

INFORME EJECUTIVO

Situación laboral de lxs trabajadorxs de Salud Pública en el marco de la pandemia COVID-19

Secretaría de Salud



Equipo de trabajo: Ángela Cardella/ Alejandra María Carrizo/ Mónica Cinman/
Ester Szlit/ Silvana Szmukler/ María Andrea Casadei/ Verónica Laplace/ María
Isabel Vergagni/ Eliana Carreira/ María Isabel Savazzini/ Gustavo Cicerone/
Mónica Vaccaro/ Maximiliano De Luca/ Elina Aguiar.

Equipo de edición: Alejandra María Carrizo/ María Andrea Casadei/ Mónica
Cinman/ Verónica Laplace/ Ester Szlit.

Agradecemos la colaboración de las compañeras de la Secretaría de
Investigación Marta Danieletto y Elsa Usandizaga

Fecha de publicación: Octubre 2021

ÍNDICE

<i>Presentación</i>	3
<i>Metodología de trabajo</i>	3
<i>Principales resultados</i>	4
<i>Consideraciones finales</i>	15
<i>Referencias bibliográficas</i>	19
<i>ANEXO: Gestión diferenciada de la pandemia</i>	20

PRESENTACIÓN

Este estudio procura indagar acerca de la labor de las personas trabajadoras del sistema público de salud durante la pandemia COVID-19.

Recordemos que nuestro país estableció el 12 de marzo de 2020 la Emergencia Sanitaria por Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, habiendo confirmado el primer caso de una persona contagiada por el virus SARS-CoV-2 unos pocos días antes. Esto implicó una formidable puesta en marcha de recursos y estrategias para aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, impactando directamente en el trabajo y la vida de lxs trabajadorxs del sector, en quienes recayó y recae un considerable incremento de la carga laboral y el estrés.

Nos planteamos como objetivo conocer la situación laboral de lxs trabajadorxs de salud pública durante la pandemia por COVID-19, con el propósito de contribuir a garantizar el derecho a la salud y los derechos laborales.

Como organismo de derechos humanos y como militantes por el derecho a la salud entendemos que esta es una de las maneras de dar voz a lxs trabajadorxs y una herramienta para, en caso de conculcación de derechos, hacer los reclamos correspondientes al Estado. A la vez, se constituye en un analizador de las políticas sanitarias implementadas a nivel nacional y provincial.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

En el presente informe se propone un análisis mixto desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa otorgándole una flexibilidad que nos permite hacer modificaciones y reformulaciones durante el proceso que se determinó para este estudio.

El universo de análisis estuvo comprendido por trabajadorxs de la salud que desarrollan sus tareas en el subsector público del sistema sanitario de nuestro país, las unidades de análisis involucradas se centraron en cada trabajador/ra del sistema público que haya desarrollado sus tareas en el marco de la pandemia de COVID-19 durante el año 2020/2021.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia lo cual nos permite comprender que los resultados de la encuesta debían ser interpretados como futuras hipótesis de trabajo más que como resultados “definitivos” .

Para alcanzar el objetivo propuesto comenzamos a trabajar en el desarrollo de una serie de dimensiones relativas a las condiciones sociodemográficas y laborales de lxs trabajadorxs de salud en el ámbito público en diciembre de 2020.

En la dimensión laboral, se definieron ítems objetivos como salarios percibidos, medidas de seguridad proporcionadas por el sistema de salud, modalidades de contratación, entre otros; e ítems de carácter subjetivo en relación a padecimientos ocasionados por el exceso de trabajo y por la propia situación de pandemia.

Se utilizó un cuestionario en línea, autoadministrado, exclusivamente diseñado para la realización de este informe. El relevamiento se llevó a cabo entre el 22 de mayo y el 22 de junio de 2021, período en el que se recibieron 267 respuestas de las cuales se han expuesto a nuestro análisis 262, siendo que 5 no cumplían con los criterios de definición de la muestra.

El instrumento de recolección de datos se diseñó con una lógica condicional, que admite desplegar preguntas adicionales en función de las respuestas previas. Esto significa que no todas las personas tienen que responder la totalidad de preguntas del cuestionario.

El análisis de la información se centró en la articulación de las dimensiones cuantitativas y cualitativas de los datos obtenidos, llevándose a cabo durante los meses de julio y agosto de 2021.

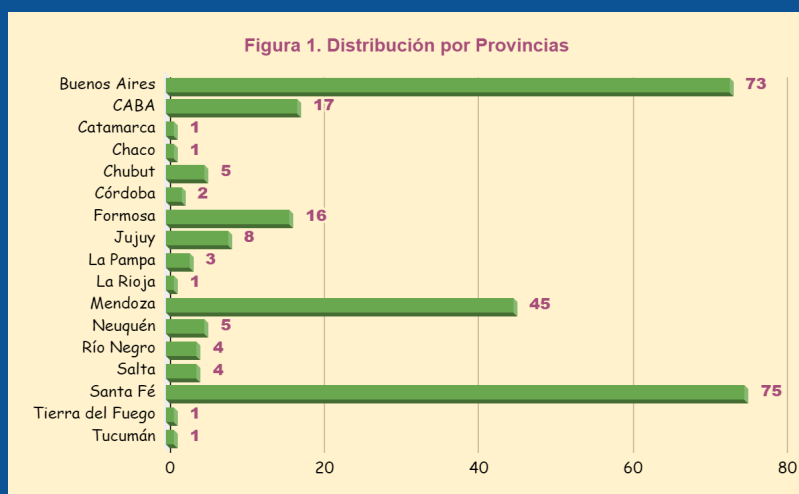
PRINCIPALES RESULTADOS

Datos Sociodemográficos

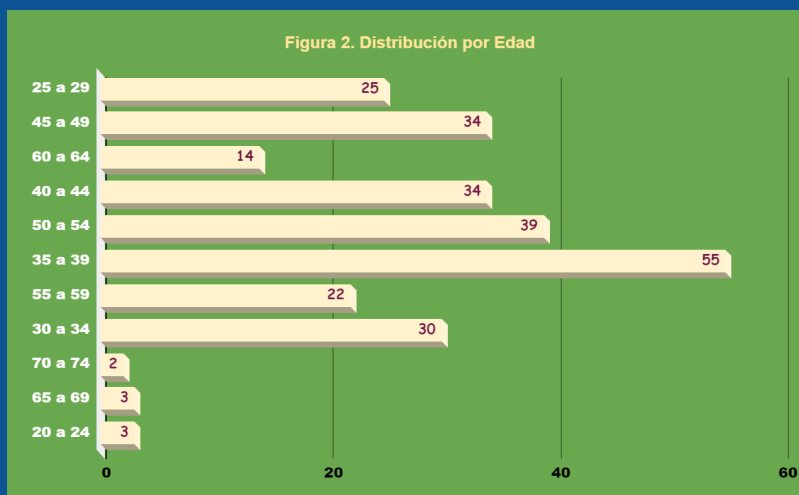
Estos datos constituyen un componente estructural del análisis e incluyen las siguientes variables: provincias, edad, identidad de género, nivel educativo.

La distribución de la muestra por provincias -figura 1- nos ofrece una valiosa información en cuanto a poder visibilizar los modos de respuesta a la pandemia en diferentes regiones, considerando la organización federal de nuestro país y la responsabilidad no sólo del Estado Nacional sino también de los provinciales para llevar adelante las políticas sanitarias que una situación pandémica global de características inéditas requiere.

Comenzaremos señalando que no hemos obtenido datos de todas las provincias del país, y en algunas la muestra ha sido bastante escasa. Sin embargo, tenemos una importante cantidad de respuestas de 3 provincias: **Santa Fe (75 - 28.6%)**, **Buenos Aires (73 - 27.9%)**, **Mendoza (45 - 17.2%)**. Las demás se distribuyeron de la siguiente manera: **CABA (17 - 6.5%)**, **Formosa (16 - 6.1%)**, **Jujuy (8 - 3.1%)**, **Chubut y Neuquén (5 - 1.9% cada una)**, **Río Negro y Salta (4 - 1.5% cada una)**, **La Pampa (3 - 1.1%)**, **Córdoba (2 - 0.7%)** **Chaco, Catamarca, La Rioja, Tierra del Fuego y Tucumán (1 - 0.4% cada una)**.

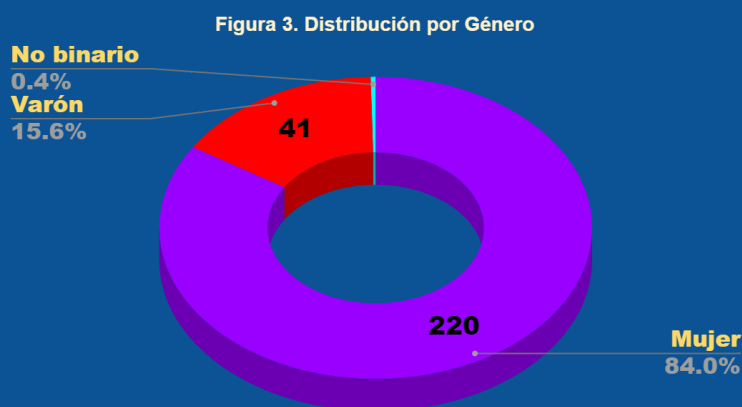


Para la distribución por edad -figura 2-, se tomó la decisión metodológica de realizar la presentación por rangos. Esto permitió una mejor visualización de la variable *edad de trabajadorxs de salud del ámbito público*. Se observa que el rango de **35 a 39 años** ha sido la categoría con mayor cantidad de respuestas -55-, quedando en los extremos más bajos los rangos **20 a 24 años -3-**, **65 a 69 años -3-**, y **70 a 74 años -2-**.

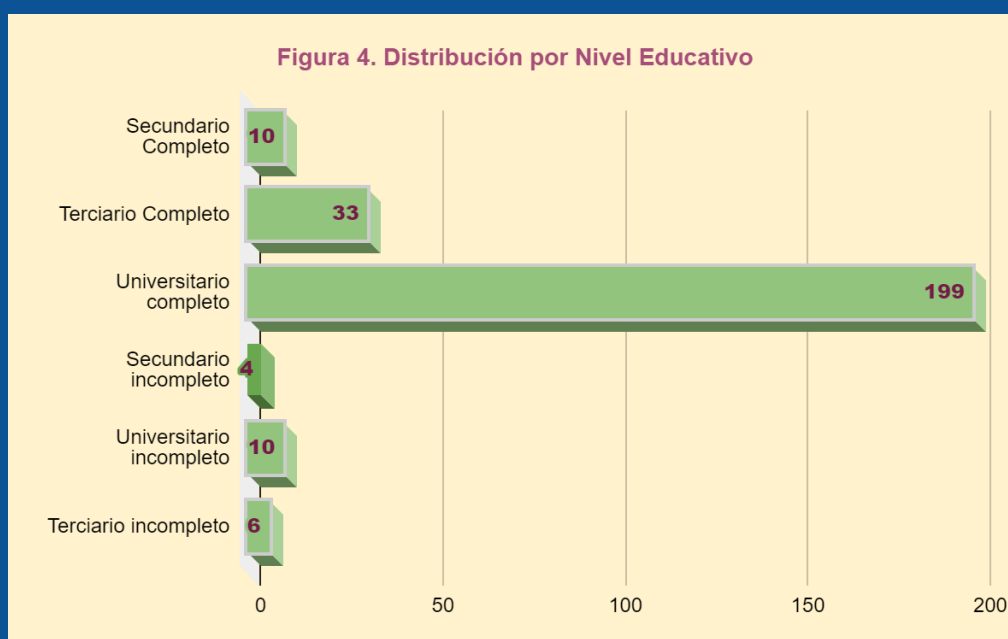


La distribución de la muestra de acuerdo a la identidad de género autopercebida tuvo la particularidad de permitir que las personas encuestadas tengan la independencia de consignar el género en el que se sientan más representadas. Sin embargo, hubo que realizar algunos ajustes entendiendo que femenino/femenina/mujer corresponden a la misma categoría, del mismo modo se interpretó masculino/varón. A continuación, los resultados:

- **Mujer: 220** respuestas (84%)
- **Varón: 41** respuestas (15.6%)
- **No binarix: 1** respuesta (0.4%)



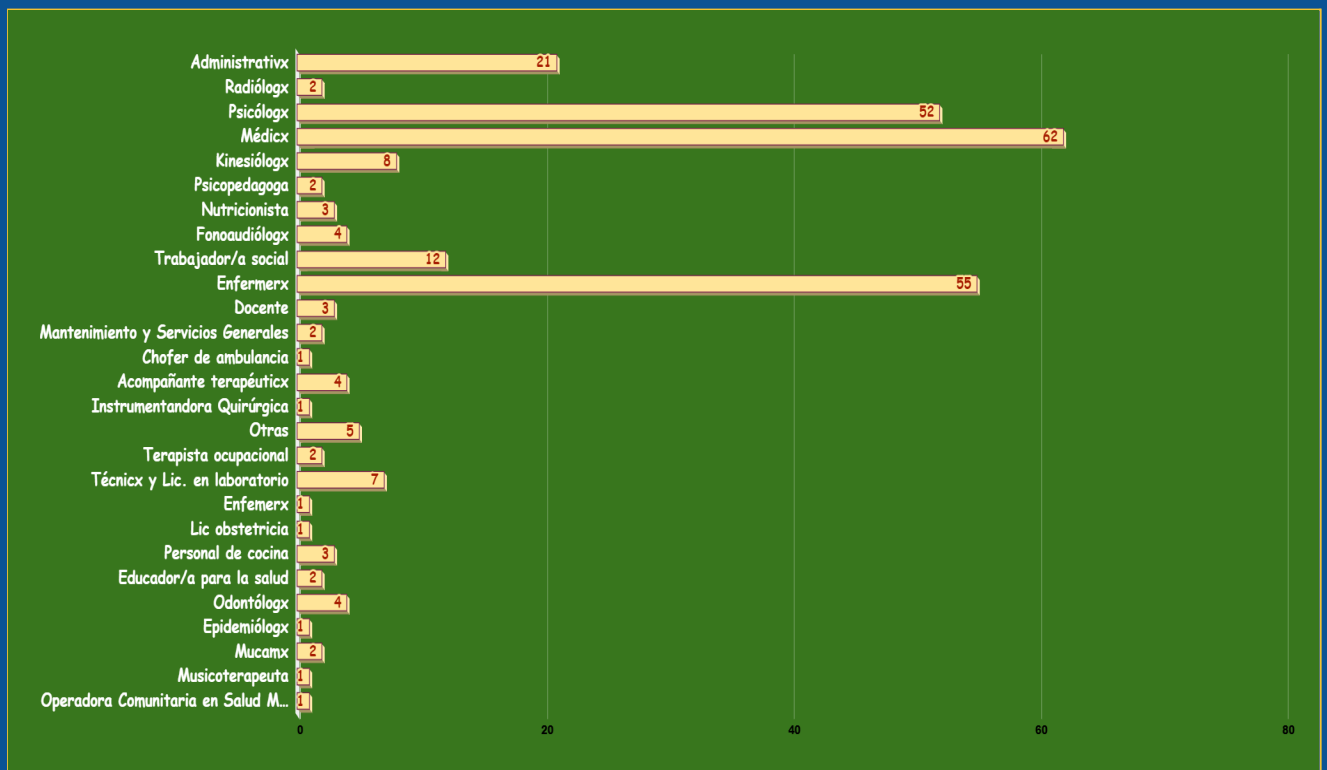
En el marco de las 262 encuestas que se relevaron, la distribución de los participantes según máximo nivel educativo alcanzado arroja los resultados:



Cabe remarcar que la encuesta ha sido respondida mayoritariamente por trabajadorxs de salud cuyo nivel educativo alcanza el grado de Universitario Completo. Una categoría que alude a la profesionalización del sistema de salud o al sesgo que se propicia cuando la difusión de las encuestas la llevan a cabo profesionales.

Nivel Ocupacional

El 23.7% de la totalidad de la muestra son Médicxs, el 21% se desempeña en Enfermería, el 19.8% de la población estudiada son Psicólogxs, 8% pertenecen al sector Administrativo. En menor porcentaje, tal como lo muestra el gráfico siguiente, han respondido personas que se desempeñan en los diferentes ámbitos ocupacionales del campo de la salud pública.

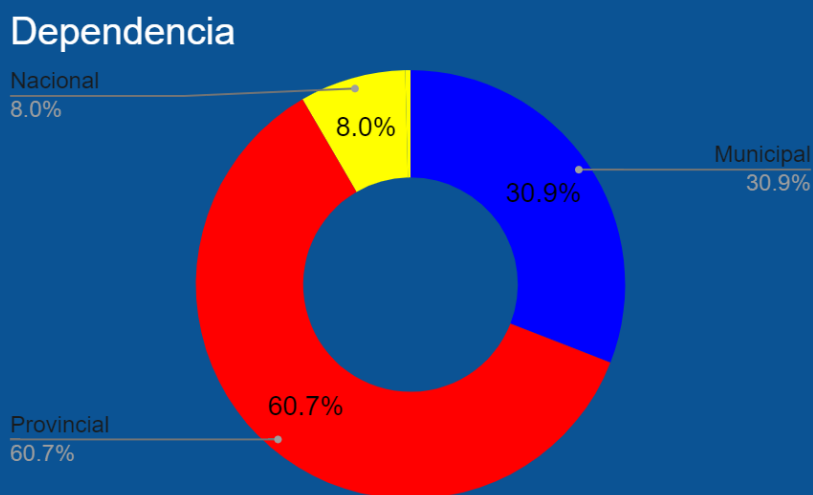


Establecimientos de salud donde se trabaja

- **54.2 %** Hospitales
- **48.8%** Centros de Salud

- 5.0 % Sector Administrativo Ministerial

Dependencias donde desarrollan su trabajo



Tipos de Relación Laboral

En la población estudiada el 61.6% tiene un tipo de relación laboral que se circunscribe a la Planta Permanente, seguido por 12.2% que se encuadra en Planta Transitoria y un 26.2% queda comprendido en un tipo de vínculo laboral que no garantiza estabilidad.

Modalidad de contratación	Planta Permanente	Planta Transitoria	Contratadxs	Contratadxs para la pandemia	Contratadxs por empresa	Voluntarixs	Otras modalidades
Cantidad de respuestas	160	32	28	15	5	2	20

Condiciones Laborales

- *Pluriempleo*

El 45% de las personas trabajadoras de salud en el ámbito público encuestadas respondieron desarrollar tareas laborales en más de un servicio de salud. De este

porcentaje, un importante margen -60.5%- expresa hacerlo en el sector privado. El 39.5% restante refiere trabajar en más de un servicio pero dentro del ámbito público.

- *Horas trabajadas*

Cobra relevancia el significativo incremento porcentual de horas trabajadas durante la pandemia, en el rango de *más de 48 hs.*

Horas trabajadas	Antes de la Pandemia	Durante la Pandemia
0 a 12 hs	8.8%	7.3%
13 a 24 hs	9.9%	9.9%
25 a 36 hs	33.2%	21%
37 a 48 hs	34.7%	30.2%
más de 48 hs	13.4%	31.3%

- *Cambios en las tareas habituales*

El 86.6% de los encuestadxs cambió su tarea habitual durante la pandemia, manifestando el 48.8% que no han recibido la capacitación adecuada para dicho cambio respecto del 51.2% de este grupo que sí han recibido algún tipo de capacitación en la nueva asignación de tarea. El 13.4% de la población estudiada no refiere ninguna modificación en su trabajo.

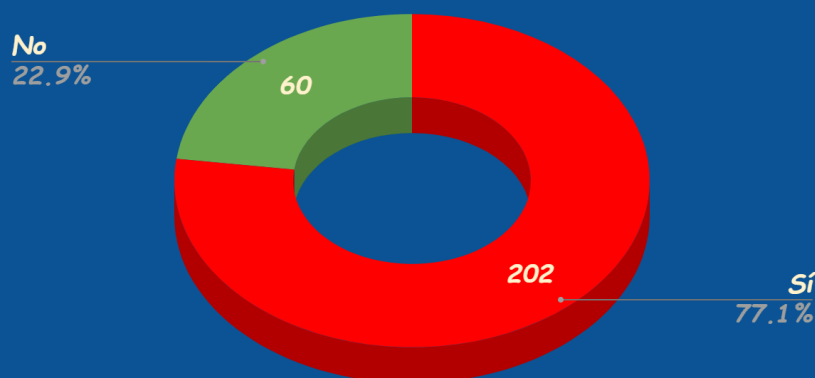
- *Compensación económica por trabajar durante la pandemia*

El 55% de las personas trabajadoras de salud encuestadas manifiesta haber percibido una compensación económica por su trabajo durante la pandemia. Sobre la base de este porcentaje se relevan los siguientes tipos de compensación recibida: bonos, horas extras u otros.

El decreto 315/20 del gobierno nacional fija esta compensación para todo el personal de salud implicadx en la atención de pacientes afectadxs por la pandemia. Pero por razones no explicitadas un 45% declara no haberlos percibido (podría tratarse de una falla administrativa -involuntaria/voluntaria- en la carga de los datos de lxs trabajadores).

- *Provisión de Medidas de Seguridad Laboral*

El **77.1%** de lxs encuestadxs refiere haber trabajado con pacientes con COVID-19.



	Medidas de Protección Personal	Recibió capacitación para su uso	Se sintió seguro con las medidas de protección
SI	84%	67.2%	70.4%
NO	16%	32.8%	29.6%

Respecto de las medidas de protección personal, el 84% de las personas que respondieron la encuesta expresan haber contado con esa provisión. El 67.2% manifiesta haber recibido capacitación para el uso de la protección brindada y el 70.4% se sintió segurx al usar los equipos de protección personal (EPP). Capacitación y seguridad presentan un elevado porcentaje de respuestas negativas (32.8% y 29.6% respectivamente). Si bien el porcentaje de trabajadorxs de salud pública que indica no haber recibido capacitación para uso de los EPP es relevante, cabe aclarar que no se ha indagado específicamente sobre estas respuestas.

Resulta significativo que un **16 %** de las personas encuestadas no recibieron los EPP y, de ese total, un 70 % son mujeres. Es necesario resaltar que las mujeres han estado muy involucradas en las tareas de cuidado durante la pandemia en el ámbito público de salud.

En relación a quienes refieren escasez en la provisión de los EPP, la mayoría denuncia que tuvieron que comprarlos por cuenta propia ante el incumplimiento por parte del empleador; en algunas ocasiones denuncian insumos de baja calidad, insuficientes, y con excesiva burocracia para munirse de los mismos. A estas situaciones que destacan las condiciones de precarización en el ejercicio de la

tarea, se agregan falta de información respecto de cómo usarlos, así como también problemas edilicios que dificultan el cumplimiento de los protocolos de seguridad sanitaria .

Agrava el cuadro que un **29.6 %** de lxs encuestadxs manifestaron efectos adversos en su salud como consecuencia del uso continuado de los EPP y su mala calidad, tales como: urticarias, dermatitis, dificultades respiratorias, problemas de visión, sudoración profusa, disfonías, entre otros malestares asociados. Es probable que dichos efectos adversos profundizaran el estrés laboral con su consecuente efecto en la subjetividad y en la salud de lxs trabajadorxs.

Si consideramos este déficit en la provisión de las medidas de protección personal sumado al pluriempleo, la cantidad de horas trabajadas y el aumento de la carga horaria - muchas veces por iniciativa del propio trabajador para mantener el nivel de ingresos o no perder el empleo- dicho escenario da cuenta de condiciones de precarización laboral.

La precarización laboral también produce un intenso sufrimiento en quienes tienen un trabajo estable, pues, siempre está presente el miedo a la pérdida laboral, con lo cual, se suelen aceptar condiciones que bordean la explotación -indignas o degradantes- con una intensificación del trabajo y su aumento de carga y padecimiento (Dejours. 2019).

En el caso de lxs trabajadorxs que refieren haber sido contratadxs durante la pandemia, si bien es un bajo porcentaje, las condiciones precarias de contratación son toleradas, bajo la promesa de luego ser incorporadxs al sistema de salud con un trabajo estable. En esa línea, nos parece oportuno pensar la situación de lxs trabajadorxs según su posicionamiento frente a sus empleadorxs y los niveles de conducción y decisión, en vínculos de vasallaje o bien más en una relación de negociación para con su empleador, desde la conciencia de sus derechos como trabajador.

Consideramos que esto exige un análisis que revele el vínculo existente entre la patronal- o los niveles de conducción- y los empleados del sistema público de salud, la presencia de los sindicatos y el cumplimiento de la normativa que regula dicha relación- como la ley de carrera sanitaria.

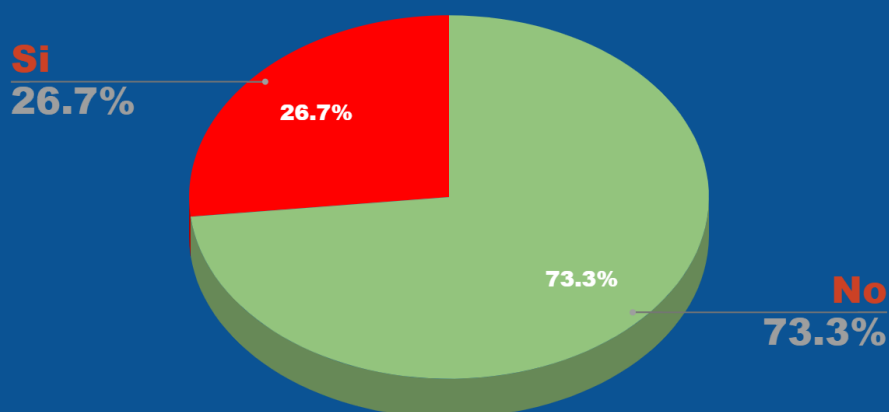
Creemos conveniente monitorear la existencia de probables condiciones de trabajo degradantes e indignas y las oportunidades para resistir o negociar por mejores

condiciones, pues tal sometimiento de la subjetividad a condiciones de precarización, atenta contra la salud del/la trabajador/a.

Lo anterior lo planteamos en tanto se percibieron numerosas quejas en cuanto al rol de lxs directivxs en el descuido de las condiciones laborales y niveles de exigencia en la carga de trabajo que bordean la explotación, con ausencias significativas en cuanto a la cobertura de la ART.

- Trabajadorxs que contrajeron COVID-19

El **26.7%** de trabajadorxs de salud del ámbito público refieren haber contraído COVID como consecuencia de su trabajo.



- Vacunación

El **95.8 %** de la lxs trabajadorxs relevadxs para este estudio **han completado el esquema de vacunación**, el 4.2% manifiesta no haber sido vacunadx.

Se observa que la mayoría ha sido vacunadx entre enero y marzo de 2021, se presentan los siguientes resultados:

Última Aplicación	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021
Porcentajes	15%	28%	30.9%	15.9%	8.9%	0.4%

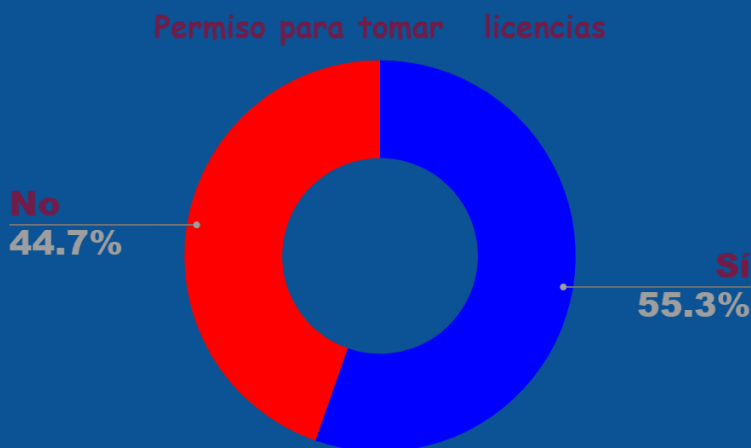
- *Relaciones con el entorno*

La situación de Emergencia Sanitaria por COVID-19 implicó para muchxs trabajadorxs de la salud no sólo un incremento del potencial riesgo de contagio para sí, sino también para las personas convivientes. Si además, las personas del entorno cercano presentaban fragilidades que las hicieran más sensibles al contagio y, por ende, a un posible agravamiento del cuadro clínico, la necesidad de un cambio transitorio de vivienda resultaba una eventualidad que se presentaba en ocasiones. De este modo, la importancia de relevar acerca del **cambio de lugar de residencia por estar expuestx o exponer a personas de su entorno** se volvió una variable fundamental, a la que un **11.8%** de lxs encuestadxs responden afirmativamente.

- *Derecho al Descanso Laboral*

- **Sí** 55.3%

- **No** 44.7%



Del análisis se desprende que a un 44.7% de lxs encuestadxs les fueron negadas las licencias, aludiendo su condición de personal esencial, y en numerosas ocasiones por falta de personal suficiente. A algunxs trabajadorxs les redujeron la cantidad de días que disponían para el descanso. Contextualizando estas limitaciones, recordamos que existió un decreto a nivel nacional, refrendado por las provincias, por el cual se suspendieron las licencias, implicando que muchxs de lxs encuestadxs accedieran a sus vacaciones un año después de iniciada la pandemia

y en un promedio de días reducido.

Resulta paradójal que para acceder al derecho de hacer uso de sus licencias ordinarias y extraordinarias pero “sin dejar de cubrir los servicios”, el personal de salud debía hacerse cargo de conseguir el reemplazante. Surge, de los datos referidos que, frente al argumento de carencia de personal suficiente no se infiere de los resultados de la encuesta que se hayan realizado nuevas designaciones en las diferentes jurisdicciones, lo cual explica el aumento en la carga horaria del personal existente. Una muestra más de condiciones de precarización que generan sufrimiento en el/la trabajadorx.

Se resalta con preocupación que la categoría de “personal esencial” fue utilizada en numerosas ocasiones para justificar arbitrariedades que no se condicen con el marco regulatorio de la carrera sanitaria o del ejercicio de la profesión, como también con lo que se dictaminó desde el gobierno nacional.

- *Algunas situaciones arbitrarias*

Del total de la muestra, un 11.1% responde haber sido obligado a trabajar con síntomas o perteneciendo a grupo de riesgo.

En varias provincias, no se exceptuó a las personas mayores de 60 años de la presencialidad, incluyendo en dicho grupo sólo a quienes presentaban comorbilidades. Del total de personas que fueron obligadas a la presencialidad, el 50% tenían entre 50 y 64 años, y un 25%, entre 40 y 49 años.

El cuadro se agrava cuando se observa que en su mayoría tuvieron una provisión escasa y de baja calidad de los EPP y un aumento considerable de la carga horaria, llegando a extremos que oscilan entre 70 hasta 100 hs semanales, lo cual bordea la explotación y va en desmedro de la calidad de la atención.

Lxs trabajadorxs que tienen niñxs o adolescentes en edad escolar expresan haber tenido que contratar personal que pudiera cuidarlx, pues les resultaba difícil conseguir a alguien por el estigma asociado al trabajo que desempeñan.

Algunxs de lxs encuestadxs presentaron amparos o recurrieron a la justicia para resolver el hecho de haber sido obligadxs a trabajar, cuyos resultados fueron infructuosos. Muchxs de ellxs contrajeron COVID y refieren haber quedado con secuelas, al tiempo que denuncian la escasa o mala cobertura de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART).

En su mayoría, cobraron sus haberes y conservaron la estabilidad laboral, aún así

en algunas ocasiones no se les permitió cumplir con la totalidad de los días de aislamiento dispuestos por protocolo, apelando a su condición de “personal esencial”.

- *Padecimientos*

El 58.8% de las personas trabajadoras de salud pública relevadas en la encuesta refiere haber padecido alguna enfermedad, trastorno o sufrimiento motivado por su trabajo en el marco de la pandemia. Describieron sintomatología diversa que daba cuenta de padecimientos, entre los que se destacan la existencia de angustia y ansiedad. La mayoría asocia la angustia a otros malestares, entre ellos: ansiedad, estrés, trastornos gástricos, insomnio, taquicardia.

Surgen otros síntomas que podrían estar vinculados al rol de trabajador/a de la salud en la gestión de la pandemia, tales como: depresión, llanto, miedo, astenia, irritabilidad, intolerancia, caída de cabello, fatiga.

En pocos casos refieren conductas disruptivas tales como agresividad, violencia, impotencia, bronca, irritabilidad e intolerancia, sin embargo, nos parece significativo considerarlas en el contexto de precarización.

CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar, cabe subrayar que la coincidencia entre los meses de administración de la encuesta -mayo y junio- y el aumento de los contagios le imprime una connotación dramática a los resultados que arribamos en este estudio.

De lo más relevante que se desprende del análisis cuantitativo podemos mencionar que hubo mayor cantidad de respuestas en tres provincias: **Santa Fe (28.6%)**, **Buenos Aires (27.9%)**, **Mendoza (17.2%)**. La mayoría han sido mujeres (84%) quienes han respondido al cuestionario. El nivel educativo más alto en respuesta fue el grado de Universitario Completo, en este caso podemos pensar que se trata de un sesgo que se propiciaría cuando la difusión de las encuestas la llevan a cabo profesionales. El 23.7% de la totalidad de la muestra son Médicxs, el 21% se desempeña en Enfermería, el 19.8% de la población estudiada son Psicólogxs, 8% pertenecen al sector Administrativo.

Respecto a sus ámbitos de trabajo se destaca que el 54.2 % se desempeña en Hospitales. El 73,8% expresó estabilidad laboral sobre un 26.2% que consigna un

vínculo laboral inestable.

El 45% de las personas trabajadoras encuestadas sostiene el pluriempleo, tanto en el sector privado (60.5%) como en más de un servicio pero dentro del ámbito público (39.5%).

En cuanto a las horas trabajadas durante la pandemia, resulta significativo el aumento en la franja de más de 48 horas, observándose una disminución proporcional en los demás rangos. Justamente en aquellos que, antes de la pandemia, acumulaban el porcentaje mayor.

Otras condiciones laborales que se han visto vulneradas son: personas que no recibieron los EPP (16%) y, de ese total, un 70 % son mujeres. El 45% no recibió algún tipo de compensación económica. El 86% cambió su tarea habitual destacándose que de ese grupo el 48% no recibió capacitación para ese cambio. El 44% no accedió al descanso laboral.

Es importante mencionar también que un 73.9 % ha completado su esquema de vacunación entre enero y marzo del 2021. Por otro lado, nos interesa señalar como una condición de vulnerabilización de lxs trabajadorxs de salud el hecho de haber contraído COVID (26.7%) en el ejercicio de su trabajo.

Conforme el avance de la pandemia, la gravedad de los casos y el incremento de la exigencia laboral, las personas encuestadas describen diversos y progresivos padecimientos subjetivos: angustia (predominantemente), ansiedad, miedo, impotencia, enojo, vivencia de injusticia y descalificación, desprotección, psicopatosis múltiples, insuficiencia de figuras de referencia organizadoras y estabilizadoras. Vinculan como causales de su padecer, la existencia de figuras de autoridad (jefaturas, directores, ministerios) con insuficiente presencia y operatividad para contener o direccionar las distintas problemáticas, y, en algunos casos refieren cierta arbitrariedad o autoritarismo.

Mientras se elaboraban las conclusiones de este trabajo se fue observando un descenso importante en la aparición de nuevos de casos de Covid-19 en la población lo que claramente ha dado una tregua al ritmo de trabajo en los hospitales. Aún lxs expertos no declaran el fin de esta dolorosa situación ya que se mantiene el riesgo en cuanto a la presencia de nuevas variantes de este virus. El

estado de alerta persiste. Deberían los niveles de conducción poder revisar aquellas situaciones plausibles de revertir.

En tanto trabajadorxs del campo de la salud tuvimos en consideración, a modo de síntoma, lo "no dicho, o menos dicho o silenciado" por lxs encuestadxs; en relación a ello, el contacto directo y permanente con la muerte no fue mencionado por ninguno de ellxs, pese a que el aumento en las defunciones era un común denominador en la mayoría de las provincias, y el lugar de ocurrencia predominante era el ámbito público de salud. Creemos pertinente considerar que hay allí un recurso defensivo instrumental para enfrentar lo mortífero, sus consecuencias en la subjetividad de las personas y el impacto en su salud general.

Del cruce de los datos cuantitativos y cualitativos surge la incidencia negativa de una estructuración sanitaria fragmentada cuyo centramiento excluyente en lxs determinantes biológicos de la enfermedad atenta contra el cuidado de los enfermxs y la preservación de la salud de sus familias y de lxs propixs trabajadorxs.

Una labor de cuidado del/a otro/a no puede sostenerse adecuadamente si quienes la desarrollan no se sienten a su vez cuidadxs y sostenidxs. Y nuestros equipos de trabajo en pandemia arrastran las falencias de un sistema que desconoce la necesidad de seguridad laboral. La contención de lxs otrxs requiere sentirse contenidx, y para ello el equipo deberá disponer no sólo del necesario descanso sino también de los momentos de intercambio necesarios para tramitar la angustia que emerge de la labor en pandemia. Por eso el cuidado debiera ser el eje desde el que se articule una política sanitaria que escuche la problemática que plantean los distintos colectivos de cada territorio.

“Ulloa decía que *la ternura es la base ética del sujeto*. Hablar de la ternura en estos tiempos de ferocidades no es ninguna ingenuidad. Es un concepto profundamente político. Es poner el acento en la necesidad de resistir la barbarización de los lazos sociales que atraviesa nuestro mundo” (Fernández, 2009).

En tanto nos interpelan las condiciones de labor de lxs trabajadorxs de la salud durante la gestión de la pandemia y la inquietud acerca de si hubo alguna conculcación o avasallamiento en sus derechos, es Ulloa quien nos muestra unas líneas para pensar las salidas a esta encerrona, cuando vincula la producción de salud mental a “generar condiciones dignas (o justas) para el ejercicio de todos los

oficios” Tal vez el tercero de apelación que se requiere para salir de situaciones de encerrona, en este caso en lo laboral, funciona mejor en el sector público, siempre y cuando lxs trabajadorxs conozcan y ejerzan sus derechos y las organizaciones de base que los representan actúen en consecuencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dejours, C. (2019) El sufrimiento en el trabajo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial. 2° Edición.
- Fernández, A. M. (2009) *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

ANEXO

Santa Fe - Buenos Aires- Mendoza- CABA- Formosa

No contamos con datos suficientes como para dar cuenta de una **gestión diferenciada de la pandemia** o de cuáles fueron los distritos con mayores dificultades en la provisión de los insumos necesarios. Sin embargo, nos interesó conocer el comportamiento de algunas variables, tratando de ver si se dieron diferencias significativas en la toma de decisiones e implementación de modalidades de trabajo y atención. Para ello tuvimos en cuenta las 5 provincias en las que hubo más de 10 encuestas respondidas, a saber: **Buenos Aires 73, Ciudad de Buenos Aires 17, Mendoza 45, Santa Fe 75 y Formosa 16.**

Lxs trabajadorxs que trabajan en planta permanente en las provincias de Formosa y Santa Fe son menos del 50%, en Mendoza es del 61.4%, Buenos Aires 69.9% y CABA 75.5%. Siendo la planta transitoria en Santa Fe y Formosa alrededor del 20% y menos del 5% en Buenos Aires, CABA y Mendoza. El resto de lxs trabajadorxs son contratadxs, alrededor del 20%; y sólo un 7% del personal fue contratadx para trabajar durante la pandemia.

En el grupo de provincias analizadas: Buenos Aires, Mendoza, Formosa y CABA observamos que más del 50% de los trabajadorxs tiene un **segundo empleo**, en Santa Fe el 40%. Ese segundo trabajo es en general en el área privada, excepto en Formosa que se mantiene en el sector público.

En las 5 provincias hubo **redistribución** de los trabajadorxs hacia otras áreas en más del 85% de los casos. En cuanto a **capacitación por el cambio de tareas**: en CABA, el 33.5% no recibieron capacitación; en Buenos Aires, el 44.3%; en Formosa, el 45%; en Mendoza, el 49.8%; y en Santa Fe, el 60%.

Respecto a la **compensación económica** por trabajar durante la pandemia, se destaca que en la provincia de Mendoza el 62% de lxs encuestadxs no recibió ningún tipo de remuneración compensatoria. A su vez, cabe señalar que en Formosa el 44% de lxs trabajadorxs recibieron bonos, y el 56% restante bajo esta modalidad obtuvo horas extras u otras formas de pago.

De las cinco provincias que componen este apartado, se observa que lxs trabajadorxs que han atendido personas con Covid en las provincias de Buenos Aires y CABA superan el 60%, elevándose dicha cantidad al 80% en Mendoza, Santa Fe y Formosa.

En referencia al suministro de insumos de cuidado personal más del 80% de lxs encuestadxs los han recibido considerando una relevante diferencia entre las provincias agrupadas en cuanto a la capacitación para su uso, advirtiendo altos porcentajes de trabajadorxs que no la han recibido.

Provincia	Recibió capacitación	No recibió capacitación
CABA	43.8%	56.2%
Buenos Aires	65.3%	34.7%
Santa Fe	66.7%	33.3%
Formosa	71%	29%
Mendoza	78%	22%

Ante la pregunta sobre la **seguridad que les proporcionaban las medidas de cuidado personal**, más del 70% de lxs encuestadxs contestaron afirmativamente, salvo en CABA donde el 50 % de lxs encuestadxs expresaron no sentirse segurxs coincidiendo este dato con la menor cantidad de personas que recibieron capacitación para su uso en esta circunstancia.

En buena medida lxs trabajadorxs de la salud se enfermaron como consecuencia de su trabajo. En CABA es donde más ocurrió este evento (70 %), en Santa Fe (65%), en Formosa (53%), Mendoza (50%) y Buenos Aires (45%).

En relación a la posibilidad de tomarse algún tipo de **licencia o descanso**, en las provincias comparadas se observaron dificultades para obtenerla: en Buenos Aires accedió el 47 %, en CABA el 52%, en Santa Fe el 65 %, en Formosa el 56 % y en Mendoza sólo el 36 % de lxs trabajadorxs .

Ocurrió en las provincias analizadas que a muchxs trabajadorxs de la salud se les **exigió continuar cumpliendo funciones asistenciales** presentando síntomas de

enfermedad Covid como así también encontramos en este estudio diferencias significativas de trabajadorxs que contrajeron Covid.

Provincias	Trabajadorxs obligadxs a cumplir funciones con síntomas de Covid	Trabajadorxs que contrajeron Covid
Mendoza	13.6 %	27.3%
CABA	11.8%	41.2%
Buenos Aires	9.6%	27.4%
Santa Fe	9.6%	29.3%
Formosa	6%	6.9%

Es menester subrayar que CABA ha sido el distrito con mayor cantidad de trabajadorxs contagiadxs por COVID (41.2%), respecto de las provincias que se tomaron para este estudio.

Al momento de la encuesta la mayoría de los trabajadorxs de la salud habían sido **vacunados** con las dos dosis; en el mes de mayo de 2021 la administración del esquema completo había casi concluido en todos los equipos: Buenos Aires 95.9%, Caba 88%, Mendoza 95.5%, Santa Fe 98.7% y Formosa 100 %.

El ritmo de la vacunación no fue parejo en las provincias mencionadas, en enero 2021 comenzaron a vacunar a los equipos de Salud: Buenos Aires, Mendoza, Santa Fe y Formosa, esta última provincia vacunó en ese mes a poco más del 30% de su personal de salud, CABA empezó el proceso de inoculación en febrero pero aceleró el ritmo y en mayo concluyó, sin embargo es el distrito con menor índice de vacunación entre los trabajadorxs.

Con respecto a las **horas trabajadas durante la pandemia** en comparación con el periodo anterior, en todas las jurisdicciones aumentaron significativamente entre quienes ya trabajaban más de 48 horas semanales: entre el 20 y 30% en Buenos Aires, CABA, Mendoza y Santa Fe , siendo de más del 50% en Formosa.

Vemos que hay un correlato entre los niveles de **capacitación**, seguridad en el uso de EPP y ocurrencia de enfermedad en el personal. En este sentido CABA presentó el índice más bajo de capacitación (43.8%,) lo que se relacionó con el bajo grado

de seguridad que expresaron lxs encuestadxs sobre el uso de medidas de protección (50%) y con la ocurrencia de la mayor frecuencia de casos de enfermedad por Covid-19 dentro de los equipos de salud (41.2%). Mendoza fue la provincia que más capacitó (78.6%) pudiéndose observar una relación de este indicador con el de seguridad en el uso de EPP y el de cantidad de casos que se enfermaron en los equipos de salud.

La **precariedad laboral** se refleja que en este punto lxs trabajadorxs de la provincia de Mendoza fueron los que menos pudieron tomarse licencia (36.4%), y fueron también ellxs lxs más exigidxs de concurrir a trabajar con síntomas (13.6%).

Destacamos que si bien las generalidades sobre precariedad laboral también le caben a la provincia de Formosa, ésta fue la que menos recurrió a los Bonos Nacionales para la compensación económica de sus trabajadores de la salud, la vacunación fue temprana y llegó a ser del 100% de los mismos. Además se dio en esta provincia el índice más alto de referencia a la seguridad en el uso de los EPP (87%) y el índice más bajo de personas obligadas a trabajar con síntomas de Covid (6.3%), siendo además la que menos trabajadorxs de la salud se contagió (6.9%)

Se desprenden de este análisis, la nula referencia a la presencia de representantes gremiales ante las situaciones de deshumanización de las relaciones laborales, de vulneración de derechos y el grado de explotación que significa el trabajo en condiciones de inestabilidad y de exigencias inadmisibles. La falta de planificación en cuanto a las necesidades de trabajadorxs: no se tuvo en cuenta el apoyo y la contención psicológica al personal en general, tampoco la adecuación de las condiciones ambientales y edilicias para desempeñarlas.

