28% y 1% del personal, respectivamente. El mayor déficit (algunos) se encuentra en las instituciones grandes y en una de las medianas.

Igualmente, se les pidió su valoración respecto de la calidad y cantidad de equipos de protección personal para covid-19 con los que cuentan²⁶; la pregunta que se realizó apunta a conocer cómo se siente el personal de salud encuestado, no es una medición objetiva de los elementos. También son interesantes las respuestas recibidas, algo menos de la mitad de las trabajadoras y los trabajadores consultados considera que cuenta con EPP adecuado en calidad y en cantidad. En términos del grupo ocupacional, nuevamente son los técnicos y técnicas de laboratorio y bioimágenes y kinesiólogos y kinesiólogas quienes expresan mayor carencia (9% considera que los EPP que les proveen son inadecuados en ambos parámetros); por el contrario, camilleros y mucamas son quienes en mayor medida consideran contar con elementos totalmente adecuados. Al revés de lo que se observó en el punto anterior, es mayor el porcentaje de personas que expresan trabajar en condicio-

nes óptimas en relación con los EPP, en las áreas de alta complejidad (56%) que en las restantes (41%). El personal encuestado en instituciones medianas declara con más frecuencia tener algún tipo de carencia en cuanto a calidad y/o cantidad de EPP.

Cuadro 8
Personal de salud por valoración de los EPP de los que dispone, según ocupación

Ocupación	Valoración de los EPP				
	Total	Adecuados en calidad y cantidad	Adecuados en calidad pero falta cantidad	Deficientes en calidad pero adecuados en cantidad	Inadecuados en calidad y cantidad
Total	100	47,1	18,4	28,2	6,3
Enfermera/o	100	48,9	19,1	26,6	5,3
Técnica/o (1) y kinesióloga/o	100	40,0	15,6	35,6	8,9
Camillero o mucama	100	55,2	20,7	20,7	3,4

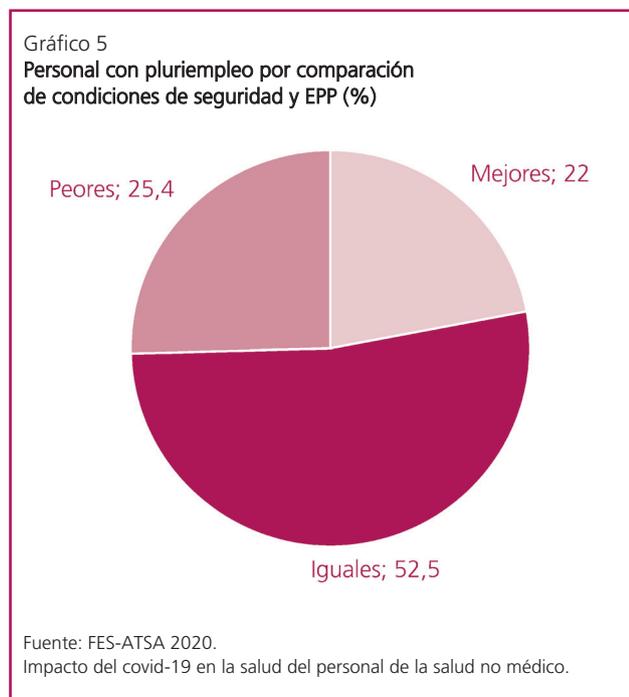
(1) Técnicas/os de laboratorio y bioimágenes.
Fuente: FES-ATSA 2020.
Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Al personal que se desempeña en más de un cargo/puesto de trabajo (algo más del 32% del total), se le pidió que valore de manera general las medidas de seguridad y EPP para covid-19 que tiene en sus otros lugares de trabajo en comparación con la institución donde fue encuestado. El 53% respondió que son iguales, pero un dato significativo es que una parte muy im-

25 Incluye personal que además de trabajaren UTI/UCE/Unidad Coronaria, también lo hace en otras áreas.

26 Pregunta dirigida al personal que refiere que cuenta con la totalidad o una parte de los EPP que considera necesarios para su protección.

portante de trabajadoras y trabajadores con pluriempleo transita entre instituciones de salud u otros lugares de trabajo (por ejemplo, geriátricos y domicilios particulares) con distintas condiciones de seguridad y protección, con los riesgos potenciales que esto trae aparejado (47% del personal con pluriempleo y 17% del total del personal encuestado).



La utilización de los EPP es casi total por parte de todos los trabajadores y las trabajadoras encuestados, tanto de los distintos espacios y unidades de trabajo como de edad y género. Ello es así, a pesar de un reconocimiento importante de la molestia que les provoca su uso. Solo un 12% del total manifiesta que no le produce molestias (ni siempre ni algunas veces o en determinados momentos). El personal de más edad, a partir del grupo de 40 a 49 años, y el que trabaja en los establecimientos medianos y grandes, es el que expresa sentir menos molestias o malestares a cauda de los EPP.

Estos datos estarían indicando que las molestias en el uso de los EPP son básicamente una respuesta individual y no se explica por lugar de trabajo, género o institución. Solo podría agregarse que las y los jóvenes –menores de 30 años– tienen una propensión un poco mayor a la no utilización, pero esta es poco significativa. Los trabajadores y trabajadoras de los establecimientos más grandes son los que menos molestias manifiestan.

Cuáles son las principales molestias que causan los EPP en los trabajadores y las trabajadoras o que son percibidas como tales. Constituye una información importante y significativa ya que se trata de uno de los principales factores de protección en el desempeño de sus tareas.

Cuadro 9

Molestias provocadas por el uso de EPP

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Los elementos de protección covid me impiden trabajar adecuadamente	31,4	43,8	24,8
Los elementos de protección covid me impiden comunicarme fluidamente con los pacientes	47,7	37,9	14,4
Los elementos de protección covid me impiden comunicarme fluidamente con mis colegas	45,1	39,2	15,7
Los elementos de protección covid me producen escoriaciones, alergias u otras molestias o lesiones	56,9	29,4	13,7

Fuente: FES-ATSA 2020.

Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Como surge del cuadro, el principal inconveniente se relaciona con que les producen escoriaciones, alergias u otro tipo de molestias. El 86,3% manifiesta estar “de acuerdo” o “parcialmente de acuerdo” con la afirmación propuesta. No emergen diferencias significativas entre quienes se desempeñan en UTI/UCE/Unidad Coronaria y el resto de las áreas. Entre el personal de enfermería la esa proporción es mayor que en otros grupos ocupacionales (93%), esto podría estar relacionado con el equipamiento y la extensión de la jornada de trabajo que hace que pasen muchas horas con los elementos puestos. También se aprecian diferencias entre sexos: las mujeres manifiestan más inconvenientes que los varones; incluso si se analizan las respuestas por género al interior de la ocupación Enfermería esa brecha se mantiene (95% de las enfermeras frente al 86% de los enfermeros reportan este tipo de problemas), y si bien son pocos casos, también se aprecia esa tendencia entre mucamas y camilleros.

El segundo problema es la dificultad para comunicarse con las y los pacientes (85,6%) y con las y los colegas (84,3%). Son menos quienes afirman que los EPP no les permiten trabajar adecuadamente (75%).

Alrededor del 37% del personal de salud encuestado que se contagió covid-19 manifiesta que las molestias o lesiones provocadas por los EPP surgieron o se agravaron luego de padecer la enfermedad.

Ante la pregunta si había sanciones en las organizaciones por no respetar el uso de los EPP, el 38,5% contestó

afirmativamente. Este porcentaje aumenta algo para las UTI/UCI y Unidad Coronaria (donde la sanción es mencionada en el 43% de los casos, frente al 35% en las otras áreas). La frecuencia de la sanción es también algo mayor en las instituciones grandes.

La preocupación de la investigación se extendió a conocer la **salud ocupacional** de las trabajadoras y los trabajadores y la ingesta de medicamentos, generalmente de uso muy extendido en el personal de salud, pero que, obviamente no aparece reconocido. También es cierto que este comportamiento puede estar más extendido en el personal médico, excluido en nuestra investigación. Sin embargo, los indicadores de cansancio (físico y mental), estrés, dificultades con el sueño, son habituales. Como se observa en el cuadro siguiente, el principal problema es el estrés, mencionado en el 77% del total del personal, que aumenta en las y los profesionales de la salud. Fatiga mental y física son también importantes con un 67,6% y 59,3%, respectivamente, dolores de cabeza y de cuello son trastornos muy habituales. (Ver Cuadro 10)

En el relevamiento realizado con distintas variables para ver cuál es la de mayor peso, se observa que cuando se analizan las molestias o malestares por género, son más las mujeres que los hombres quienes refieren padecer malestares o molestias: casi 79% del personal femenino manifiesta tener dolores de cabeza versus el 57,4% de los varones y esto se extiende a dolores en los miembros (inferiores o superiores) y a todas las otras dimensiones analizadas, aunque en otras proporciones. Hay mayor semejanza en los valores de fatiga física y mental; en estrés la proporción supera un poco el 80% en las mujeres y es de 70% en los varones.

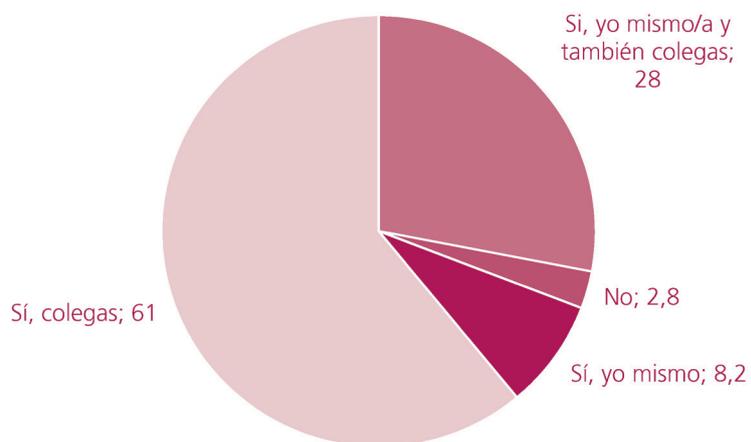
El tema del estrés se había analizado previamente en el apartado sobre los riesgos psicosociales, pero es importante destacar el alto nivel de contagio de covid-19 en las áreas analizadas, factor que también incide en el nivel de estrés del personal de salud. Es evidente que no solo hay miedo al contagio, sino que hubo muchos contagios en el sector del personal de salud, ya que solo alrededor del 3% reporta que no se contagió ni lo hicieron sus colegas en su área de trabajo.

Cuadro 10
Personal de salud por principales molestias o malestares asociados a su trabajo según ocupación (%)

Molestias o malestares	Ocupación			
	Total	Enfermera/o	Técnica/o, kinesióloga/o	Camillero o mucama
Dolores de cabeza	70,9	71,9	71,7	70,6
Dolores en cuello	72,0	78,1	69,6	61,8
Dolores lumbares, dorsales	66,5	72,9	65,2	55,9
Fatiga física	59,3	61,5	52,2	67,6
Fatiga mental	67,6	69,8	71,7	61,8
Estrés	76,9	78,1	82,6	73,5
Trastornos en el sueño	52,7	53,1	56,5	47,1

Fuente: FES-ATSA 2020.
Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

Gráfico 6
 Personal de salud por contagio de covid-19 en su área de trabajo (%)



Fuente: FES-ATSA 2020.
 Impacto del covid-19 en la salud del personal de la salud no médico.

En materia de consumo de medicamentos, si bien, como se señaló, no son cifras alarmantes, la toma de tranquilizantes es cercana al 10% y de medicamentos para re-

gularizar el sueño es del 8%; resalta que sean los fármacos más mencionados.

5

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Este estudio resalta distintos aspectos, algunos muy conocidos y otros novedosos, sobre la experiencia de pandemia. Entre los primeros destaca el papel central de la fuerza de trabajo de la salud, de los equipos de salud, que no son valorados en la importancia que tienen tanto en la determinación de la calidad de atención como en el accionar en el trato con las y los pacientes y en los resultados epidemiológicos. Las reformas de la década del 90 no los tomaron en cuenta y dieron como resultado una fuerte precarización y un empeoramiento en las condiciones de trabajo. En esta pandemia fueron denominados “trabajadores esenciales”. Sin embargo, la carga de trabajo y los contagios provocaron una situación compleja y con consecuencias difíciles de prever en caso de una nueva ola, pico epidemiológico o de cualquier otra epidemia o pandemia. Un aspecto destacable es el fuerte compromiso y vocación de las trabajadoras y los trabajadores de la salud evidenciado en la defensa a la pertenencia al puesto de trabajo como elemento de identidad personal, por lo que esto hasta podría actuar como una amenaza para el propio trabajador o trabajadora.

Amerita que se abra un debate en la sociedad sobre la valoración que tienen los profesionales de la salud en el país. Creo que algo empezó a pasar y, después se quedó un poquito en el medio cuando empezaron los aplausos en los balcones: creo que todos los que estaban trabajando en salud dijimos sí, todo bien, pero tiene que pasar algo más, ¿te estás aplaudiendo a vos o me estás aplaudiendo a mí? ¿qué significa esto? (enfermero, jefe de Dpto. de Enfermería).

Esta “columna vertebral” del sector salud, con alta vocación profesional y de servicio, ha sentido muy fuertemente en sus propios cuerpos, en sus familias y en sus condiciones de salud el impacto de la intensidad de trabajo, la fatiga física y mental, el estrés, producto de las condiciones de trabajo por pandemia.

El panorama se agrava en la medida en que se trata de trabajadores y trabajadoras con pluriempleo, rasgo co-

mún de este sector que se manifiesta en casi todos los países de la región. Este fenómeno se verifica en las trabajadoras y los trabajadores del sector público y del sector privado, lo cual genera una problemática extensión de la jornada de trabajo. Más del 30% de las encuestadas y los encuestados presta jornadas que superan las 48 horas semanales y en los varones esta situación se da en 6 de cada 10 casos. No constituye solo un problema para ellas y ellos, sino también para la propagación de los contagios.

Los datos muestran una población con alta proporción del personal femenino cuyas estructuras de convivientes –a diferencia de las de los varones– señalan un peso importante de las tareas de cuidado.

En cuanto a los riesgos psicosociales del trabajo, se ha evidenciado la alta prevalencia del estrés y del *burnout*, así como de situaciones que demandan un importante compromiso emocional como las de violencia laboral (antes de y durante la pandemia)²⁷.

El uso de los EPP es visto de una manera ambivalente: por un lado, como los protectores frente a la enfermedad, y por otro, como factor de solidaridad, ya que hay un “otro” que tiene que ayudarlo o ayudarla a “protegerse”. Al mismo tiempo los EPP generan dificultades y molestias y son obstáculos en la relación con colegas y pacientes.

Este complejo de situaciones que enfrentan se expresa en materia de salud ocupacional con la emergencia de la fatiga física y mental, dificultades de conciliar el sueño, etc. Más del 90% de los encuestados y las encuestadas se han contagiado o han tenido colegas con covid.

²⁷ En investigaciones relativamente recientes (“Estudio comparativo...”, cit. en nota 6), la violencia aparece como una condición habitual que sufre el personal de salud, en particular en los países de la región; y la OMS la reconoce como un problema que se viene agudizando.

O sea, que es una población altamente vulnerable sobre la cual deben aplicarse políticas y estrategias destinadas a disminuir el nivel de estrés y *burnout*. Algunas medidas en la línea de regular las jornadas de trabajo, vacaciones, o días de descanso y políticas referidas a horas extras, etc., deberían ser puestas en práctica. Los sistemas de apoyo psicológico que brindan tanto las instituciones como el sindicato presentan un alto nivel de desconocimiento, lo que requiere realizar un esfuerzo mayor para poder llegar mejor a la población objetivo. La gestión del trabajo en el sector requiere ser jerarquizada por su importancia estratégica.

También se requiere estar prevenidos para el “tercer momento” que presenta aristas complejas: por un lado, en caso de ocurrencia de una “segunda ola”, como en Europa, el nivel de agotamiento, cansancio del personal de salud requiere poner en consideración, tanto la salud del personal sanitario, como incluso la eficacia que pueden llegar a tener en caso de una vuelta a las situaciones de alta intensidad de trabajo.

En síntesis, es importante destacar que, de existir un rebrote de esta pandemia, si bien se tendrá más conocimiento del virus y de su comportamiento, el eje del sector, que es su fuerza de trabajo, estará sufriendo las secuelas del agotamiento físico y psíquico.

El tema de las secuelas es sumamente preocupante pues aún no son debidamente conocidas. La presente inves-

tigación da cuenta de dificultades respiratorias de distinta magnitud y síntomas de agotamiento en personal contagiado que se ha reincorporado a los equipos de trabajo. Se ha difundido un nuevo concepto al respecto, el síndrome de cuidados posintensivos²⁸ de pacientes con covid-19 que sobrevivieron a una estancia prolongada en la UTI.

El reconocimiento oportuno de este problema por parte de las instituciones médicas y las organizaciones gremiales debería contribuir al diseño de estrategias adecuadas de prevención o rehabilitación. Es imprescindible la definición de estrategias para apoyar a las y los profesionales de la salud y a quienes padecen secuelas por haberse contagiado.

Expertos en Medicina del Trabajo entrevistados han resaltado la necesidad de tomar decisiones políticas y de organización del trabajo y destacan que aunque el enfoque principal de los sistemas de atención de la salud es minimizar la transmisión, tratar la infección y salvar vidas, se debe prestar atención al cuidado de la salud del trabajador y la trabajadora de la salud, quienes suelen percibir el riesgo en el caso de que esté en juego la salud y el bienestar de sus familias, por lo cual se transforma en un sector altamente vulnerable.

28 El concepto síndrome de cuidados posintensivos (PICS, por sus siglas en inglés) se estableció en 2012 en una conferencia de partes interesadas y se define como deficiencias físicas, cognitivas o en el estado de salud mental que surge después de una enfermedad crítica y persiste más allá de la atención de hospitalización aguda. Alguno de estos trastornos puede ocurrir en más de la mitad de las y los pacientes tres meses después de una enfermedad grave tratada en la UC12. Puede provocar deficiencias en la vida diaria, incapacidad para regresar al trabajo y disminución de la calidad de vida.

6

ABORDAJE METODOLÓGICO

En el marco de la emergencia por covid-19, la Fundación Friedrich Ebert en Argentina (FES) y la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), realizaron un estudio sobre el impacto de la pandemia en las condiciones de salud del personal sanitario no médico.

El diseño conceptual del cuestionario estructurado y de la guía de entrevista a informantes clave se realizó de manera colaborativa entre el equipo de dirigentes de ATSA CABA y de su Comisión Directiva, así como con un conjunto de delegadas y delegados de los diferentes establecimientos y el equipo coordinador responsable técnico del Proyecto. El trabajo fue colaborativo con el sindicato, ya que, una vez planteados los ejes centrales a indagar se consultó con ese equipo para contar con el aval gremial sobre ellos y se recibieron aportes sobre la formulación de preguntas incluidas en el cuestionario. También se acordaron los efectores a escoger ya que se trató, a pesar de la escasez presupuestaria y de tiempo, de hacer una selección heterogénea de los establecimientos a considerar.

ABORDAJE CUANTITATIVO

En el mes de septiembre se realizó la prueba piloto en una de las instituciones seleccionadas, lo que permitió realizar los ajustes finales en el instrumento de recolección de datos y en la logística operativa para completar la encuesta de manera *online*. Para diseñar el cuestionario y recopilar las respuestas se utilizó la aplicación Google forms y se envió la invitación a responder la encuesta por WhatsApp o correo electrónico.

Para el relevamiento de encuestas autoadministradas se eligieron de manera intencionada ocho efectores de salud: dos instituciones de tamaño pequeño (hasta 100 camas), tres instituciones de tamaño mediano (más de 100 y menos de 500 camas) y otras tres, grandes (más de 500 camas). Se aplicó un cuestionario estructurado a 182 trabajadoras y trabajadores de la salud –personal no médico–, en contacto directo con pacientes con covid-19 o posibles covid-19. Se establecieron cuotas por

ocupación y área de trabajo –muestra no probabilística– y se incluyó a personal de atención directa y de gestión. Las personas encuestadas fueron convocadas a participar a través de referentes y delegadas o delegados de ATSA, capacitados y guiados por el equipo de investigación. Para su selección debieron cumplir con las cuotas establecidas por ocupación y sector de trabajo y seguir los lineamientos que se exponen a continuación:

- Personal en contacto con pacientes con covid-19 o posibles covid-19.
- Que trate personas adultas (es decir que no se dedique en forma exclusiva a pacientes pediátricos).
- Que trabaje en las instituciones seleccionadas con anterioridad al inicio de la pandemia.
- Que no sea únicamente de personal afiliado o con contacto estrecho con ATSA.
- Incluir variedad de turnos de trabajo, edades y sexo (según la estructura de cada institución).

El compromiso con los proyectos por parte de delegadas, delegados y referentes de ATSA fue fundamental para lograr las metas establecidas y para acompañar al personal salud durante el desarrollo del trabajo de campo, en una situación compleja y adversa. La recolección de datos se realizó en los meses de septiembre y octubre de 2020.

ABORDAJE CUALITATIVO

Se realizaron doce entrevistas en profundidad a informantes clave para las que se utilizó una guía semiestructurada con preguntas abiertas que abordó algunas de las dimensiones que se puntúan a continuación. Las entrevistas fueron realizadas por la modalidad zoom o videollamadas, previo consentimiento verbal de las y los participantes. Tuvieron una duración promedio de 1

hora y 20 minutos y fueron grabadas previa autorización. Fueron procesadas con el programa estadístico

Atlas.it versión 8 a fin de identificar necesidades, preocupaciones y demandas de las y los entrevistados.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS DEL ESTUDIO

Características de la población encuestada

- Edad
- Género
- Convivencia
- Nivel educativo

Características laborales

- Ocupación
- Área de trabajo
- Antigüedad en la ocupación
- Antigüedad en la institución
- Jornada de trabajo (turnos, días y horas semanales)
- Pluriempleo (puestos de trabajo/cargos, lugares de trabajo, horas semanales, puesto/cargo principal, percepción respecto de las medidas de seguridad y EPP para prevenir contagios)

Condiciones de trabajo

- Carga de trabajo por complejidad y riesgo, carga física y mental/estrés y síndrome de *burnout*
- Riesgos psicosociales percibidos
- Violencia prepandemia y en pandemia

Personal de salud en contexto de pandemia

- Control diario de la temperatura por parte de la institución
- Capacitación específica para prevenir el contagio por covid-19
- Percepción respecto de la capacitación en el manejo de EPP y en el trato a pacientes con covid-19
- Cambios en la jornada de trabajo
- Dispositivos de contención y acompañamiento al equipo de salud
- Disponibilidad y calidad percibida, de los EPP
- Falta de EPP y reclamos realizados de manera individual o colectiva para su suministro
- Molestias y lesiones provocadas por el uso de EPP
- Contagios por covid-19 del personal de salud en el área de trabajo
- Medidas adoptadas por las instituciones en casos de contagio
- Cambio de tareas o área de trabajo al regreso del personal contagiado
- Temor por contagiarse en el área de trabajo
- Temor por contagiarse en el transporte público

Salud ocupacional

- Malestares o molestias relacionadas con el trabajo
- Consumo regular de medicamentos

Conocimiento respecto de las actividades de ATSA para acompañar al personal de salud en el contexto de pandemia

AUTORES

Marta Susana Novick. Socióloga (UBA), con posgrado en la Universidad de Paris VII y estudios en la Universidad de Bologna. Investigadora del CONICET, en el Centro de Innovación del Trabajadores (CITRA) dependiente del CONICET y de la Universidad Metropolitana de Educación y Trabajo.

Fabiana Ibañez. Socióloga (UBA). Educadora en Sexualidad y Género (UBA). Especialista en temas de salud sexual integral, gerontología, adolescencia y violencia; con manejo de encuestas cuali-cuantitativas. Consultora independiente en Administración Pública nacional.

Diana Gabriela Munilla. Socióloga (UBA). Especialista en Demografía Social (Universidad Nacional de Luján). Profesional especializada en producción de estadísticas primarias en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Úrsula Metlika. Socióloga (UBA). Analista en la programación, ejecución y obtención de resultados estadísticos en la Subsecretaría de Planificación, Estudios y Estadísticas.

Sofía Puntillo. Licenciada en Comunicación Social con orientación en Comunicación y Procesos Educativos (UBA). Se especializó en Lenguaje y Discurso Político en la Universidad Austral. Diplomada en Tecnopolítica y Campañas Electorales (UMET).

Frida Szwarcberg. Socióloga (Pontificia Universidad Católica del Perú y UBA). Investigadora en temas migratorios, laborales, medioambientales, psicosociales, con manejo de metodologías estadísticas y cualitativas.

La Fundación Friedrich Ebert es una institución alemana sin fines de lucro creada en 1925. Debe su nombre a Friedrich Ebert, el primer presidente elegido democráticamente, y está comprometida con el ideario de la democracia social. Realiza actividades en Alemania y en el exterior a través de programas

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de la Friedrich-Ebert-Stiftung.

EDITOR

Fundación Friedrich Ebert
Marcelo T. de Alvear 883 | 4° Piso (C1058AAK)
Buenos Aires – Argentina

Equipo editorial
Christian Sassone | Ildefonso Pereyra | Irene Domínguez
christian.sassone@fes.org.ar

Tel. Fax: +54 11 4312-4296
www.fes-argentina.org

ISBN: 978-987-4439-52-9

de formación política y cooperación internacional. La FES tiene 18 oficinas en América Latina y organiza actividades en Cuba, y Paraguay, que cuentan con la asistencia de las representaciones en los países vecinos.

ISBN 978-987-4439-52-9



IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD DEL PERSONAL NO MÉDICO DE SALUD

INFORME FINAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES



La pandemia de covid-19 afectó a toda la sociedad y al personal de la salud en particular, que fue declarado "esencial" y que ha afrontado con destacable compromiso y vocación de servicio el incremento en la intensidad de trabajo y los riesgos de contagio personal y familiar. Se han identificado en el ámbito de la salud distintos momentos de la pandemia, desde el desconocimiento, miedo y cambios en la organización del trabajo, hasta una mayor conciencia y tranquilidad. Se abre ahora un tercer momento de incertidumbres.



El estudio analiza las difíciles condiciones de trabajo en pandemia, desde un abordaje cuantitativo y cualitativo, donde se detectaron fuertes síntomas de burnout y estrés junto con altos indicadores de intensidad de trabajo y contagios, acompañado por el tradicional pluriempleo del sector.



Como en tantos otros ámbitos, se evidencian significativas diferencias entre varones y mujeres. Por ejemplo, los varones tienen mayores porcentajes de pluriempleo y las mujeres estructuras de convivencia con mayor carga en la tarea de cuidados.

Puede encontrar más información sobre este tema ingresando a:

www.fes-argentina.org