

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE
Y LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE PUERTO MADRYN



Experiencia de los/as enfermeros/as respecto al riesgo
laboral psicosocial en el marco de la pandemia por
COVID-19 en el Hospital Rural Dolavon, provincia de
Chubut

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE GRADO:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

AUTORA: AMANDA RICHARDS

LEGAJO: 106.989

DIRECTORA: GISELLE LAPALMA

CO-DIRECTORA: MARÍA CORINA ARDILES

LUGAR Y FECHA: DOLAVON, CHUBUT. 16 DE AGOSTO DE 2021

**“EXPERIENCIA DE LOS/AS ENFERMEROS/AS RESPECTO AL
RIESGO LABORAL PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE LA
PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL RURAL DOLAVON,
PROVINCIA DE CHUBUT”**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedicada a mi Nain, que por más años que pasen la extraño mucho. Vives en la estrella más bella (como tus ojos) y en el corazón de quienes te quisimos tanto.

Agradezco a mi familia por ser parte de este esfuerzo enorme, mi mamá incondicional siempre, mis hijos con paciencia infinita entendiendo las horas de ausencias y para mi hermana y cuñado por el soporte tecnológico.

A mis amigas/os por sus bellas palabras siempre dando ánimo en los momentos de desasosiego.

A mis compañeras/os de trabajo por el aliento y la predisposición a hacer las entrevistas.

A mi “gente” que estuvo siempre con un mensajito y la palabra justa en el tiempo preciso.

A mi directora de tesis que sin ella nada de esto podría haberse materializado convirtiendo los sueños y anhelos en una realidad.

Las personas que tocan el alma, tal vez, nunca se enteren de lo importante que fueron en la vida de una persona. Son seres que con su luz inspiran y te toman con una mano invisible para sacarte de la oscuridad que cubre tu vida en ese instante. Pasan, transcurren, porque cumplieron su misión. Agradezco al universo por haber dispuesto encontrarme con “ángeles” de carne y hueso que significaron mucho, recordándome que puedo darme el lujo de ser “débil” para acurrucarme en sus brazos hasta que el mundo se acomode y no duela tanto.

Muchas gracias....

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Éste trabajo se realizó con el propósito de indagar en las experiencias de los/as enfermeros/as en relación a la exposición a los riesgos laborales psicosociales para comprender las vicisitudes en el desempeño de su profesión en el marco de la pandemia por COVID – 19. Se utilizó un abordaje cualitativo, importante para plasmar de manera fidedigna las vivencias desde la perspectiva de los/as enfermeros/as que trabajan en el Hospital Rural Dolavon quienes resultan protagonistas por su contacto directo con el paciente, familia y comunidad en ésta nueva realidad que se impuso por la pandemia. Los resultados reafirman la efectiva presencia de exposición a los riesgos laborales de tipo psicosocial. A partir de marzo del 2020 el acrecentamiento repentino de la exposición al riesgo biológico concurrentemente generó miedo, ansiedad, angustia, tristeza y responsabilidad mayor en los cuidados, en todos los ámbitos en que se desenvuelven los/as trabajadores/as, incrementando significativamente los estresantes a nivel psicosocial que pueden comprometer su salud. La falta de reconocimiento profesional aparece como punto crucial percibido por los informantes en el marco de los constantes incumplimientos del gobierno en materia laboral y salarial. Las mejoras se proponen fundamentalmente a nivel estructural a través de leyes más contemplativas.

Palabras claves: enfermería, pandemia, experiencias/vivencias, riesgo laboral psicosocial

SUMMARY AND KEY WORDS

This work was carried out with the purpose of investigating the experiences of nurses in relation to exposure to psychosocial occupational risks to understand the vicissitudes in the performance of their profession in the framework of the COVID-19 pandemic. A qualitative approach was used, important to faithfully capture the experiences from the perspective of the nurses who work at the Dolavon Rural Hospital, who are protagonists due to their direct contact with the patient, family and community in this new reality that was imposed for the pandemic. The results reaffirm the effective presence of exposure to psychosocial occupational hazards. As of March 2020, the sudden increase in exposure to biological risk simultaneously generated fear, anxiety, anguish, sadness and greater responsibility in care, in all the areas in which workers operate, significantly increasing the stressors at the psychosocial level that they compromise the health of workers. The lack of professional recognition appears as a crucial point perceived by the informants in the context of the constant non-compliance of the government in labor and salary matters. Improvements are proposed primarily at the structural level through more contemplative laws.

Keywords: nursing, pandemic, experiences / vicissitudes, psychosocial occupational risk

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	3
SUMMARY AND KEY WORDS	4
ÍNDICE GENERAL	5
TABLA DE CONTENIDOS	7
ILUSTRACIONES	7
FOTOGRAFÍAS	7
CAPÍTULO I – MARCO INTRODUCTORIO	9
INTRODUCCIÓN	9
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	17
ANTECEDENTES DE LA CUESTIÓN	18
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO	22
TRABAJAR EN ARGENTINA	22
Concepto de trabajo	22
Salud ocupacional	24
Riesgos laborales	26
LA SALUD COMO OBJETO DE TRABAJO	30
Personal sanitario	30
Profesionales de enfermería	31
Estrés y Síndrome de Burnout.....	37
EXPERIENCIA DE LOS/AS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19	45
La experiencia. De lo objetivo a lo subjetivo	45
Contexto actual	46
Análisis institucional	50
CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO	55
ESTRATEGIA METODOLOGICA	55
REFERENTE EMPÍRICO Y MUESTREO	56
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	57
ANÁLISIS DE LOS DATOS	59
CAPÍTULO IV – MARCO ANALÍTICO	60
PRESENTACIÓN DEL REFERENTE EMPÍRICO	60

ANÁLISIS DE LOS DATOS	70
Servicio de Enfermería	70
Riesgos laborales	76
Salud ocupacional y Aseguradoras de Riesgo de Trabajo	87
Riesgo psicosocial percibido por los/as enfermeros/as	89
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	119
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	119
GUÍA DE TEMAS PARA ENTREVISTA A LOS INFORMANTES	120
PASOS PARA LA CORRECTA COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EPP	122

TABLA DE CONTENIDOS

TABLAS

Tabla 1 - Distribución del personal de Enfermería nivel de formación, Hospital Rural Dolavon, Febrero de 2021. Fuente: Elaboración propia	71
Tabla 2 - Distribución del personal de Enfermería por sexo, Hospital Rural Dolavon, Febrero de 2021. Fuente: Elaboración propia	72
Tabla 3 - Distribución del personal de Enfermería por edad, Hospital Rural Dolavon, Febrero de 2021. Fuente: Elaboración propia	74
Tabla 4 - Distribución del personal de Enfermería por años de antigüedad, Hospital Rural Dolavon, Febrero de 2021. Fuente: Elaboración propia	75
Tabla 5 -Distribución del personal de Enfermería por modalidad de trabajo, Hospital Rural Dolavon, Febrero de 2021. Fuente: Elaboración propia	76

ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Vista aérea de la localidad de Dolavon. Fuente: https://www.google.com/maps/	60
Ilustración 2 - Organigrama Hospitales Rurales provincia de Chubut. Fuente: Ministerio de Salud. Provincia de Chubut. Área Programática Trelew	63
Ilustración 3 - Organigrama vigente Hospital Rural Dolavon. Fuente: Elaboración propia	63
Ilustración 4 - Organigrama según distribución de puestos y funciones actuales. Fuente: Elaboración propia	64
Ilustración 5 - Clasificación de los riesgos laborales (OIT) y su presencia en el servicio de Enfermería del Hospital Rural Dolavon. Fuente: Elaboración propia ...	79
Ilustración 6 - Componentes del EPP según nivel. Fuente: Fundación Trauma http://cursos.fundaciontrauma.org.ar/cursopares/	84
Ilustración 7 - Precursores de la tensión emocional en enfermeros/as. Fuente: Elaboración propia	99

FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1 - Letras corpóreas en acceso. Fuente: https://politicachubut.com.ar/noticia/	61
Fotografía 2 - Vista aérea Plaza Temática, edificio municipal, juzgado de paz, terminal de ómnibus y vieja estación del ferrocarril. Fuente: https://www.google.com/	61
Fotografía 3 - Puerta principal de acceso del Viejo Hospital Rural Dolavon. Fuente: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/	62
Fotografía 4 - Acceso al nuevo hospital por calle Remedios de Escalada. Fuente: https://pbs.twimg.com/	65
Fotografía 5 - Área de Kinesiología adaptada para tratamiento de pacientes polivalentes de corta permanencia. Fuente: Elaboración propia (07/11/2020)	66
Fotografía 6 - Mesa de entrada. Fuente: Elaboración propia (07/11/2020)	67
Fotografía 7 - Área de internación pacientes COVID -19. Fuente: Elaboración propia (07/11/2020)	68
Fotografía 8 - Office de Enfermería del área de atención de pacientes COVID -19. Fuente: Elaboración propia (07/11/2020)	69
Fotografía 9 – Chofer colocándose EPP nivel 3. Fuente: Elaboración propia (08/10/2020)	82
Fotografía 10 - Enfermeros con EPP nivel 2 para la atención en internación de pacientes polivalentes. Fuente: Elaboración propia (07/11/2020)	85
Fotografía 11 – Corte de Ruta Nacional N° 25 por personal del Hospital Rural Dolavon. Fuente: Elaboración propia (10/09/2020)	95

CAPÍTULO I – MARCO INTRODUCTORIO

INTRODUCCIÓN

A partir de marzo del 2020 se nos presenta repentinamente una realidad que cambia la forma de vivir del mundo entero. Seguramente, nadie estaba enteramente preparado y cada persona puso en marcha mecanismos de adaptación a nivel psicosocial para enfrentar las modificaciones que sufrió en su rutina, en las relaciones familiares y en el trabajo. El confinamiento de miles de millones de personas categorizando de “actividades esenciales” a los que tuvieron que seguir prestando servicios, como el sector de salud, producción y distribución de alimentos, transporte y otros; mostraron lo clave de su importancia para la sociedad y la falta de valoración y reconocimiento de las mismas. Muchos gobiernos tuvieron una mala evaluación de la importancia de la pandemia brindando ínfima protección a sus trabajadores/as de salud (Domingues, 2020). Este nuevo escenario sumado a la problemática existente en las instituciones que prestan servicios de salud constituye, sin lugar a dudas, un estresante a la hora de desarrollar su labor para todos los/as trabajadores/as que forman parte de las organizaciones cuyo objetivo último es curar la enfermedad, rehabilitar o brindar acompañamiento para una muerte digna.

Existirá un antes y un después del COVID-19 en todas las esferas de la vida humana. En el ámbito laboral del personal de salud marcó un hito visibilizando estructuras desiguales presente en las instituciones de salud, entre las distintas profesiones, sectores y aquellas ligadas al género. La exposición a los riesgos laborales es un aspecto clave que se relaciona directamente a las divisiones antes mencionadas. Los/as trabajadores/as de salud se encuentran en la primera línea de la lucha para la mitigación de esta enfermedad siendo los/as más vulnerables a sufrir injurias a su propia salud llevando a cabo sus tareas asistenciales. En el marco del análisis de los diferentes riesgos a los que se expone el personal sanitario, particularmente, los/as enfermeros/as, se encuentran varias exploraciones que demuestran la exposición y sus consecuencias mayormente desde la óptica cuantitativa y en función de la parte netamente física del trabajador/a, dejando muchos grises respecto a sus sentimientos, mecanismos de afrontamiento, lo vivido/experimentado, la relación del trabajo con la familia y la comunidad, entre otros aspectos que inicialmente trascienden lo físico pero afectan la salud de los/as

trabajadores/as . A partir de esta investigación se pretende exponer la dimensión de la experiencia personal de los/as enfermeros/as desde su percepción respecto a la exposición a los riesgos laborales de tipo psicosocial en el contexto de pandemia.

Visibilizar, desocultar, exponer y reconocer cómo el quehacer diario afecta la salud de los/as trabajadores/as es el primer paso para dar un tratamiento efectivo. Los riesgos laborales psicosociales son subestimados en importancia frente a otros, aunque existe sobrada evidencia científica del impacto y la importancia de los mismos en profesiones del ámbito sanitario. Existen estructuras subyacentes que favorecen la naturalización de la exposición a situaciones estresantes como parte constitutiva del ejercicio de la profesión, restándole importancia e impidiendo la implementación de acciones de control y tratamiento frente a exposición. La Enfermería tiene un devenir histórico ligado a la cuestión de género que se encuentra naturalizada en situaciones de reclusión, invisibilidad, subordinación y de ningún poder social, lo que ha devenido socioculturalmente en ritos, costumbres y factores que determinaron la identidad y el desarrollo de la enfermería (Zúñiga Careaga & Paravic Klijn, 2009). Rita Segato (2003), reafirma la existencia de esta estructura oculta subyacente cuando nos dice que en una sociedad observada como igualitaria en donde las relaciones sociales, los derechos y deberes se manifiestan como equivalentes, se esconde un soporte ideológico patriarcal. La escasez de enfermeros/as, los déficits en los niveles de calificación y/o en su reconocimiento, el pluriempleo, la relativa situación de desventaja y desvalorización de la enfermería dentro de los equipos de salud, agregan problemáticas a los desafíos comunes de todas las trabajadoras de la salud (East, Laurence, & López Mourelo, 2020).

Argentina no escapa a la desigualdad laboral entre varones y mujeres. Las trabajadoras de salud del país se distribuyen de manera inequitativa entre las posiciones jerárquicas y respecto a los salarios percibidos. Aunque constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud, se ocupan mayormente en tareas técnicas (enfermeras, parteras, etc.), las profesiones vinculadas a la gestión administrativa y en los servicios de limpieza y gastronomía. Por el contrario, la gran mayoría de varones del sector se dedica a ocupaciones profesionales (médicos, farmacéuticos, etc.) o de gerencia como, por ejemplo, jefes de servicio (East, Laurence, & López Mourelo, 2020). La realidad económica que enfrentan las mujeres en el área de salud se relaciona, principalmente, a ser sustento de hogar a cargo de niños/as y adolescentes, los bajos salarios percibidos y la precariedad laboral, la

doble jornada entre trabajo remunerado y el trabajo del hogar, la realización de horas extras o el pluriempleo para cubrir las necesidades básicas generan una mayor exposición que sus pares varones, que multiplica los riesgos ante la actual pandemia. No se debe olvidar mencionar que las mujeres sufren más situaciones de violencia o acoso por parte de pacientes, familiares, compañeros y jefes.

A pesar que la exposición a los riesgos laborales se cuantifica de manera igual para ambos géneros se desprende de lo presentado que las mujeres se encuentran en una posición de vulnerabilidad mayor a sus pares varones. Frente a la exposición real a los riesgos laborales y, dentro de éstos, a lo de carácter psicosocial los/as trabajadores/as ponen en marcha (a veces inconscientemente) mecanismos para controlar las situaciones estresantes y no incurrir en el estrés crónico asociado, también, al Síndrome de Burnout muy común en la profesión de Enfermería. El estrés no sobreviene de manera repentina, desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas (Melgosa, 1995), no siendo siempre de carácter patológico. A pesar que el trabajo ha evolucionado de ser una actividad física a ser una actividad mental, con un incremento del trabajo en equipo y de los equipos de trabajo, visualizándose una mayor flexibilidad y versatilidad laboral (Peiró Silla, 2001), la enfermería sigue sin poder reemplazar el trabajo físico y la carga emotiva que conlleva el trato directo con el paciente, familia y comunidad en permanente roce con el dolor y la muerte. Cuando los mecanismos de adaptación se agotan frente a un estrés crónico a nivel laboral, éste se convierte en productor de angustia e insatisfacción (Martínez Selva, 2004) transformándose en lo que se conoce como Síndrome de Burnout, que posee características propias y diferenciales e impacta directamente sobre la salud del trabajador/a, la calidad del servicio prestado y las instituciones sanitarias.

Las instituciones sanitarias poseen una dinámica particular de trabajo por la heterogeneidad profesional, la necesidad de prestación de servicios continua y la responsabilidad social de asistir a la población para resguardar su salud sin contar; muchas veces, con los recursos humanos y materiales necesarios. Sobre las organizaciones sanitarias, Foulcault (2007) considera que reproducen mecanismos de normalización del sujeto y de los cuerpos, mediante función disciplinaria que configuran el entramado Biopolítico de vigilancia y control sobre los individuos, sus vidas y sus cuerpos. Hoy en contexto de pandemia es fácil reconocer este entramado al vincular el concepto con la implementación de las capacidades estatales y

paraestatales globales en la administración y prevención de riesgos de enfermedades infecciosas aplicando “disciplina” individual y “normas” conductuales generales de manera verticalista sobre los derechos de las poblaciones (Battthyány, 2020). De esta manera, el contexto institucional afecta directamente el accionar diario de sus integrantes interna y externamente, pudiendo ser un factor de estresor psicosocial cuando es disfuncional.

Todos estos temas se estudian desde la salud ocupacional y debieran ser materia constante de análisis de las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, aunque en la práctica, se prioriza los aspectos físicos a los psicosociales dentro de las coberturas y la promoción y prevención en las instituciones de los riesgos laborales. La pandemia sitúa al personal sanitario en situaciones de exigencia por encontrarse en la primera línea de la respuesta en salud, asumiendo mayores costos físicos y emocionales. Están sometidos/as a un enorme volumen de trabajo, situaciones traumáticas y decisiones difíciles que se suman a las largas jornadas de trabajo y el tiempo aislados/as de sus familias, pueden generar estrés y provocar una vulnerabilidad emocional todavía mayor. A esto hay que sumar el nivel de estrés provocado por el temor a enfermarse ellas y sus familias; y las situaciones de discriminación, violencia y exclusión que pueden enfrentar en sus comunidades, edificios y/o medios de transporte (East, Laurence, & López Mourelo, 2020, p. 22). Lo expuesto tiene su contrapartida en el reconocimiento del riesgo biológico directo asociado mediante la incorporación de la COVID-19 como enfermedad profesional y la sanción de una Ley que crea el Programa de Protección al Personal de la Salud (Ley Silvio) cuyo fin es asegurar a los/as trabajadores/as de salud el acceso a los elementos de protección personal, información actualizada y una base de datos con la nómina de aquellos/as que contrajeron la enfermedad. Éstas y otras medidas, como una ayuda económica, fueron políticas nacionales que apuntaban al cuidado del personal sanitario en pandemia.

En la provincia de Chubut la realidad de los/as empleados/as estatales, incluido el personal sanitario, es disímil. Hace años se sufre atrasos en el pago de haberes, sin actualizaciones salariales por ajustes inflacionarios, sin reubicaciones escalafonarias (por antigüedad, cargos jerárquicos y/o formación). Los/as empleados/as ante esta situación han tomado diferentes medidas de fuerza y de visibilización sin respuestas concretas. Infobae del 16 de noviembre de 2020 refleja esta situación al describir en su titular “Una huelga de médicos eleva la tensión política

en Chubut: el Gobierno prometió que pagará los salarios atrasados esta semana” (infobae, 2020). La provincia transita una profunda crisis socioeconómica e institucional de larga data, con la aparición de la pandemia por COVID – 19 los ánimos de reclamos y el fervor social reinante tendieron a aplacarse a partir de la aplicación del aislamiento social obligatorio y la sanción de decretos con carácter de emergencia que obligaban a ciertos sectores a continuar prestando servicios a pesar de no solucionar la problemática de fondo ni proveer las condiciones mínimas de seguridad para el desarrollo de las actividades denominadas “esenciales”.

En la actualidad se continúa con atrasos salariales, deudas acumuladas y el medio aguinaldo impago, situación que pone en jaque la economía de los/as trabajadores/as estatales, esencialmente del personal que labora en los hospitales que continuaron prestando servicios ininterrumpidos durante el periodo de pandemia sin transporte público, con difícil acceso a contar con la asistencia en el cuidado personal de los/as familiares a cargo (hijos/as, personas mayores) y con la problemática real de no contar con el ingreso mensual que asegura la subsistencia. Escenario particular que se configuró como otro factor estresante que se sumó a la larga lista descrita para los/as trabajadores/as de la salud de la provincia de Chubut.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el mundo laboral cada profesión tiene su idiosincrasia particular que la configura como tal y que define una manera propia de identificación y de comportamiento que los distingue del resto y constituye su identidad profesional. Existen profesiones que *per se*¹, se encuentran con una clara preponderancia de que sus trabajadores/as padezcan determinados riesgos y situaciones negativas que se presentan de la práctica diaria. De ello se desprende que los profesionales de la salud se encuentran con una concreta tendencia a padecer estos riesgos derivados del ejercicio de su profesión (Jiménez Paneque & Pavés Carvajal, 2015). Los médicos y enfermeros se encuentran expuestos a situaciones de riesgos medioambientales, contaminantes físicos, químicos, biológicos o derivados de factores humanos u organizacionales (Parra, 2003).

El año 2020 marcó un cambio radical en todas las esferas sociales a nivel mundial por la pandemia de COVID-19, siendo los equipos de salud fundamentales en la lucha por el control y la mitigación del virus. Se denomina COVID-19 a la enfermedad infecciosa causada por un tipo de coronavirus que inicia el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019, convirtiéndose en una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020). En nuestro país el 20 de marzo se declara el aislamiento social, preventivo y obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria pronunciada anteriormente, coyuntura que cambia drásticamente la dinámica social y de los equipos de salud. Ante lo mencionado cambia la rutina de trabajo y se inicia la preparación para enfrentar la pandemia, que sumada a las situaciones de la cotidianidad generan mayor presión en el personal que labora en el área de salud.

Descrita ésta situación nos encontramos en posición de aseverar que todos/as los/as trabajadores/as de la salud se enfrentan con situaciones que se corresponden con exposición a los riesgos laborales, que son definidos concretamente como la probabilidad de que se produzcan efectos adversos o daños por una actividad, un equipamiento o exposición a un factor ambiental peligroso (agente químico, físico o biológico) durante el ejercicio de una relación de trabajo, a causa de las propiedades inherentes de los mismos y/o a las circunstancias o grados

¹ Del latín. Por sí mismo.

de la exposición (Rodríguez & Brunstein, 2012). Tomando el concepto planteado podemos decir que los riesgos laborales son diversos y pueden afectar la salud psíquica y/o física de los/as trabajadores/as, conforme expone la Organización Internacional del Trabajo (OIT) éstos se pueden agrupar en cuatro: ambientales, psicosociales, tecnológicos y de seguridad y de manipulación de carga (OIT. Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Estas condiciones laborales determinan la calidad de vida de las personas, sin embargo y a pesar de la importancia que representan en el ambiente laboral, no existe en nuestro país un tratamiento integral adecuado tendiente a reducir esta problemática; se llega a ésta conclusión a partir del análisis de varios estudios relacionado a la exposición, tratamiento y prevención de riesgos laborales en la República Argentina (Acevedo, Sánchez, Farías, & Fernández, 2013).

Nuestra legislación reconoce que el/la trabajador/a está expuesto a riesgos en ocasión de desarrollar su actividad laboral por lo que le provee cobertura, mediante la Aseguradora de Riesgo de Trabajo (ART), en caso de sufrir lesiones atribuibles al desempeño efectivo de su labor. Como se expuso con anterioridad, los/as profesionales de Enfermería como parte del equipo de trabajadores/as de la salud padecen la exposición constante a riesgos laborales de distinta índole. Borges Romero en su investigación “Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo” habla sobre riesgos a la integridad física como exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de carga durante la manipulación de los pacientes, exposición a agentes químicos y radiación ionizante entre otros; expone los riesgos psíquicos cuando menciona que al ser el paciente el objeto de trabajo del personal de Enfermería, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte constituyen una carga mental para el trabajador y, por último, plantea los problemas que enfrentan a nivel de la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problema de comunicación entre colegas y con los demás integrantes del equipo de salud, horarios rotativos y jornada nocturna (Borges Romero, 1998).

A pesar de este reconocimiento, en la práctica, los riesgos laborales a los que se enfrentan los/as profesionales de Enfermería, suelen ser subestimados y de difícil abordaje desde las instituciones encargadas de garantizar y/o supervisar que el ámbito donde se desarrolla la labor sea óptimo. De esta manera considero que debería estar estipulado de antemano los elementos inherentes a la función que resultaren particularmente nocivos para la profesión llevando, en el último de los

casos, a padecer una enfermedad profesional. A través de la experiencia de trabajo en el sector público de salud de la provincia de Chubut se pueden observar problemáticas generales y particulares que representan riesgos para la integridad física y psicosocial de los enfermeros que se desempeñan en ellos. Sin embargo, son las de índole psicosocial las más cuestionadas a la hora de demostrar su relación directa con el ejercicio profesional.

El propósito central de este estudio consistirá en indagar las experiencias de los/as enfermeros/as en relación a la exposición al riesgo laboral psicosocial en ocasión de desarrollar sus actividades profesionales durante el periodo de pandemia por COVID-19 en el Hospital Rural “Mery Jones de Williams” de la localidad Dolavon, provincia de Chubut, República Argentina desde agosto del 2020 a febrero de 2021. Con este análisis se pretende comprender las vicisitudes a nivel personal en la esfera psicosocial, conocer y desocultar las condiciones laborales naturalizadas que enfrentan los profesionales de Enfermería que se configuran dentro los riesgos laborales psicosociales. Ésta investigación tiene por finalidad dilucidar las experiencias de los/as enfermeros/as que realizan su actividad en el Hospital Rural Dolavon respecto del riesgo laboral psicosocial. Muchas investigaciones a nivel regional, nacional e internacional exponen claramente la marcada tendencia de éstos/as trabajadores/as durante el ejercicio de su labor a sufrir problemas físicos, psicológicos y sociales que se encuadran dentro de los riesgos laborales; se hace hincapié en las cifras que exponen la dimensión real de exposición de los profesionales, pero poco dicen de las vicisitudes que experimentan en su desempeño laboral y que condicionan su salud.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Objetivos generales

- Indagar sobre las experiencias de los/as enfermeros/as en relación a la exposición a los riesgos laborales psicosociales en el Hospital Rural Dolavon desde agosto del 2020 a febrero del año 2021
- Comprender las vicisitudes experimentadas en el desempeño de la profesión de Enfermería desde la perspectiva de los participantes en el marco de la pandemia por COVID -19

Objetivos específicos

- Visibilizar las experiencias de los/as enfermeros/as frente al riesgo psicosocial
- Conocer si la situación actual de pandemia por COVID-19 intensifica la exposición al riesgo psicosocial
- Exteriorizar las vivencias de los/as enfermeros/as en el ejercicio de la profesión
- Aporte investigativo para reivindicar los derechos de los/as trabajadores/as en relación al cuidado de su salud psíquica-social ante los entes de aplicación y regulación de los riesgos de trabajo

ANTECEDENTES DE LA CUESTIÓN

A continuación, se detallarán diez investigaciones que se han realizado sobre la temática que se abordará y los factores relacionados al tema principal. Se comenzará desde el medio regional a lo internacional para ampliar la visión de la problemática en otras realidades socioculturales y económicas.

Regionales

1- Efectos del paciente en estado crítico en la salud psicosocial del personal de enfermería de la Unidad Médica de Urgencias.

Autora: Blanca Azucena GUTIÉRREZ. Lugar: Puerto Madryn – Chubut

Éste trabajo describió los efectos del paciente en estado crítico en la salud psicosocial del personal de enfermería de la Unidad Médica de Urgencias. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal. Los resultados fueron una buena respuesta a las situaciones que les plantea el servicio pudiendo gestionar su tiempo, priorizar tareas y adaptarse a condiciones cambiantes. (Gutiérrez, 2019)

Nacionales

2- Influencia del ejercicio de la Enfermería en las relaciones personales y sociales de la enfermera.

Autora: Adriana Inés SOSA. Lugar: General Alvear – Mendoza (2009)

La autora realizó el estudio con el objetivo de determinar cómo se ven influenciadas las relaciones personales y sociales de las enfermeras con el ejercicio de la profesión. Estudio descriptivo, analítico y trasversal que pone de manifiesto que el maltrato y la discriminación están constituidos por el paciente y su entorno, luego por los superiores, los propios compañeros y en el seno de la familia. (Sosa, 2009)

3- Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Autora: Maricel Soledad POPP. Lugar: Crespo - Entre Ríos (2008)

El objetivo apuntó a medir el nivel de Burnout en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), considerándolas como grupo de alto riesgo, y determinar el

perfil de afrontamiento en caso de padecer el síndrome. Se trató de un estudio cuantitativo, que reveló un alto grado de despersonalización y baja realización personal. El nivel bajo de aparición del Síndrome de Burnout tuvo directa relación con las diferentes estrategias de afrontamiento que ponen en práctica. (Popp, 2008)

4- Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Autores: Gabriel Esteban ACEVEDO, Julieta SÁNCHEZ, María Alejandra FARÍAS y Alicia Ruth FERNÁNDEZ. Lugar: Córdoba – Córdoba (2013)

Se indaga el nivel de riesgo psicosocial en el trabajo que presentan los integrantes de los equipos de salud. El estudio fue descriptivo, de corte transversal. Los resultados hablan que las situaciones más desfavorables que suponen un alto riesgo abarcan las dimensiones: exigencias psicológicas, apoyo social y calidad de liderazgo. Cabe destacar que en el análisis pormenorizado de cada dimensión aparece la figura de doble presencia con hallazgos compatibles que respaldan la desigualdad entre sexos respecto a la preocupación por las tareas domésticas y el cuidado de la familia, siendo más frecuente en las mujeres que en sus colegas varones. (Acevedo, Sánchez, Farías, & Fernández, 2013)

5- Salud Ocupacional de los enfermeros psiquiátricos del Hospital “El Sauce”.

Autores: Diana Josefina ACEITUNO, María Eugenia GONZÁLEZ y Julio Alfredo ROBLEDO. Lugar: Guaymallén - Mendoza (2013)

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar los condicionantes de la salud ocupacional de los enfermeros tratándose de un estudio cualitativo, descriptivo y transversal. Plasman como conclusión que al desgaste psicofísico que sufren se suma la falta de inclusión de la profesión en el equipo terapéutico. Otro punto importante que enumeran los/as autores/as es la afección del estilo de vida del personal debido a las bajas remuneraciones salariales que obligan a tomar más de un empleo para poder satisfacer necesidades socioeconómicas, generando así sobrecargas en horas de trabajo semanal y falta de descanso adecuado. (Aceituno, González, & Robledo, 2013)

6- Estrés profesional en el personal de Enfermería del área crítica del Hospital El Carmen.

Autores: Mariela BAIGORRIA, César Armando CHANDIA y Diego Martín GÓMEZ. Lugar: Godoy Cruz – Mendoza (2006)

Se realizó el trabajo para indagar sobre los factores modificables en el ambiente laboral que provocan estrés y las conductas de autocuidado que ponen en práctica los enfermeros. El estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo, que indaga sobre factores estresantes describiendo que la mayoría manifiesta sentirse afectado por ellos, relacionados a la mayor carga horaria y al trabajo en otras instituciones. Los enfermeros presentan una alta tasa de vulnerabilidad por las presiones laborales y sociales que se desprenden y repercuten en su trabajo. (Baigorria, Chandia, & Gómez, 2006)

Internacionales

7- Estudio cualitativo sobre factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería (Catalunya-España).

Autores: María Ángeles CARRIÓN GARCÍA, Francisco LÓPEZ BERÓN y Luciano ALPUENTE ABELLÓ. Lugar: Catalunya – España (2010)

Este estudio indaga sobre los factores de riesgo psicosociales que detectaban en su puesto de trabajo un grupo de profesionales de enfermería. Su enfoque fue cualitativo exploratorio y transversal. Los factores de riesgo psicosocial detectados se refieren al contexto y al contenido laboral. (Carrión García, López Barón, & Alpuente Abelló, 2010)

8- Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Autores: Cristian Arley JIMENEZ, Margarita María OROZCO y Nelly Esther CALIZ. Lugar: Bogotá – Colombia (2017)

El objetivo de la investigación fue evaluar los factores de riesgos psicosociales en los auxiliares de enfermería, de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia. Se trata de un estudio cuantitativo, donde la investigación evidencia las condiciones psicosociales que pueden repercutir en la salud de la población sujeto de estudio. (Jiménez, Orozco, & Caliz, 2017)

9- Percepción de riesgo psicosocial por el equipo de enfermería del centro quirúrgico del Hospital Rosalia Lavalle Morales Macedo “Hogar de la Madre”.

Autora: Julia María TAQUIRI TABRAJ. Lugar: Lima – Perú (2017)

Trabaja sobre los riesgos psicosociales en los ambientes laborales, afirmando que muchos no son percibidos por los mismos trabajadores o por el contrario son exageradamente percibidos. Es una investigación de tipo cuantitativa con método descriptivo de corte transversal. Los resultados fueron que el personal de enfermería tiene una percepción media/alta de los riesgos psicosociales a los que están expuestos. Es mayor la percepción sobre los riesgos relacionados a sobrecarga laboral que los niveles de percepción de riesgo en las relaciones interpersonales y los riesgos en la organización institucional. (Taquiri Tabraj, 2017)

10- Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud.

Autora: María Sol PASTORINO. Lugar: Santiago - Chile (2007)

El propósito del estudio fue analizar la asociación entre factores psicosociales en el trabajo en una institución de salud pública y el Síndrome de Burnout. Asumió un enfoque cuantitativo de diseño observacional, de tipo transversal. La prevalencia del síndrome de Burnout se relaciona con las demandas del puesto laboral (aspecto cognitivo, sensorial y emocional), con el menor nivel de control en el contenido de su actual puesto de trabajo y de bajo apoyo social del trabajador. (Pastorino, 2007)

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

TRABAJAR EN ARGENTINA

Concepto de trabajo

El concepto de trabajo es estudiado por diversos autores a lo largo de la historia de la humanidad. Señalan Peiró y Prieto (2008) que la delimitación del concepto de trabajo es una tarea difícil, por varias razones. La primera de ellas, debido a su naturaleza compleja y multifacética. Al estudiar el trabajo podemos estar haciendo referencia al trabajo como actividad o conducta, al trabajo como situación o contexto, es decir, los aspectos físico-ambientales del trabajo y al trabajo como un fenómeno de significado psicosocial, es decir, los aspectos subjetivos del trabajo o cómo cada uno vivencia el trabajo. Buscando una enunciación acotada se citará el Tesaurus de la Organización Internacional del Trabajo que define al trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo) (OIT. Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Como se deja entrever en el párrafo anterior el trabajo humano forma una realidad compleja que involucra la dimensión personal y social constituyéndose un mercado en constante transformación. El trabajo involucra a todo el ser humano, y no solamente a sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo moviliza las dimensiones psíquicas y mentales. Por regla general, existe una gran diferencia entre el trabajo, tal como es prescrito por quienes tienen la responsabilidad de su concepción, y tal como es ejecutado, movilizándolo no sólo el esfuerzo, la formación profesional y la experiencia acumulada, sino también la creatividad, el involucramiento y la capacidad para resolver problemas y hacer frente a los incidentes que ocurren con frecuencia en las empresas y organizaciones (Neffa, Panigo, & Pérez, 2000). Con el transcurrir del tiempo la organización del trabajo se ha ido modificando a través de las revoluciones económicas, políticas y sociales llegando a

hablar en la actualidad del “fin del trabajo” entendiéndose como tal al tránsito a un nuevo paradigma contemporáneo marcado por la alta tecnología incorporada a los procesos productivos y la importancia de la información y el conocimiento como pilares para las decisiones económicas en el ámbito de la producción.

Sin ser el objeto final de esta investigación se realizará un acotado recorrido por los paradigmas que marcaron la historia de la relación del individuo con el trabajo para entender la nueva dinámica laboral. Hoy presenciamos la salida de la “sociedad del trabajo” a partir de la decadencia de la industria en relación a los servicios con demanda de trabajo cada vez más calificado, con modos de empleos atípicos, precarizados y con mucha diversidad étnica que impone heterogeneidad de los trabajadores con respecto a las normas, los valores y actitudes (De la Garza, 1999). Otra de las características distintivas se entiende desde la perspectiva sociológica respecto a la centralidad del trabajo en las relaciones sociales, en particular en cuanto a la conformación de identidades colectivas y su función como generador de valores, terminando a partir de los años ochenta en una crisis política problemática para los obreros debido a los cambios en el régimen de acumulación y a la crisis sindical (Neffa, Panigo, & Pérez, 2000).

La influencia de la introducción de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones (TIC) en el mundo laboral es indiscutible. El capitalismo a partir de la crisis de la década del 70 sufrió un proceso de reestructuración profunda, que constituye el eje de lo que actualmente conocemos como globalización, caracterizado por la integración global de los mercados financieros, el ascenso del sudeste asiático como nuevo centro industrial global dominante, la unificación económica de Europa, el surgimiento de una economía regional norteamericana, la diversificación y desintegración gradual del Tercer Mundo y la incorporación de Rusia y los países de la ex órbita soviética a las economías de mercado, conformando un sistema interdependiente, con la incorporación de segmentos valiosos de las economías de todo el mundo, que funciona como una unidad en tiempo real (Flores, 2020). La otra cara de ese proceso es la fragmentación y exclusión de segmentos y territorios que corren el riesgo de convertirse en irrelevantes de acuerdo a la lógica del sistema, lo que Castells (2002) llama los “agujeros negros” de la economía informacional global. No ya solamente entre norte y sur, el desarrollo desigual aumenta las diferencias dentro de los propios países desarrollados segregando a grandes porciones de la sociedad.

La difusión de las TIC es motivo de una profunda reestructuración en las relaciones sociales entre el capital y el trabajo: en su núcleo, el capital es global; como regla, el trabajo es local. La tendencia es que capital y trabajo existan cada vez más en espacios y tiempos diferenciados: el espacio de los flujos y el espacio de los lugares, el tiempo inmediato de las redes informáticas frente al tiempo de reloj de la vida cotidiana. Así, mientras el capital tiende a concentrarse y globalizarse, a través del poder descentralizador de las redes, el trabajo se desagrega en su realización, se fragmenta en su organización, se diversifica, y se individualiza, en sus capacidades y competencias, perdiendo su identidad colectiva (Castells, 2002).

Salud ocupacional

Las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos (Parra, 2003). La Organización Mundial de la Salud habla de salud ocupacional como la actividad para promover y proteger la salud de los/as trabajadores/as introduciendo un concepto importante en el marco de prevención y de bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Las condiciones de los hospitales, una vez más, se ponen en el tapete por los requerimientos emergentes asociadas a una rigurosa necesidad de implementar el control de infecciones al máximo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Cuando el trabajo se realiza en espacios cerrados se requiere una buena ventilación e iluminación general, acceso a agua potable y la existencia de servicios sanitarios completos para el correcto lavado de manos. En casos en que las personas se ven obligadas a alimentarse en el trabajo, se requiere la existencia de comedores limpios y con agua y mobiliario suficiente. En el caso de las instituciones sanitarias es necesario que los trabajadores y trabajadoras cuenten con duchas y casilleros guardarropas para realizar el cambio de ropa de calle por ropa de trabajo, por el riesgo de contaminar la ropa de calle y diseminar las infecciones intrahospitalarias (Parra, 2003).

Todo trabajo requiere la utilización de energía humana, se puede definir la carga de trabajo como “el conjunto de requerimientos mentales y físicos a que se ve sometido un trabajador o una trabajadora para la realización de su tarea” (Parra, 2003, p.14). Cuando se trabaja desde la salud ocupacional y se controlan adecuadamente la carga de trabajo como factor de riesgo, en el aspecto físico y las demandas mentales o psicológicas del trabajo, aumenta la productividad y la satisfacción en el trabajo y baja el riesgo de accidentes. En el caso del personal de enfermería, un estudio de base cualitativa realizado en Brasil destaca algunas particularidades de los ritmos y turnos de éstos recursos humanos: descansos que no necesariamente coinciden con fines de semana; ninguna semana se parece a otra en cuanto a frecuencias de trabajo, horarios diurnos y nocturnos; condiciones que demandan una organización también peculiar en el interior del hogar (Osorio et al., 2011 en Spinelli, y otros, 2013). A partir de estas situaciones los/as trabajadores/as ven trastornados sus hábitos alimentarios y los períodos de sueño.

Otro aspecto crucial a tener presente dentro de la salud ocupacional en las instituciones hospitalarias es la organización del trabajo. Los servicios hospitalarios funcionan las 24 horas los 365 días del año requiriendo una organización en base a turnos rotativos, franco móviles y jornadas de trabajo extendidas (Spinelli, y otros, 2013). El trabajo nocturno aumenta el esfuerzo físico y mental, disminuye las capacidades del organismo para recuperarse de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos y aumenta la probabilidad de accidentes. Las largas jornadas implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo que esté presente en el lugar y le resta horas al tiempo de descanso, que es fundamental para la recuperación física y para destinarlo a la vida familiar, a los intereses individuales, a las actividades sociales. En éste aspecto se quiere resaltar y poner énfasis en la cuestión de género dentro del trabajo en las instituciones de salud por contar con gran proporción de personal femenino que ven aumentados sus tiempos de trabajo total por una desigual distribución de tareas entre los géneros dentro de la sociedad que agrega a las extensas horas de trabajo remunerado vasta jornada de trabajo doméstico (Parra, 2003).

El ritmo de trabajo se refiere al tiempo necesario para realizar una determinada tarea, que se manifiesta en trabajar a una cierta velocidad, la que puede ser constante o variable. Los ritmos intensos producen mayor demanda de esfuerzo físico y mental, por lo tanto, fatiga y riesgo de accidentes, además de insatisfacción

(Parra, 2003). La importación de valores comerciales en el trabajo de salud cambió la gestión de cuidados modificando los procesos y la salud de los/as trabajadores/as que se evidencia a través de la pérdida de vínculos del empleado/a con la organización, con sus compañeros, con los pacientes, y con el trabajo mismo (Spinelli, 2010). Aunque se ha observado una buena adaptación física de los/as enfermeros/as a realizar horas extras, se demostró la presencia de conflictos en las relaciones verticales y horizontales entre profesionales, familiares y pacientes.; comprometiendo la integridad psicológica del personal. En ese sentido, cuidar de profesionales que ofrecen servicios de salud puede ser una estrategia fundamental, ya que buena atención a los usuarios depende principalmente de equipos saludables (de Marchi Barcellos Dalri, da Silva, Oliveira Cruz Mendes, & do Carmo Cruz Robazzi, 2014).

El entramado de relaciones dentro de las organizaciones se configura dentro de la concepción del trabajo como actividad social con relaciones regladas entre los individuos, en diferentes niveles con disímiles obligaciones. Las relaciones entre los propios trabajadores/as pueden darse a través de estructuras formales, como sindicatos y comités, y mecanismos no formales, con influencia de factores emocionales. Otro aspecto esencial a tener en cuenta para generar un ámbito de trabajo seguro es la comunicación en todas las direcciones para garantizar la protección de la salud, para una mejor productividad y una adecuada prevención de accidentes y enfermedades. Una adecuada comunicación dentro de los equipos de trabajo mejora la satisfacción a través de la creación de redes de apoyo rescatando el carácter social del trabajo (Parra, 2003). El deterioro en las relaciones sociales en el proceso de trabajo se pone en evidencia con la presencia de violencia entre pares, entre jefes y subordinados, así como entre el personal de salud y los usuarios, y tiene manifestaciones tanto físicas como psicológicas (Pasos de Oliveira & Oliveira Nunes, 2008).

Riesgos laborales

Según Parra (2003) se puede denominar riesgo laboral a todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar un daño. Esta potencialidad se conoce ya sea por el historial de la empresa en donde se encuentra presente el riesgo o por los antecedentes tomados de otras realidades. Un riesgo profesional es aquella

situación de trabajo que puede romper el equilibrio físico, mental y social de las personas.

No existe un único criterio de agrupación y clasificación de los riesgos laborales, para el presente trabajo se utilizará la clasificación de la Organización Internacional del Trabajo, según la cual se los concentra en cuatro categorías: Ambientales, psicosociales, tecnológicos y de seguridad, y de manipulación de carga (OIT. Organización Internacional del Trabajo, 2019). La primera categoría corresponde a los riesgos ambientales que incluyen la infraestructura sanitaria (exposición al clima, agua potable, comedores, baños), riesgo físico (ruido, vibraciones, temperaturas extremas, radiación) y contaminación química y biológica (ácidos, elementos corrosivos, vapores tóxicos, bacterias, virus). La segunda categoría se conforma por los riesgos psicosociales, que son de los que se ocupa éste estudio, y se definen como las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte y, por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2019). Luego pasamos a los riesgos tecnológicos y de seguridad, ejemplificando algunos como el trabajo con maquinarias, equipos y herramientas, las fuentes de energía y el riesgo de incendio. Por último, se cita el riesgo laboral por manipulación de carga o carga de trabajo (concepto más amplio) donde aparecen las exigencias de las tareas sobre los individuos: esfuerzo físico, posturas de trabajo, manipulación de carga, exigencias de concentración (Parra, 2003).

Tendiente a delimitar el campo de investigación y abordar los riesgos laborales psicosociales se considera importante mencionar una notable resolución que tomó la OIT en 1975, que considera “el trabajo no sólo debe respetar la vida y la salud de los trabajadores y darles tiempo libre para el descanso y el ocio, sino también ha de permitirles servir a la sociedad y conseguir su autorrealización mediante el desarrollo de sus capacidades personales” (OIT. Organización Internacional del Trabajo, 2019), empezando a reconocer y dar tratamiento a los aspectos que no se encuadran en la esfera física del trabajador/a.

Legislación de la República Argentina

La Ley 24.557 Ley sobre riesgos del trabajo regula el sistema de cobertura de riesgos del trabajo y reparación de los daños provocados por siniestros laborales, posee tres objetivos centrales:

- Accidentes Laborales: Que los/as trabajadores/as que sufran accidentes laborales accedan a las reparaciones integrales y oportunas como respuesta a los infortunios sufridos.
- Ambiente de Trabajo: Que el ambiente de trabajo sea un lugar digno y seguro para todas las personas que desarrollen tareas de índole laboral.
- Costos: Que los costos que deben afrontar los empleadores para hacer posible los objetivos anteriores sean razonables y predecibles. (InfoLEG. Información Legislativa, 2021)

Las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) se definen como es una empresa privada de seguros cuya actividad aseguradora está dedicada con carácter de exclusividad a respaldar a los empleadores o empresas en el caso de que se produzca un siniestro, pagando por ellos una determinada suma de dinero como indemnización al trabajador/a damnificado, asesorando en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. La Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT) es el organismo del Estado Nacional encargado de garantizar que se otorguen las prestaciones médico – asistenciales y dinerarias en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Su función esencial es el control y regulación del sistema (InfoLEG. Información Legislativa, 2021).

Los cambios en la legislación argentina se dan de manera permanente, en materia de los riesgos laborales se destacan transformaciones esenciales en el sistema de control.

La reforma del sistema de riesgos del trabajo (accidentes y enfermedades profesionales) atribuye a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo las facultades que antes tenía la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo. La Ley 24.557 dispuso que no serían sancionadas las empresas que se encontraran cumpliendo el plan de mejoramiento, establecido en el contrato entre el empleador y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). En este sentido, quedó a cargo de las ART el control del cumplimiento de las normas

sobre higiene y seguridad en tanto se encuentren comprendidas en el plan de mejoramiento, lo que implicó una privatización parcial de la inspección del trabajo en esta materia. (Beccaria & Galin, 2002, p. 78)

Existe en algunas jurisdicciones de las provincias organismos que ejercen, en forma directa o indirecta por delegación de la SRT, control de cumplimiento de normas y aplicación de medidas de urgencia, aunque en la práctica no ha resultado útil para mejorar el trabajo y disminuir el riesgo y la frecuencia en la aparición de accidentes de trabajos y enfermedades profesionales. Siguiendo con la misma línea de análisis, Beccaria y Galin (2002) dicen:

Es un criterio generalmente aceptado que en las dos últimas décadas se ha deteriorado el servicio de inspección del trabajo: pluralidad y falta de coordinación creciente de los servicios, reducción del número y capacidad de los efectivos de la inspección, restricciones al ámbito de actuación. Este proceso ha acompañado la limitación de la acción del Estado, debilitado en todos los planos y especialmente en los mecanismos de control. El curso advertido con las reformas de los '90 verificó la acentuación de la descentralización de los servicios y la cesión de áreas al sector privado: la de seguridad e higiene –al menos parcialmente– a aseguradoras con fines de lucro, y la correspondiente a la construcción de un órgano bipartito. Por último, se dispuso la privatización virtual de la fiscalización de los recursos de la seguridad social. (p. 94)

LA SALUD COMO OBJETO DE TRABAJO

Personal sanitario

El personal sanitario consta de todas las personas que participan en acciones cuya intención primaria consiste en mejorar la salud. A pesar de constituir una importante proporción, en el año 2006 eran aproximadamente cincuenta y nueve millones de personas a nivel mundial según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019), han sido relegados de las actividades de la salud ocupacional, ya que ni los gobiernos ni las organizaciones de la salud le han concedido suficiente atención a los factores de riesgo laborales presente en los centros dispensadores de salud que pueden ocasionar accidentes o enfermedades ocupacionales en este personal (Galíndez & Rodríguez, 2007).

En nuestro país la gran complejidad de la sociedad actual se traduce en la aparición de nuevos conflictos entre los distintos actores que participan del proceso de atención de la salud. Cada vez resulta mayor la demanda de servicios de salud públicos en la Argentina, y a su vez es cada vez menor la capacidad del Estado de hacerse cargo de dicha demanda (Garrefa, 2004). El personal de las instituciones sanitarias atraviesa una gran crisis de identidad con un necesario replanteamiento de los roles dentro de los equipos de trabajos y como actores sociales. Al respecto Garrefa (2004) plantea: “La postmodernidad, regida por una sucesión rápida de cambios y concomitantes cuestionamientos, replanteos y resignificación de las cosas, permite plantear una crisis de identidad generalizada, acompañada de la pérdida del lugar social y del rol históricamente desempeñado por los distintos actores sociales junto con la falta de definición de un nuevo lugar y rol asociado, ante la imposibilidad de adecuarse con la necesaria rapidez a las nuevas condiciones sociales, económicas y técnico – científicas” (p. 1). Éste cambio de paradigma de atención en salud sumado a la crisis general conforma un ámbito dificultoso para desarrollar las actividades diarias del personal generando aspectos negativos que repercuten en la vida personal del agente, en la realización de las tareas y en la relación con los demás integrantes del equipo de salud y con la comunidad.

Sobre la dinámica organizativa de las instituciones sanitarias en Argentina, Nowicki (2015) dice:

Las organizaciones sanitarias son escenarios de acción donde entran en juego múltiples actores con funciones diferentes, pero con un objetivo común. Desde posiciones jerárquicas se establecen relaciones de poder, tanto entre profesiones disímiles como entre y al interior de cada una de ellas. En la actualidad, el campo de la salud se perfila eminentemente multidisciplinario, ello obliga a pensarlo como producto de una compleja relación de fuerzas entre las disciplinas y las profesiones que en él intervienen. Sin embargo, dentro los profesionales habilitados para intervenir en el ámbito de las organizaciones sanitarias, se destaca particularmente la presencia de médicos, administradores y enfermeras. (p. 65)

En la actualidad se sigue observando el predominio de una organización basada en un modelo jerárquico médico cuya profesión goza de mayor autonomía y poder, tomando un lugar de privilegio respecto a las demás profesiones (Nowicki, 2015). Éste tipo de estructura son ámbito propicio para la segregación laboral y la discriminación económica asociadas a género/profesión, dando lugar a la brecha de ingresos por trabajo entre hombres y mujeres, llevando a la premisa que dice que en los sectores donde trabajan más mujeres los salarios son menores (Espino & Salvador, 2007). Se sabe que dentro de las organizaciones sanitarias sigue prevaleciendo la figura del trabajo asociada al género, tal como lo describen Espino y Salvador (2007) cuando expresan: “(...), si bien el origen de la segregación ocupacional está en directa relación con la división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar, también lo está con la atribución que la sociedad hace de determinadas ocupaciones a las mujeres y hombres, y cómo se determina social y culturalmente qué oficios y espacios económicos son apropiados para unas y otros” (p. 15).

Profesionales de Enfermería

Para graficar las condiciones de trabajo y salud de los profesionales de Enfermería se recurre a nombrar el trabajo de Aimara Borges Romero que fue expuesto en las III Jornadas Científicas de Enfermería Texas Marina Reyes Álvarez, que respalda ésta investigación a la hora de definir y conceptualizar lo que significa el trabajo diario en el área de Enfermería. Primero la autora cita y detalla los factores de exposición de la profesión que son productores de daños a la salud de los/as trabajadores/as, como la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas,

levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas y a radiaciones ionizantes, bien conocidos como productores de daños a la salud de éstos. Luego explica la implicancia del paciente como objeto de trabajo, que constituye una carga mental por el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna (Borges Romero, 1998).

Se desprende de la lectura del informe que el trabajo hospitalario constituye un riesgo para la salud del personal. Borges Romero (1998) identifica, individualiza y clasifica estos riesgos, y dentro de ellos expone los de tipo psicosocial, que constituyen el punto de análisis de este estudio, por lo cual se explorará sobre ellos de forma diferencial. El término “factor psicosocial” es usado como un término inespecífico empleado para categorizar los elementos no físicos del ambiente de trabajo o del trabajo mismo, incluyendo el clima organizacional o la cultura del grupo, aspectos específicos de la organización tales como la complejidad de las tareas y también atributos psicológicos de los/as trabajadores/as como sus actitudes frente al trabajo e inclusive el tipo de personalidad. La manera de organización del trabajo con turnos rotativos incluyendo nocturnos, alargamientos de la jornada por horas extras o doble turno derivado de la baja remuneración, constituyen por sí mismos factores estresantes que indudablemente se suman al ser del objeto de la profesión. Las prestaciones de los cuidados enfermeros se pueden convertir en situaciones desgastantes, principalmente debido a la constante convivencia con el sufrimiento, dolor, muerte y tantos otros sentimientos y reacciones desencadenadas por el proceso de enfermedad (Dalri, Silva, Mendes, & Robazzi, 2014). Lo descrito anteriormente generan un perfil de malestares y/o enfermedades caracterizado por: trastornos del estado de humor y sentimiento (irritabilidad, depresión), fatiga crónica, trastornos del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, trastornos alimentarios y otros (Gastal Otero, 2003).

Teniendo en cuenta que se está ante una profesión mayoritariamente femenina y que su principal actividad es el cuidado, resulta adecuado utilizar la perspectiva de género, para el estudio de sus problemas y competencias (Gallegos García, 2009). En el desarrollo de la presente investigación se observa una cuestión

que se repite en los diferentes estudios de investigación sobre el rol de la mujer dentro de la profesión enfermera (Borges Romero, 1998) (Baigorria, Chandía, & Gómez, 2006) (Pastorino, 2007). Zúñiga Careaga y Paravic Klijn introducen la perspectiva de género en el análisis histórico del nacimiento y evolución de la profesión exclusivamente femenina en sus inicios. Dicen Zúñiga Careaga y Paravic Klijn (2009):

Es posible observar qué características, vinculadas al ser mujer, se ven claramente reflejadas en el desarrollo de la profesión de enfermería y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen. A lo largo de la historia, la mujer ha estado en la situación de reclusión, invisibilidad, de subordinación y de ningún poder social, lo que ha influenciado socioculturalmente en ritos, costumbres y factores que determinaron la identidad y el desarrollo de la enfermería. (p. 4)

Además, continúa existiendo una relación marcadamente jerárquica con los profesionales de la medicina (Gallegos García, 2009). Para ir desglosando ordenadamente estos conceptos se plantea una breve reseña de las etapas de evolución de la enfermería para luego plasmar las referencias de género que atraviesan la profesión.

Desde el punto de vista estructural la profesión de Enfermería transitó cuatro grandes fases: la etapa doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. En la primera etapa la salud se percibe como el mantenimiento de la vida, a través de cuidados básicos, encaminados a conseguir bienestar, higiene y una alimentación adecuada, que preserven o restauren la salud, así como los propios de la reproducción y de la maternidad. Temporalmente se puede situar desde la organización tribal neolítica primitiva hasta la caída del Imperio Romano y fue un papel mayormente asumido por mujeres en el ámbito familiar. Con el cristianismo cambia la visión del cuidado al considerarlo un don divino interviniendo la religión y aparece la figura de institución, esta etapa se denominó vocacional. Algunas órdenes de mujeres religiosas cuidan a los enfermos y como aplicación y desarrollo de la caridad. La siguiente fase se desarrolla en el siglo XX y se designó etapa técnica, con un saber pre-profesional centrado en encontrar y utilizar medios de lucha contra las enfermedades siendo éstas una mera contraposición al concepto de salud, definida como ausencia de enfermedad (Gallegos García, 2009). Se comienza a priorizar las técnicas en detrimento de ciertos aspectos vocacionales, siendo una actividad auxiliar de la medicina con especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención al enfermo como persona. La última etapa, contemporánea, no termina de

superar los prototipos de imagen y comportamientos de la anterior, pero apunta a desarrollar el conocimiento científico como puntal de la profesión y se conoce como etapa profesional. La salud se define como bienestar físico, psíquico y social del individuo y de la comunidad y no solo la ausencia de enfermedad, resaltando la necesidad de una interacción equilibrada del individuo y su ambiente. El “cuidado” vuelve a ser el objeto del trabajo de los/las enfermeros/as con base en la evidencia, poniendo en práctica modelos de trabajo creados a partir del perfeccionamiento de teorías y modelos (Gallegos García, 2009).

Retomando la conceptualización de la profesión desde la óptica de género se puede afirmar, sin miedo al error, que el devenir fue marcado por una figura de feminidad ligada al “cuidado” desde la representación maternal alejándose del profesionalismo que intenta la aplicación del rigor científico como base del conocimiento y respaldo de los procedimientos. Existen dos posiciones contrapuestas para explicar la preponderancia femenina dentro de algunos trabajos y/o profesiones. La primera se basa en la creencia de que existen diferencias naturales entre ambos sexos que los predispone para unos u otros estudios. Dice Suarez (2008), pedagogo español: "Las mujeres son más afectivas y tienden a ayudar o atender a los demás. Por eso, los trabajos sanitarios o los servicios sociales tienen más presencia femenina" (p. 63) en oposición añade: "Los hombres, sin embargo, son más agresivos y prácticos, buscan el valor económico de las cosas y quieren obtener resultados inmediatos" (p. 63). Aquí se evidencia un estereotipo que puede tener su origen en cierta predisposición “natural” como se plantea anteriormente, o en una construcción de ideas por transferencia cultural entre generaciones. Esto último constituye el plano de pensamiento del colectivo femenino, quienes sostienen que la construcción de estereotipos es puramente cultural y se ha establecido siguiendo el modelo de sociedad patriarcal, que ha persistido a lo largo de muchos siglos de Historia (Gallegos García, 2009). Al respecto Avendaño y Grau (1997) dicen: “En general la actividad de enfermería se caracteriza por supervisión y control de superiores masculinos, casi siempre médicos, (...)” (p. 95), lo que reafirma claramente la cuestión del género dentro del trabajo diario en el ámbito hospitalario. En íntima relación surge el estigma de la mujer trabajadora por la sobrecarga de trabajo realizado en el ámbito público y en el ámbito privado, siendo tierra fértil para conflictos de roles que incrementa los riesgos para la salud en comparación a los pares profesionales varones. Continuando con los hallazgos de las investigadoras latinoamericanas en su

ensayo estudiando a las enfermeras chilenas encontraron, según Borges Romero (1998), que “ellas identifican como factores de riesgo a su salud las tensiones en el rol materno (preocupaciones experimentadas en el trabajo remunerado en relación con el cuidado y bienestar de los hijos adolescentes, sentimientos de culpa en relación con los hijos, y percibir que a veces debe elegir entre su trabajo y el rol de madre) y la falta de apoyo de la pareja (percepción de la falta de apoyo instrumental y emocional recibido de la pareja en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos)” (p.118). Por lo antes expuesto se cree conveniente desprender las significaciones que sustentan la concepción de género, a veces, expuestos y otras veces sustentando prácticas que ocultan el carácter patriarcal y culturalmente aceptado en el desarrollo de las tareas inherentes a la profesión.

Cuando se habla de estereotipos podemos imaginar “cuadros mentales” o “cajones estancos” donde se encasillan a los individuos antes de establecer una relación. Parten del medio social que establece premisas para categorizar a las personas, que permiten tratar con un "otro" sin necesidad de dedicarle una atención o reflexión especial, por lo que, al encontrarnos con una persona, y atendiendo a las primeras apariencias, se tenderá a asignarle una categoría que valdrá para descifrar su identidad social (Goffman, 1989). En relación a esto, surgen procesos de pensamiento y acción universales y consustanciales que responden a la propia esencia humana, exaltando la diferencia o lo que sale del “normal” en ciertos grupos generando conductas de estigmatización. Afirma Goffman (1989) que: "es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera existan normas de identidad" (p. 2) siendo una construcción cultural basada en las creencias y siempre el objeto será un grupo social característico o diferencial de referencia. La cimentación de un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero, referenciando los elementos diferentes propios de ese conjunto objeto que lo hacen profundamente distinto; es por ello que el estigma sea utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1989).

Retomando las ideas del párrafo anterior se asevera que se le establece la identidad social o los atributos a un extraño por las primeras apariencias y la categorización estereotipada que se hace del mismo, convirtiéndose luego en expectativas de comportamiento esperadas. Para acercarse al objeto del presente estudio se puntualiza en la identidad profesional de los enfermeros/as atravesada

profundamente por estereotipos ligados al género, a la subordinación a otras profesiones de “status” superiores y la propia imagen que parte de una construcción histórica y social particular, generando una pluralidad de perfiles dentro de la misma profesión. La idea natural de subordinación-sumisión en la relación entre la enfermería y la medicina, por la subyugación de género y formación, además de la escasa valoración económica y social de la profesión, contribuyen a menguar la identidad profesional y generar baja autovaloración (Gallegos García, 2009).

La cuestión de género es trascendental para comprender el largo y difícil proceso de reivindicación de la profesión como formadora de la identidad personal positiva y la imagen social valorada. Resulta interesante el abordaje desde la mirada antropológica que propone Rita Laura Segato para conceptualizar el género como impronta que compromete y atraviesa la concepción intrínseca de cada profesión, su identidad individual y colectiva y el perfil social que refleja. Ésta autora hace mención a dos tipos de análisis, una postura relativista y otra universalista de las jerarquías y desigualdades de género. La primera postura se basa fundamentalmente en el esencialismo biológico asociados con las categorías “mujer” y “hombre” contrapuesta a la universalidad que probó que dichas dimensiones son productos histórico-culturales y no hechos de la naturaleza, ordenando los géneros en una estructura jerárquica reflejada por una ideología patriarcal. Aparece muy afianzada la idea de que no existe la igualdad dentro las sociedades, refuta las ideas de igualdad observable en el ámbito laboral y social entre lo masculino y femenino, ya que identifica que éste “orden” obedece a un portador de la verdad, fuente del sentido y de las reglas para la organización de la vida social con rostro masculino (representado por una divinidad), reafirmando el sentido patriarcal a través de la identificación de la ley fálica de la interdicción, de la separación, del límite y del orden. Se dice entonces que en una sociedad observada como igualitaria en donde las relaciones sociales, los derechos y deberes se manifiestan como equivalentes, se esconde un soporte ideológico (el mito) que sustenta la jerarquía de prestigio de las tareas y la estructura que se trasunta en la narrativa mítica son claramente patriarcales (Segato, 2003).

Las reflexiones sobre género hablan de una estructura de relaciones sociales basadas en la subordinación voluntaria en las jerarquías que evidencian, muchas veces, otras formas de sujeción como las étnicas, raciales, regionales o de poderío económico entre países desarrollados y los demás. Pero el género, propiamente dicho, no es observable pues deriva de un registro primario en el cual se instala la

persona desde el principio en la escena familiar nuclear y termina siendo la trama de las relaciones que encarna a partir de ese momento. Entonces, lo que percibimos como conquistas de estamentos por parte de la mujer es en realidad un tránsito entre las posiciones significantes que se externaliza o visibiliza en la “dimensión funcional del género” donde la mujer accedió a papeles o posiciones propias de los hombres sin llegar a modificar plenamente las bases de las interacciones afectivas que provienen de la escena original patriarcal (Segato, 2003). La enfermería como profesión marcada y signada históricamente por el género, es un punto a tener siempre presente en todo estudio que se realice dentro de la disciplina para entender desde una perspectiva más amplia la dificultad para posicionarse como una profesión independiente, dotada y respaldada por un cuerpo de conocimiento científico propio e independiente dentro de la estructura del sistema de salud.

Estrés y Síndrome de Burnout

De lo expuesto anteriormente se desprende que las/as enfermeros/as en el desempeño de su labor están expuestos a todo tipo de riesgos laborales, siendo los psicosociales los que ocupan una importante proporción. En el análisis más detallado de éstos no se puede pasar por alto definiciones sensibles como estrés y Síndrome de Burnout, para luego continuar en la caracterización de los mismos en la enfermería. A propósito, el término estrés hace referencia al estado psicológico del individuo al que se le exigen demandas fuertes, resultando en el agotamiento de sus recursos de afrontamiento (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). El estrés laboral, es aquel que surge como consecuencia de las actividades laborales y afecta negativamente la salud psicológica y física de los/as trabajadores/as, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Se comenzará con una caracterización del estrés, luego específicamente del estrés laboral junto con el síndrome de Burnout que interesa particularmente a este estudio. El estrés ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, por cuanto sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona. Provoca preocupación y angustia y puede conducir a trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales (Naranjo Pereira, 2009).

Desde el psicoanálisis se acerca a definiciones e interpretaciones que intentan explicar las sensaciones que se experimentan a lo largo de la vida. Hoy la realidad que se atraviesa a nivel mundial evidencio o puso de manifiesto procesos de adaptación/inadaptación. Los efectos de la pandemia por COVID-19 a nivel psicosocial se asemejan al trauma por la amenaza real que genera, el encierro, la merma de las relaciones sociales, los cambios en la dinámica de socialización y otras muchas características que conforman signos y síntomas patológicos pudiendo convertirse en enfermedades de tramas complejas compatibles con las alteraciones observadas por crisis y catástrofes colectivas. Las respuestas psíquicas que produce la suspensión de la realidad socialmente instituida y la creación de otra, precaria e incierta, propicia la aparición de figuras como la angustia y el dolor. Freud identifica en el nacimiento el origen del dolor acompañado de angustia por el desamparo original produciendo lo que conocemos como “angustia automática” diferente de la “angustia señal”, la cual está ligada al complejo de castración (Freud, 1992). Lo traumático siempre provoca crisis, aunque la cultura aporta tempranamente elementos para lidiar con esa situación, pero hoy ese mundo que da sentido se encuentra en una crisis parcial que compromete los sistemas de sostén y apoyo de las personas. Lacan retoma la angustia como afecto susceptible a la transformación debido a que no necesariamente está ligado a una representación, presenta la angustia como el único afecto que no engaña, pues a pesar de presentarse disfrazado, desplazado o invertido, nunca será reprimido, ya que lo que se reprime son los significantes y por estar la angustia dentro de lo real, esta carece de significantes (Lacan, 1963). Para este autor la angustia es un afecto que no engaña, se evidencia a través del complejo entramado llamado experiencia de satisfacción, que le ponen coto a la angustia y le hacen dar un salto cualitativo: aparecerá ante la falta del objeto de placer sobre el cual pesa el deseo. Pasando en limpio este enmarañado proceso, se asevera que la búsqueda final se encuentra en captar esa angustia desorganizante ante el trauma y transformarla en otra angustia, para lo cual es necesario que el sujeto ubique un objeto que cause su deseo. A veces, cuando nos encontramos con cuadros físicos y psicosomáticos que livianamente se atribuyen al estrés, en realidad estamos frente a procesos que sientan las bases en el trauma, la angustia y el deseo como hechos internos exteriorizados en el comportamiento en el medio social en el momento en que se desarrollan acontecimientos modificatorios de la dinámica y la estabilidad establecida.

Ahora bien, teniendo presente los pilares del análisis de los sujetos desde la óptica del psicoanálisis se pasa a describir de manera pragmática lo que se considera producto y producción de la inadaptación al medio. De los diversos análisis que existen en la actualidad se abordará el estrés laboral desde la mirada individual y colectiva planteada por Peiró Silla (2001) que propone:

(..) una conceptualización individual del estrés, que arranca de una consideración psicofisiológica y subjetiva del mismo y tomado en consideración su componente experiencia y sus consecuencias para la salud y el bienestar personal. Sin embargo, esta aproximación presenta importantes limitaciones al no tomar en consideración los aspectos colectivos del estrés, que son de especial relevancia en el ámbito laboral. (p. 31)

El estrés es una respuesta fisiológica normal y saludable ante diversos estímulos. Entonces, se pueden distinguir algunos términos relacionados que ayudan a encuadrar y reconocer cuando se convierte en una problemática para la persona. El “estrés malo” o distrés se manifiesta con deterioro y agotamiento, cuando es excesivo debido a un estímulo demasiado grande, puede conducir a la angustia, donde se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas. Cuando se refiere al “estrés bueno” o al nivel de estrés sostenible, se utiliza el término eustrés, representando una salud física óptima gozando de bienestar mental y físico (Naranjo Pereira, 2009).

El enfoque clásico o individualista se basa en algunos supuestos que pueden ser replanteados o reformulados a la luz de nuevas investigaciones en pos de dar respuestas a incógnitas que surgen de las importantes transformaciones en el mundo del trabajo y en la actividad laboral. Se observa al individuo como unidad focal de análisis del fenómeno, aunque reconocen la influencia social. Reconoce al desajuste como base para la aparición del estrés, por ser resultado directo de un desacuerdo entre demandas y recursos, entre las expectativas y la realidad con que se encuentra la persona o entre las demandas y la capacidad de control. Las dimensiones se analizan a través de la experiencia individual a partir de las situaciones que la desencadenan y establecer diferencias frente a las respuestas y niveles de tolerancia. Siempre se tiende al análisis desde el “distrés” o parte negativa del estrés que en el ámbito laboral aflora como intenso y/o crónico, que afecta al personal y a la organización (Peiró Silla, 2001).

El estrés no sobreviene de manera repentina, desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995). En cuanto a la fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación. La fase de alarma se presenta cuando la persona percibe su incapacidad para resolver la situación que prolongada en el tiempo conduce a la segunda fase, denominada de resistencia. En esta etapa se intenta continuar enfrentado la situación, sus fuerzas se ven limitadas y su energía y rendimiento amainan en pos de intentar salir adelante convirtiéndose en un círculo vicioso. Posteriormente, se presenta la fase de agotamiento, que se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión (Naranjo Pereira, 2009).

Volviendo al estrés en ámbito laboral es importante remarcar los principales cambios en el mundo del trabajo que permiten cambiar la perspectiva de análisis del estrés y los estresores propios de las diferentes actividades desde una visión más amplia que pasa desde la individualidad a lo colectivo. A grandes rasgos se dice que el trabajo ha evolucionado de ser una actividad física a ser una actividad mental, con un incremento del trabajo en equipo y de los equipos de trabajo, visualizándose una mayor flexibilidad y versatilidad laboral (Peiró Silla, 2001). Dentro de los ámbitos donde se prestan servicios como objeto de trabajo influye también la carga emocional que genera la vinculación constante con otras personas, esto es aplicable al trabajo de los profesionales de enfermería. Las causas que generan el estrés son diversas y se presentan diferencialmente en los distintos grupos e individuos, aunque de manera amplia y general se refieren a experiencias traumáticas, las molestias cotidianas, el ambiente físico y social, las elecciones conflictivas y algunas circunstancias estresantes típicas que se presentan a lo largo de la vida (Melgosa, 1995). Como el trabajo en los hospitales tiene un evidente componente grupal e interdisciplinario se expone una visión desde lo colectivo que resulta contenedora de ciertos conceptos interesantes a la hora de un análisis de la situación de los/as trabajadores/as de estos ámbitos. Resulta posible una aproximación alternativa al estudio del estrés que considere ese fenómeno a un nivel colectivo analizando las vivencias compartidas y las fuentes de estrés que inciden sobre un determinado grupo o colectivo (Peiró Silla, 2001). Se concluye que el estrés parte de estresores del ámbito laboral percibido por el colectivo del grupo y repercute a nivel personal y en la organización. Desde los

diferentes modelos de estrés en el trabajo se pueden identificar variables involucradas en la aparición de éste como demandas excesivas, control laboral ineficiente, formas de afrontamiento individuales, el esfuerzo y la recompensa; y variables directamente relacionadas a las consecuencias como la satisfacción, la inteligencia emocional y problemas músculo-esqueléticos (Osorio & Cárdenas Niño, 2017).

El estrés en el ámbito laboral puede ser controlado con medidas profilácticas a nivel institucional y de manera individual a partir de patrones de afrontamientos diferenciales. La preocupación constructiva constituye una conducta racional, que pone en práctica planes y métodos para afrontar los agentes productores del estrés haciendo énfasis en las posibles soluciones (Melgosa, 1995). Se sabe, sin embargo, que las situaciones no determinan los sentimientos, sino que dependen de la interpretación, es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia. Esto se da a través del organismo conformado por sus subsistemas relacionados (afectivo, conductual, fisiológico y cognitivo), siendo las respuestas a las circunstancias generadoras de estrés de tipo mixto, con presencia de conductas como la huida, la evitación o el dejar de realizar actividades y emociones como apatía, tristeza, ansiedad y temor. Sobre la parte cognitiva se destacan la depresión y la ansiedad (Naranjo Pereira, 2009). Para dar respuestas a esta problemática aparecen las estrategias colectivas como propuesta profunda para el afrontamiento del estrés y de los problemas que lo producen, permitiendo una rebaja de sentimientos de incompetencia derivados del fracaso experimentado al afrontar con estrategias individuales problemas de estrés que tienen origen y expresión colectiva (Peiró Silla, 2001). Dentro de los recursos con que cuenta el personal sanitario y los/as enfermeros/as están los personales y los organizacionales, en concreto sobre el primer apartado se distinguen los siguientes elementos: las estrategias de enfrentamiento y manejo de situaciones; las reacciones conductuales, emocionales y cognitivas y el insight (darse cuenta) en relación al medio o a sí mismas; las actitudes; las creencias; las autoexigencias; la autoimagen y estado civil (Avendaño & Graud, 1997). Por esto resulta importante abordar la problemática desde la óptica de Peiró Silla (2001), quien afirma:

El análisis de los estresores colectivos o estructurales, que no dependen únicamente de los desajustes entre demandas y recursos de una persona sino de todo un grupo, lo que amplía el análisis a aspectos estructurales e intergrupales en la consideración de los estresores. Además, al insistir en las

experiencias intersubjetivas de estrés se insiste en la apreciación compartida de la realidad, analizando el fenómeno de la experiencia de estrés en términos de cogniciones compartidas y de intersubjetividad. También se presta una especial atención a las emociones compartidas y por lo tanto se toma en consideración el clima emocional de ese colectivo que permite una mejor comprensión de los fenómenos grupales y de sus estrategias de afrontamiento. (p. 38)

Dice Martínez Selva (2004): "Una variante grave del estrés laboral, es lo que se llama "desgaste profesional", "quemazón laboral" o "burnout". Les sucede a muchas personas para quienes el trabajo se ha convertido en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción" (p. 35). Existen innumerables estudios sobre el Síndrome de Burnout y su impacto en el desarrollo de la enfermería como profesión y en quienes la ejercen. En 1978 Maslach estudió un síndrome común entre profesores y personal sanitario causado por algunas circunstancias que exigen un esfuerzo emocional excesivo. Para su determinación agrupó los síntomas principales en tres áreas:

- Cansancio emocional, que se manifiesta por agotamiento físico y psíquico, apatía, desesperanza y autoconcepto negativo.
- Evitación y aislamiento, que conduce al ausentismo laboral; no se acude a las reuniones de trabajo, y se producen cambios de humor y conductas hostiles.
- Sentimiento de inadecuación personal y profesional con deterioro de la capacidad laboral y pérdida del sentimiento de gratificación (García Moran & Gil Lacruz, 2016).

Dentro del trabajo sanitario, entre los médicos y enfermeros se encuentran habitualmente individuos que han comenzado su vida profesional con ilusión y con mucha vocación pasando, luego de un tiempo de trabajo, a tener la sensación de estar agotados/as y de haber tocado techo profesionalmente (Martínez Selva, 2004). El núcleo del problema radica en el cansancio emocional caracterizado por fatiga, sentimientos depresivos y de fracaso, amargura, irritabilidad y cambios de humor (Moreno Jiménez, 2001). Surgen miedos irracionales o fobias hacia los colegas, el lugar de trabajo y hacia los pacientes, a quienes ven como enemigos, generando un distanciamiento que se denomina "despersonalización" y consiste en actitudes distantes, insensibles, frías o negativas hacia ellos (Díaz Araya, 2007).

Las sintomatologías a nivel psicofísico se caracterizan principalmente por la fatiga y signos inespecíficos de ansiedad y depresión, como irritabilidad asociado a dolores de cabeza persistentes, que llevan al consumo de fármacos para aliviarlos. Al respecto Martínez Selva (2004) menciona: "En ocasiones, el abuso de estos fármacos termina en auténticas adicciones a ansiolíticos y antidepresivos y en hábitos tóxicos (alcohol, café, tabaco y otras drogas) y en problemas de salud más severos. Otros trastornos asociados son: dolores musculares, pérdida del apetito, del interés sexual e insomnio" (p.36).

Las profesiones que mantienen un contacto intenso con el público, responsabilidad excesiva o consecuencias graves de las decisiones que toman, son propensas a mostrar trabajadores/as con signos de angustia y fatiga crónica. Aunque las causas de aparición de este síndrome son muy diversas, la mayoría están relacionadas con la carga de trabajo y con exigencias de resultados difíciles de cumplir (Naranjo Pereira, 2009). Ciertas profesiones "vocacionales" con rol profesional ambiguo, como enfermería, son al parecer más proclives a padecer el síndrome de desgaste profesional por la exigencia emocional de atender pacientes sufrientes. Se describe la presencia del "techo" profesional por la poca posibilidad de desarrollo, escasez de opciones de formación académica superior y falta de un sistema de ascensos basado en méritos, son algunos de los puntos que imponen frustración por la imposibilidad de crecer profesionalmente (Martínez Selva, 2004). Íntimamente relacionado a lo anterior se observa que el trabajo rutinario, la sensación de estar siempre haciendo lo mismo, extendido en el tiempo comienza a generar desgano y rechazo a la labor (Moreno Jiménez, 2001).

Martínez Selva (2001) recalca otro punto importante a considerar en el análisis de factores que propician la aparición del Síndrome de Burnout al describir:

Otro fenómeno apuntado por los expertos es el desequilibrio entre las expectativas y la realidad del trabajo, que lleva al profesional a empezar con ilusión algo que después se revela como irreal o irrealizable. En dos de los servicios públicos citados, sanidad y educación, suelen coincidir mensajes públicos de carácter político asumidos por todo el mundo del tipo de "sanidad para todos" o "educación para todos", o derechos universales a servicios que, por definición, es imposible ofrecer seriamente a todo el mundo, en todo momento, en todo lugar y a cualquier coste. Está claro que la perspectiva de quienes prometen el servicio y de quienes lo reclaman no es la misma de quien

tiene que satisfacerlo, con sus claras limitaciones humanas de esfuerzo, concentración, preparación y tiempo. Las expectativas irreales no pueden satisfacerse en el mundo real y surge un conflicto entre el servicio ideal que el profesional quiere dar y la imposibilidad material de prestarlo que los expertos, denominan "problema de realización profesional. (p. 38)

En los servicios públicos los procesos de democratización y socialización ha hecho que los/as profesionales pierdan parte del control del proceso de dispensar el servicio, con la mala organización del trabajo.

A partir de lo expuesto se aprecia que el "burnout" resulta de una combinación de factores y no existe, por tanto, una solución única. Se pueden aplicar medidas o intervenciones de tipo individual y otras de tipo institucional. Desde la parte individualista lo principal es que la persona pueda tomar conciencia del propio problema y de sus dimensiones. Hay que plantearse, en consecuencia, objetivos realistas, reconocer y asumir las propias limitaciones y aceptar que la organización y el sistema en los que se trabaja no son los que uno quiere que sean, sino los que son. Aumentar el tiempo dedicado a las aficiones, las distracciones, el disfrutar del tiempo libre y sobre todo "desconectar" del trabajo son todas ellas medidas importantes. Desde el ámbito institucional resulta fundamental mejorar las condiciones de trabajo, sobre todo, en el área que nos compete, revisar la carga de trabajo, mejorar la definición de roles y desempeños y reconocer el buen ejercicio profesional (UGT. Observatorio permanente de riesgos psicosociales, 2006).

EXPERIENCIA DE LOS/AS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

La experiencia. De lo objetivo a lo subjetivo

Tradicionalmente se distingue una doble concepción de la experiencia a lo largo del pensamiento occidental. Por un lado, está la experiencia externa, asociada a los sentidos y a la concepción autosuficiente del objeto. Por otro lado, se habla de la experiencia interna, asociada a la imposibilidad de separar el sujeto del mundo en el acto de conocer. La fenomenología logró articular esta doble visión entre la experiencia como aprehensión del entorno a través de los sentidos (experiencia externa) y la experiencia como vivencia del mundo por el sujeto en sus dimensiones sensorial y simbólica (experiencia interna) (Riza García, 2002).

En el presente trabajo se intentará captar la experiencia de los/as trabajadores/as de Enfermería desde la vivencia subjetiva diaria respecto a su desempeño en el trabajo. Se dice que no toda vivencia es experiencia, lo diferencia la significación intrínseca simbólica que le aporta el sujeto. La experiencia que hace el sujeto personal activo a través de la praxis racional, excede a la mera captación del sentido (vivencial) de la realidad, sino que es constructora del mundo y la realización personal (Pelegrina Cetran, 2002). La experiencia es "eso que me pasa", supone un acontecimiento sobre el que no se tiene control que proviene del exterior, pero genera algo en la persona (ideas, representaciones, sentimientos, proyectos, etc.) (Larrosa, 2006).

Estos conceptos tienen un devenir histórico analizados desde diferentes perspectivas. A los fines de esta investigación resulta interesante una breve revisión histórica que proviene de diferentes disciplinas. La propuesta de Raymond Williams habla de cómo se encarnan las "formas fijas" sociales estructurantes que se convierten en conciencia social sólo cuando son vividas (Williams, 2000). La definición del concepto de "experiencia" de Thompson sólo señala que ella incluye las respuestas mentales y emocionales de los sujetos a los acontecimientos (Sorgentini, 2000).

Existe un entramado complejo entre los diferentes conceptos de experiencia que han ido planteado distintos autores a lo largo de los años. A modo de simplificarlo

y que resulte de fácil comprensión a fin del análisis del presente trabajo se utilizará los propuesto de Fernando Beyón (2015):

Cuando se habla de experiencia se habla de conocimiento, pero no del conocimiento adquirido a través del estudio, de la observación o de la investigación, sino de aquel que proviene de las vivencias, de la acción personal y de todo aquello que los años nos han hecho aprender a fuerza de haberlo protagonizado. Es común definir la experiencia como las enseñanzas que se adquieren con la práctica y se identifica con lo vivido o ejecutado durante un tiempo largo. También se considera una habilidad; uniendo ambos conceptos se describe la experiencia como la práctica prolongada que proporciona conocimientos y habilidades por hacer algo o como el conocimiento que nos queda por las circunstancias y cosas vividas. Un poco más técnicamente, la experiencia se refiere al carácter procedimental de las situaciones (cómo se resuelven las cosas) y no a su carácter material (que son y cómo son las cosas). Desde la filosofía hemos aprendido que la experiencia es siempre un conocimiento a posteriori y empírico. (p. 1)

Haciendo una correlación entre la experiencia y la antigüedad en un puesto laboral el autor dice:

En un entorno meramente profesional la experiencia no es sino la habilidad personal e intransferible de transportar al presente y a una situación dada y concreta momentos similares (por analogía) vividos en el pasado y además vividos en primera persona, con la finalidad de comprobar si las fórmulas que en aquel momento se aplicaron son convenientes, o no, para solucionar las situaciones actuales. Visto de esta manera podría ocurrir (y de hecho es mucho más frecuente de lo que imaginamos) que personas que han acumulado gran antigüedad no tengan experiencia o que otras personas están todavía viviendo en el pasado porque son incapaces de separarse o superar sus experiencias. (Bayón, 2015, p. 1)

Contexto actual

El personal de salud se encuentra capacitado para trabajar y tomar los recaudos necesarios para preservar su salud frente a la amenaza del ambiente. En Argentina a partir de marzo del año 2020 se comienza a batallar contra un virus nuevo,

la COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. El contagio puede ser directo, si se inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus, o indirecta, mediante el contacto con superficies contaminadas y luego tocarse los ojos, la nariz o la boca (Organización Mundial de la Salud, 2019). Las medidas de prevención básicas coincidentes a nivel mundial consisten en un correcto lavado de manos, distancia social y el uso de tapabocas-nariz. En el medio hospitalario se utilizan protocolos de actuación determinados, equipos de protección personal y se ha modificado la dinámica de trabajo para evitar contraer el virus, aunque en nuestro país resulta preocupante la alta tasa de incidencia de contagios entre el personal de salud (El Litoral, 2020) (Costa, 2020). Esta situación supone un verdadero desafío para los equipos de salud y dentro de ellos para los/las profesionales de Enfermería que se encuentran en la primera línea de lucha para la contención y mitigación del virus.

En el contexto actual de pandemia de COVID-19 la capacidad de respuesta del sistema de salud puede ser tensionada por la llegada masiva de pacientes que soliciten atención médica. Ante este escenario se debe planificar la organización del sistema de salud para garantizar la gestión integral de la respuesta, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo integral de la información, las capacidades logísticas, 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 la salud. Los equipos de salud en su totalidad son quienes tienen un papel fundamental en la identificación, notificación y asistencia, como también en la planificación y organización de las acciones (Portal Oficial Estado Argentino, 2020).

Para comprender la importancia de los distintos métodos para prevenir la infección del personal de salud, es bueno realizar una aproximación a la jerarquía de control de un cierto peligro durante la realización de un trabajo. Esta jerarquía se clasifica, de mayor a menor efectividad, en: eliminación o sustitución del peligro,

controles estructurales o administrativos para evitarlo y, en el caso de que no quede otra opción que afrontar el peligro, utilizar un equipo de protección personal. La eliminación o la sustitución del peligro no son aplicables a la protección contra COVID-19, ya que correspondería a un aislamiento total o a contar con una vacuna. Entonces, quedan tres de las cinco medidas a tomar: controles estructurales, controles administrativos y utilizar el equipo de protección personal adecuado. Los controles estructurales se refieren a: establecer barreras físicas que impidan el contacto con el peligro, particularmente con la contaminación del ambiente y los aerosoles, por ejemplo, el distanciamiento social o la limpieza y desinfección del ambiente. Los controles administrativos son muy importantes y se refieren a cambios en la forma de trabajar, tomando medidas de control de infecciones. Dentro de estas se identifican los protocolos de identificación y aislamiento de los casos, la proporción adecuada de recurso humano, su capacitación y a la identificación rápida de personal enfermo. Pero cuando no puede evitarse el contacto con el peligro, hay que enfrentarlo con un equipo de protección personal (EPP) adecuado para disminuir el riesgo de infección. Durante una pandemia, donde la demanda de estos insumos supera ampliamente la capacidad de producción instalada, se espera una escasez de los mismos en todos los ámbitos (Fundación Trauma, 2020).

La correcta colocación y retiro de los EPP (*Ver anexos – Pasos para la correcta colocación y retiro del EPP – pág. 122*) constituye el punto clave para evitar contraer la enfermedad en la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. Las precauciones estándares para todos los pacientes sintetizan la mayoría de las características de las “Precauciones Universales” diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión de patógenos provenientes de sangre y/o fluidos orgánicos y el “Aislamiento de Sustancias Corporales” destinadas a reducir el riesgo de transmisión de patógenos de las sustancias corporales húmedas. Las “Precauciones Estándares” comprenden: la higiene de manos, higiene respiratoria, uso de equipos de protección personal según evaluación de riesgo, descarte seguro de materiales cortopunzantes, manejo adecuado del ambiente y de los residuos patológicos hospitalarios, esterilización y desinfección de dispositivos médicos y hospitalarios, limpieza del entorno hospitalario (Portal Oficial Estado Argentino, 2020).

Las precauciones mencionadas deben ser aplicadas a todo paciente que requiere atención de salud por la totalidad los/as trabajadores/as de la salud y en cualquier entorno sanitario, ya que son medidas generales encaminadas a minimizar

la diseminación de la infección y evitar el contacto directo con sangre, fluidos corporales, secreciones o piel no intacta de los pacientes (Portal Oficial Estado Argentino, 2020). Los equipos de protección van a variar dependiendo la exposición que se tenga y se divide en tres niveles. El primer nivel corresponde a la atención de todo paciente en el ámbito de salud, de internación domiciliaria o en visitas domiciliarias. Cuando tratamos con pacientes sospechosos, confirmados o inevaluables se utilizará equipos de protección de nivel dos y tres. El nivel dos brinda protección para mecanismos de contagio por gotas y contacto, y el equipo tres para aerosoles, gotas y contacto. La protección contra aerosoles, gotas y contacto se utiliza durante los denominados procedimientos generadores de aerosoles, que aumentan considerablemente el riesgo de infección del personal de salud por lo que se incrementa el nivel de protección respiratoria cambiando el barbijo común por un barbijo N95 y la doble protección ocular (Fundación Trauma, 2020).

Sin embargo, a pesar de la utilización de los EPP adecuados y el cumplimiento de los protocolos el personal de salud ésta en constante riesgo de contraer la enfermedad experimentando sentimientos similares al resto de la población. El miedo a enfermar o que el virus afecte a los seres queridos se basan en las estadísticas desalentadoras a nivel mundial, en Argentina y en la provincia de Chubut. Falta experiencia en general para enfrentar un peligro de éste tipo que se extienden en el tiempo afectando física y psicológicamente a la población. Con el correr de los meses comienzan a aparecer estudios que dan cuenta de las secuelas que afecta a los pacientes recuperados luego de presentar cuadros de gravedad posterior a la larga internación le espera una ardua tarea de rehabilitación de problemas físicos, neurológicos, cognitivos y emocionales asociados a la COVID-19. La duración de los efectos negativos a nivel físico de las personas afectadas es incierta, en la mayoría los pulmones suelen recuperarse en cuestión de meses, en otras los problemas pueden perdurar años y algunas quizá nunca se recuperen del todo (Belluck, 2020). Los efectos a nivel psicológico y sociales no sólo se manifiestan en los pacientes afectado o recuperados de la enfermedad sino en el resto por el cambio rotundo que experimentaron y el fracaso en los mecanismos de adaptación. A modo de evidencia de lo planteado anteriormente, UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) publica recomendaciones enfocadas a los adolescentes, identificándose como grupos vulnerables a los efectos estresores de la situación

actual. Dice la Dra. Lisa Damour²: “Ser adolescente es difícil en cualquier circunstancia, pero la enfermedad por el coronavirus (COVID-19) está haciendo que resulte aún más difícil. Debido al cierre de las escuelas y a la cancelación de eventos, muchos adolescentes se están perdiendo algunos de los momentos más hermosos de su juventud, además de experiencias cotidianas como charlar con los amigos y participar en clase” (Rich, 2020). El cambio en la vida de los adolescentes debido al brote de la enfermedad está provocando sentimientos de ansiedad, aislamiento y decepción que se ignora cómo repercutirá en su salud mental a mediano – largo plazo.

Análisis institucional

Cuando se decide el trabajo dentro de una institución determinada se debe reconocer a la misma como parte activa en la dinámica de trabajo y el comportamiento de las personas que la componen. Las instituciones sanitarias reproducen mecanismos de normalización del sujeto y de los cuerpos, mediante función disciplinaria que configuran el entramado Biopolítico de vigilancia y control sobre los individuos, sus vidas y sus cuerpos (Foucault, 2007). A partir de esta concepción se reconoce a la institución como espacio de interacción para desarrollar las actividades cotidianas preexistiendo claros constructos sociales formados por reglas y constricciones, costumbres, formas de pensar y de actuar (Alpuche de la Cruz & Bernal López, 2020).

A pesar de no profundizar en el concepto de institución como ente transformador de los individuos que la componen, puesto que no representa el objetivo de investigación, se cree importante destacar los aspectos que influyen en el trabajador a partir de estar inserto en una estructura organizativa del trabajo, como es el hospital. Cada institución de salud posee una determinada dinámica de trabajo influida por corrientes externas e internas que definen la interacción entre sus miembros y de ésta con la comunidad. Aunque existen varias definiciones, referiremos al clima institucional como el representante del completo sistema social generado por el trabajo en grupo. Desde esta óptica, el ambiente laboral que se vive al interior de una organización revela gran parte de su funcionamiento relacional,

² **Lisa Damour** (Nacida en 1970) psicóloga experta en adolescentes, autora de éxito y columnista mensual del New York Times

pudiendo influir tanto en el estado perceptual, como en el comportamiento y satisfacción de sus miembros (Mellado, 2005).

En Argentina uno de los precursores de las ideas de análisis a nivel grupal e institucional fue Enrique Pichon-Rivière³ con un enfoque en lo social y comunitario proponiendo un psicoanálisis extramuros, de esta nueva línea germinaba la psicoterapia de grupo, la psicología institucional y la intervención institucional. Poder tener una visión de la institución como “un cuerpo” que funciona por la coyuntura de muchos componentes generando, a su vez, una retroalimentación que es parte de la identidad personal y profesional de sus miembros permite desocultar estructuras y dar tratamiento a problemáticas naturalizadas.

Los hospitales no son ajenos a la concepción general del funcionamiento de las organizaciones. Para Fernando Ulloa, una organización institucional es una organización social con una geografía, una ordenación del tiempo y de las responsabilidades, con objetivos a alcanzar y medios racionales para tal fin. Todo regulado por códigos y normas de naturaleza explícita e implícita. Muy relacionado y acorde al ámbito que interesa a ésta investigación, el autor hace una analogía de la institución con un organismo humano en constante movimiento e intercambio con el medio en el que está inserto y hace mención a las “articulaciones” y a las “fracturas” para caracterizar las situaciones de conflicto representando quiebres en el devenir institucional que posibilitan la creación de grupos de funcionamiento paralelos no articulados (Ulloa, 1969). Cada institución define su posición y comportamiento para el exterior y en su interior a través de las relaciones de sus miembros y de la identidad que genere la pertenencia. A veces estos roles, sentimientos y modos de actuar son evidentes, otras se ocultan constituyendo la fuerza instituyente frente a los instituido. No se afirma mediante un juicio de valor que una fuerza sea mejor que la otra, sino que se reconoce como interjuego con el cambio social como lo describe Félix Guattari⁴ cuando habla de que los modos provenientes de una revolución llegados al poder pasan a ser fuerzas instituidas, pero mientras luchaba para llegar constituía una instituyente (Arito, 2001).

Para acercarse a la realidad estos conceptos se ejemplifica a través de la definición de roles institucionales del médico y paciente. El médico “que sabe” frente

³ **Enrique Pichón-Rivière** (1907 – 1977) fue un médico psiquiatra argentino nacido en Suiza, considerado uno de los introductores del psicoanálisis en Argentina y generador de la teoría de grupo operativo.

⁴ **Félix Guattari** (1930 – 1992) fue un psicoanalista y filósofo francés.

a un paciente “que viene a que lo curen” a quien se le administra un tratamiento (aspecto económico) convirtiéndolo en un sujeto pasivo y reafirmando un “Modelo médico hegemónico” de atención. Estos efectos institucionales permiten comprender lo “instituido” como aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes, así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social. Por el contrario, para entender la dinámica del cambio social, es necesario reconocer la presencia de una fuerza instituyente, constituida como protesta y como negación a lo instituido. Siguiendo con el ejemplo anterior se puede decir que no todos los médicos se ponen en el lugar del saber omnipotente ni todos los pacientes asumen su rol pasivamente, como si su cuerpo no les perteneciera; estableciéndose entre ellos modos de relación alternativos que se oponen al orden establecido (Arito, 2001).

Si hacemos un amplio análisis de cómo la institución influye en sus integrantes y en el medio a la vez que es transformada por el contexto se puede deducir que la manera en que los profesionales desarrollan su labor depende en gran medida de estos factores. Como se describió anteriormente, Ulloa considera a la geografía y a la temporalidad como condicionantes directos de las instituciones constructos sociales. El contexto geográfico de inserción de la institución empírica a la que pertenecen los informantes claves para ésta investigación será abordado a posteriori, para ocuparse de la temporalidad desde una perspectiva acotada a modo de situar y mencionar los cambios que experimentan los integrantes de una institución a partir de las modificaciones propias del paso del tiempo. Dice Rozas Pagaza que las condiciones en las que se produce y reproduce el trabajo profesional son producto no solo del contexto inmediato de la intervención, sino también de las transformaciones económicas, sociales, políticas, culturales y demográficas que inciden en el campo profesional (Rozas Pagaza, 2015).

Haciendo un muy breve recorrido histórico, se puede afirmar que el campo de la salud no quedó ajeno a la transformación producida a partir de las reformas de los años 90 que significaron un punto de inflexión tanto en lo económico como en lo político e ideológico. En el área que nos compete significó la introducción de lógicas económicas que se cristalizaron en formas de mercantilización de la enfermedad. Los resultados de estas políticas no sólo no fueron los esperados, en cuanto a alcanzar el equilibrio económico financiero, la reducción de la pobreza, el aumento de la equidad, sino que, por el contrario, profundizó la brecha de desigualdad social, deterioró el tejido social y terminó con el estallido de diciembre de 2001 con el país

subsumido en la peor crisis que haya registrado la historia argentina (López & Capagna, 2015). A partir de un cambio en las concepciones y del rol activo del Estado en las políticas sociales con el fin último de la inclusión social, se comenzó a trabajar desde otro modelo, aunque, el sistema de salud en su conjunto no ha logrado superar la fragmentación dada al interior del mismo. Por un lado, por las dificultades de coordinación entre jurisdicciones, y por otro, por la propia estructura de diferenciación entre los tres subsectores anteriormente mencionados: público, privado y de obras sociales (Alonso & Di Costa, 2011). Las instituciones de salud y sus integrantes desempeñan sus funciones en un entorno determinado por la temporalidad en el contexto sociopolítico y económico que define las políticas de salud que influyen de manera directa y decisiva en la comunidad foco siendo el personal los mediadores con la prestación de su servicio profesional muchas veces limitado por cuestiones institucionales.

Cuando se pone el foco en la geografía como factor de conformación de la organización social se refiere a la disposición territorial propiamente dicha, teniendo siempre presente que los factores se desglosan para un análisis más ordenado pero la interrelación es inseparable porque la ubicación geográfica y el contexto histórico, por ejemplo, se retroalimentan constantemente para formar una realidad cambiante y dinámica que se observa en un determinado momento y se divide para su estudio. La institución empírica donde se tomarán los informantes referentes para la presente investigación se encuentra emplazada en la localidad de Dolavon perteneciente al sector público de la provincia de Chubut. En Argentina cada provincia administra con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud que responden a un lineamiento de organización federal. En nuestro país el sistema de salud está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado; constituyéndose en unos de los regímenes más segmentados y fragmentados de las Américas (Cattani, 2017).

El efector⁵ en donde se tomarán los informantes es un hospital de complejidad cuatro con atención ambulatoria e internación emplazado en la localidad de Dolavon, a 36 km de Trelew, que cuenta con una población de 3307 habitantes según el censo de 2010 con un crecimiento poblacional constante respecto a las anteriores mediciones (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020); la jurisdicción de

⁵ Término utilizado para designar a los establecimientos dedicados a la prestación sanitaria del ámbito público o privado.

cobertura en la atención se amplía por ser centro de referencia del área rural, de la comuna de 28 de Julio y Dique Florentino Ameghino. El Hospital Rural Dolavon “Mery Jones de Williams” cuenta una nueva planta edilicia inaugurada en el año 2015 y un centro de atención primaria cuyo inmueble pertenece a la municipalidad emplazado en uno de los barrios más vulnerables de la localidad.

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se decidió utilizar un enfoque cualitativo para esta investigación, ya que abordara de manera más específica el objeto de estudio constituido por los enfermeros y sus experiencias. La matriz metodológica cualitativa es un tipo de estrategia que se sirve de los discurso, percepciones, vivencias y experiencias de las personas. (Martinez López, 2004). Dice CeaD'Ancona que se asocia a la epistemología interpretativa (dimensión intersubjetiva), centrada en el sujeto individual y en el descubrimiento del significado, los motivos y las intenciones de su acción (CeaD'Ancona, 1999).

Se entiende, debido al tipo de objeto de investigación que aborda éste estudio, que el enfoque cualitativo es ideal, ya que se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar (Vasilachis de Gialdino, 2009); en definitiva, se persigue el fin de conocer desde la perspectiva de los sujetos involucrados una realidad social que configura parte de las condiciones laborales de los/as enfermeros/as del Hospital Rural Dolavon.

Se asume que para la construcción de esta investigación son necesarias herramientas teóricas y metodológicas que sean sensible a nuestro objeto de estudio y que posibiliten acceder al mundo de vida e interpretaciones de los informantes implicados frente a la exposición a los riesgos laborales psicosociales. Por lo tanto, se consideran relevantes en éste proceso las siguientes características que responden al enfoque constructivista, siendo un proceso de indagación con propósito de comprender (Interpretativo), con un investigador involucrado con la investigación (Empático), abarcando una descripción extensa, comprensión experimental y múltiples realidades (Holístico) y construyendo conocimiento (Empírico) (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1996).

Teniendo en cuenta el área de abordaje en salud y su idiosincrasia, y partiendo de una revisión de lo publicado en éste campo dentro de la metodología cualitativa se halla la utilización de una gran variedad de métodos, pero tres

sobresalen por ser los más usuales: la etnografía, la teoría fundamentada y la fenomenología (de la Cuesta Benjumea, 2006). Nuevamente al visualizar el objeto de este estudio y los objetivos que se plantearon se elige la etnometodología como la óptica más adecuada para abordar la investigación y cumplir con los objetivos. Se entiende a la etnometodología como el producto de un conocimiento práctico que se convierte en objeto de investigación sobre el cual pueden encontrarse respuestas a los interrogantes científicos, pero asumiendo que el mundo objetivo se podrá manifestar, más no podrá ser modificado (Mendicoa, 2003).

Cuando se menciona que con éste análisis se pretende comprender las vicisitudes de los/as informantes en la esfera psicosocial, conocer y desocultar las condiciones laborales naturalizadas que enfrentan los profesionales de Enfermería en el Hospital Rural Dolavon se hace necesario recurrir a un estudio de tipo etnográfico. Los estudios etnográficos son estudios de tipo descriptivos que tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen “fiel a la vida” de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002).

REFERENTE EMPÍRICO Y MUESTREO

Se llama referente empírico al recorte que se realiza del universo geográfico y poblacional –o de otro tipo- donde y con quienes se constituirá la base documental de la investigación. Supone definir, desde determinados criterios, el espacio/universo de la información empírica (Achilli, 2001). En nuestra investigación el referente empírico está constituido por el Hospital Rural Dolavon “Mery Jones de Williams” emplazado en la localidad de Dolavon, provincia de Chubut, Argentina.

El muestreo será de tipo teórico o intencional muy propio de la investigación cualitativa. Acerca de esto, Sousa Minayo (2009) dice:

El muestreo en una búsqueda cualitativa el investigador debe preocuparse menos por la generalización y más por la profundización, la abarcabilidad y la diversidad en el proceso de comprensión, sea de un grupo social, de una organización, de una institución, de una política o de una representación. Su criterio, por lo tanto, no es numérico, aunque casi siempre el investigador

precise justificar, la delimitación de las personas entrevistadas, la dimensión y la delimitación del espacio. (p. 163)

En nuestra investigación formarán parte de la muestra inicialmente diez informantes enfermeros/as que prestan servicio efectivo en la institución de referencia empírica. No se descarta con el transcurrir de la investigación contactar nuevos informantes de acuerdo a lo delimitado dentro del muestreo teórico donde el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a redefinir o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados (Taylor & Bogdam, 1986).

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Diversas estrategias utilizan los etnometodólogos para indagar sobre las actividades y comportamientos de las personas (Mendicoa, 2003). Consideramos esencial para recabar la información necesaria el contacto y el diálogo cercano y fluido con los informantes, razón por la cual se trabajará desde la observación participante y la entrevista etnográfica o en profundidad.

Para definir lo que entendemos por observación participante recurrimos a Ander Egg (1995) que nos dice:

La observación participante u observación activa consiste en la participación directa e inmediata del observador en cuanto asume uno o más roles en la vida de la comunidad, del grupo o dentro de una situación determinada. Se ha definido como la técnica por la cual se llega a conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no sólo los fenómenos objetivos y manifiestos sino también el sentido subjetivo de muchos comportamientos sociales, imposibles de conocer –y menos aún de comprender- con la observación no participante. Se distinguen dos formas de observación participante:

- De participación natural, cuando el observador pertenece a la misma comunidad o grupo que investiga
- De observación artificial, cuando el observador se integra en un grupo con el objeto de realizar una investigación. (p. 203)

Siguiendo esta línea de pensamiento se afirma que para el caso de la presente investigación se realizará observación participante natural al pertenecer al

grupo que se investiga. Respecto a los medios o instrumentos de observación, que son los elementos que facilitan, amplían o perfeccionan la tarea de observación realizada por el investigador (Ander Egg, 1995), se usará un diario de campo y un cuaderno de notas.

Como se mencionó al comienzo del apartado, la entrevista sería otro recurso a utilizar en la recolección de datos donde se genera una situación en la cual una persona (el investigador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona (entrevistado, respondente, informante). Ésta información suele referirse a la biografía, el sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o estándares de acción, y a los valores o conductas ideales (Guber, 2005). A pesar de ser una definición amplia sabemos que la entrevista es una técnica utilizada tanto en la metodología cualitativa como en la cuantitativa para recabar información, varía en la manera y el modo de realizarla. A partir de esto se decide utilizar la entrevista en profundidad o etnográfica (para algunos autores) que supone un contacto más estrecho entre el investigador y su informante y se define como:

Método de investigación cualitativo, que se caracteriza por reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. (Taylor & Bogdan, 1986, p. 153)

A pesar de tratarse de una entrevista no estructurada se puede recurrir a la conformación de una guía de preguntas para poder guiar la conversación y no dejar de abordar algunos aspectos que se consideran esenciales (*Ver anexos – Guía de temas para entrevista a los informantes – pág. 120*). A partir de esto, se decide realizar una guía de preguntas, grabar las entrevistas (previa autorización de los informantes) y tomar nota de puntos importantes en el relato.

Todo trabajo con seres humanos y más aún, en las investigaciones que implican exponer concepciones, experiencias y aspectos subjetivos de las personas, resulta imprescindible que los/as colaboradores se sientan cómodos/as y a gusto, informados del propósito final de la entrevista y convencidos de participar para poder brindar información rica para la investigación. Todo esto se encuadra en lo que los autores definen como aspectos éticos de los estudios que contemplan la información completa, el consentimiento, el tratamiento de los datos y el respeto por la privacidad de los informantes. En el desarrollo de la presente investigación, previo al ingreso al

trabajo de campo media autorización formal al director de la institución, antes de cada entrevista se explicó al informante los detalles de la investigación, los instrumentos de recolección de datos que se emplearan, el resguardo de los datos personales y se firma un consentimiento informado (*Ver anexo – Modelo de consentimiento informado – pág. 119*).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

A pesar que sabemos que en la metodología cualitativa la recolección de datos y el análisis se realizan al mismo tiempo (Taylor & Bogdam, 1986), se estima importante citar la intención final de esta etapa:

Los propósitos centrales del análisis cualitativo son: 1) explorar los datos, 2) imponerles una estructura (organizándose en unidades y categorías), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos. (Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, p. 418)

CAPÍTULO IV – MARCO ANALÍTICO

PRESENTACIÓN DEL REFERENTE EMPÍRICO

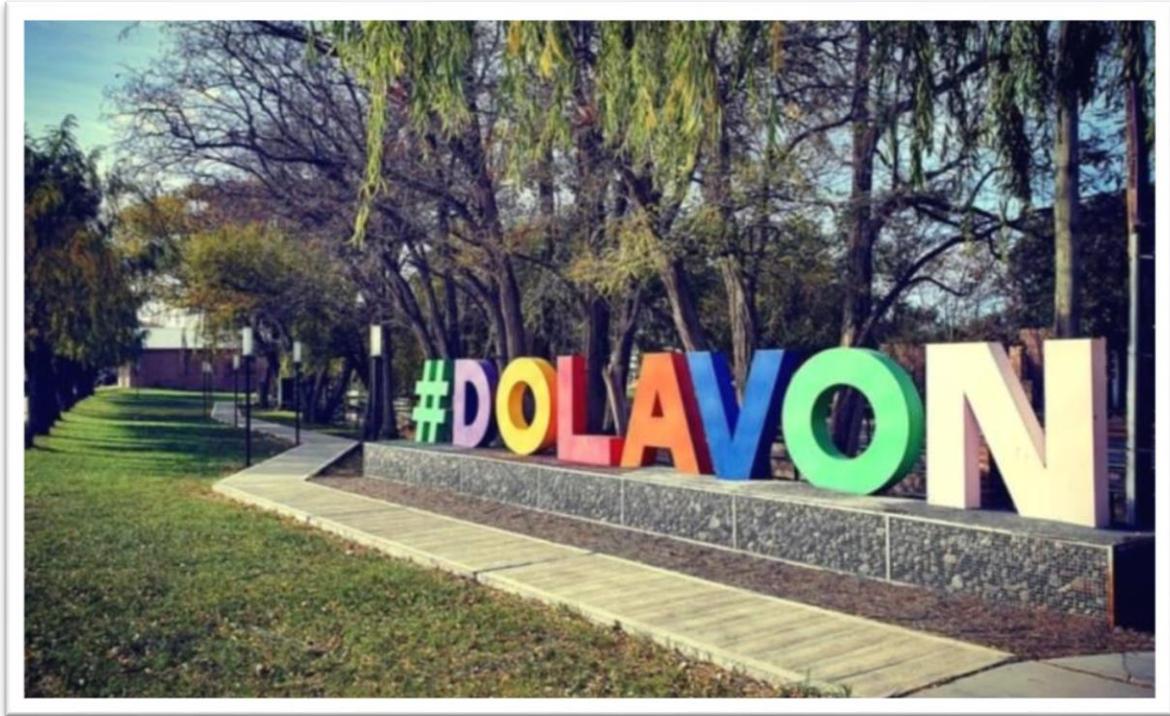
El efector donde se tomarán los/as referentes empíricos para recolectar la información para esta investigación se encuentra emplazado en la localidad de Dolavon, siendo ésta una localidad del departamento Gaiman, provincia del Chubut, Argentina. Se encuentra en el valle inferior del río Chubut, a 19 km al oeste de Gaiman (siguiendo su curso), y a 36 km al sur de Trelew, por la Ruta Nacional 25. Cuenta con 3,307 habitantes (Indec, 2010), lo que representa un incremento del 12.9% frente a los 2,929 habitantes (Indec, 2001) del censo anterior, demostrando un crecimiento moderado pero constante (Wikipedia, La enciclopedia Libre, 2020).



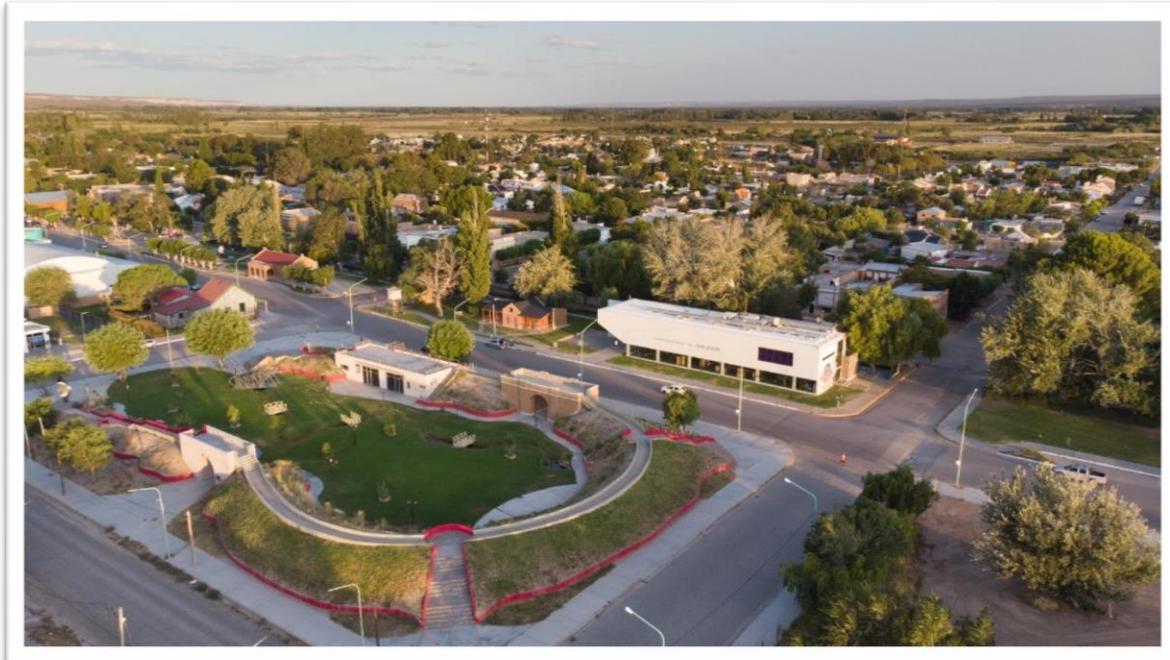
Ilustración 1 - Vista aérea de la localidad de Dolavon

La fundación de Dolavon se remonta al 21 de abril de 1919 cuando aconteció la primera sesión de consejo. Recuerda la gesta galesa con propuestas gastronómicas en edificios de la época restaurados y en las típicas capillas de la zona, donde se conmemora el 28 de Julio (Día del desembarco) con el tradicional Té Gales. Las costumbres de los pueblos originarios se mantienen mediante el respeto de sus

tradiciones y la conmemoración anual del “Camaruco” en un pequeño campo (Ruca Peñi) situado a dos kilómetros del ejido urbano.



Fotografía 1 - Letras corpóreas en acceso



Fotografía 2 - Vista aérea Plaza Temática, edificio municipal, juzgado de paz, terminal de ómnibus y vieja estación del ferrocarril

El Hospital Rural Dolavon “Mery Jones de Williams” debe su nombre al reconocimiento a una de las primeras parteras de la zona por el abnegado servicio que durante muchos años prestó a la comunidad, aún después que se contara con médicos y sala hospitalaria. Desde los orígenes del pueblo la población se preocupó por el sistema sanitario de la localidad, esta inquietud quedó resuelta recién en 1943 cuando fue inaugurada la Sala Hospitalaria que con los años fue ampliada y mejorada hasta llegar a su máximo funcionamiento. Desde el 2000 las autoridades y la sociedad comienzan a reclamar el reemplazo del viejo hospital por otro que se adecue a las necesidades actuales de una población que se ha incrementado desde hace bastante tiempo.



Fotografía 3 - Puerta principal de acceso del Viejo Hospital Rural Dolavon

La distribución de personal y su línea jerárquica se basan en el organigrama general de la provincia para los hospitales rurales que data del año 1976 (Decreto 1223/1976), con el crecimiento poblacional y de la institución que se ve la necesidad imperiosa de ingreso de personal, el mismo se hace mediante disposiciones la designación de cargos solicitados por el director de la institución al Ministerio de Salud.

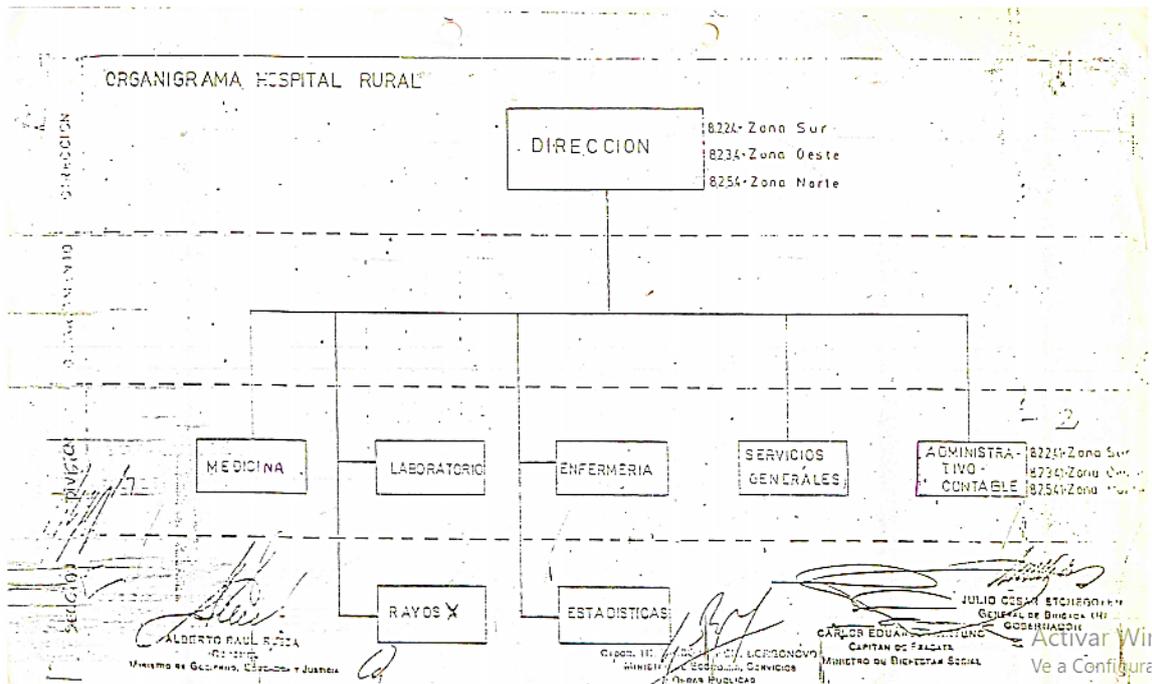


Ilustración 2 - Organigrama Hospitales Rurales provincia de Chubut



Ilustración 3 - Organigrama vigente Hospital Rural Dolavon

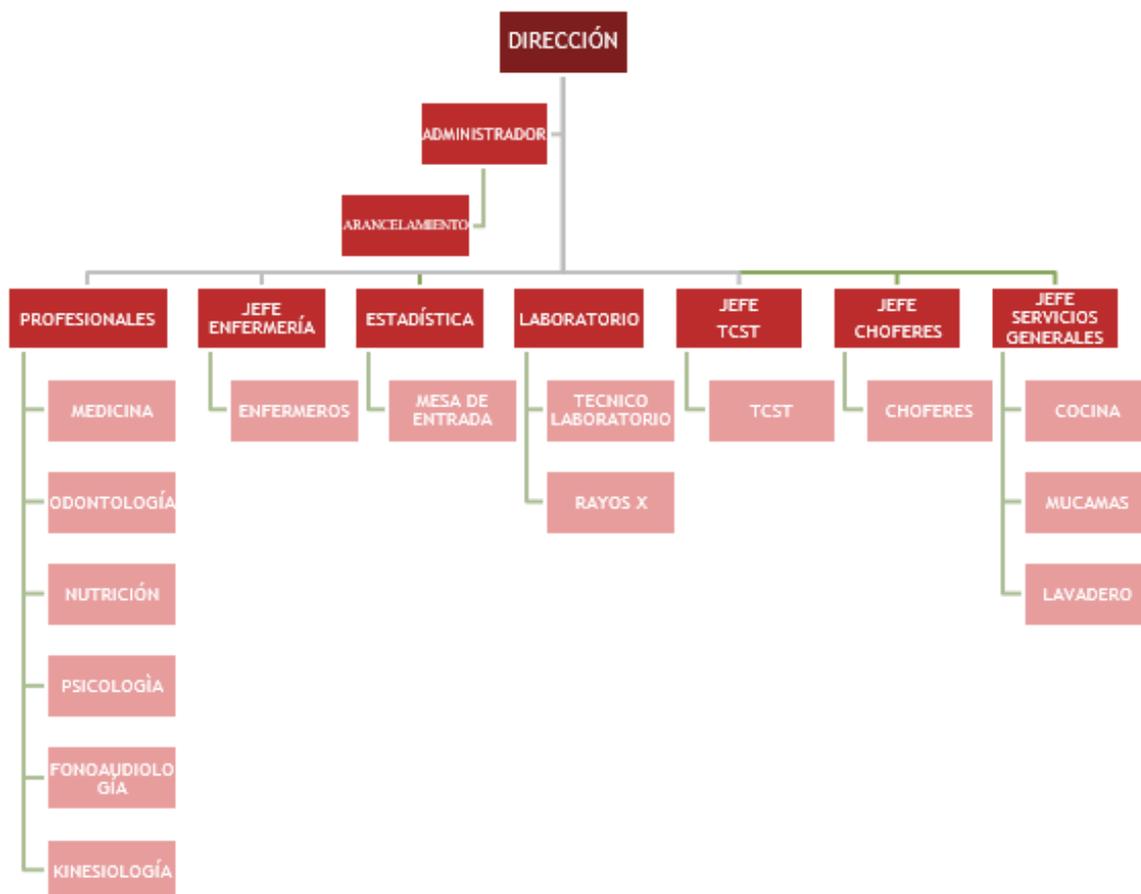


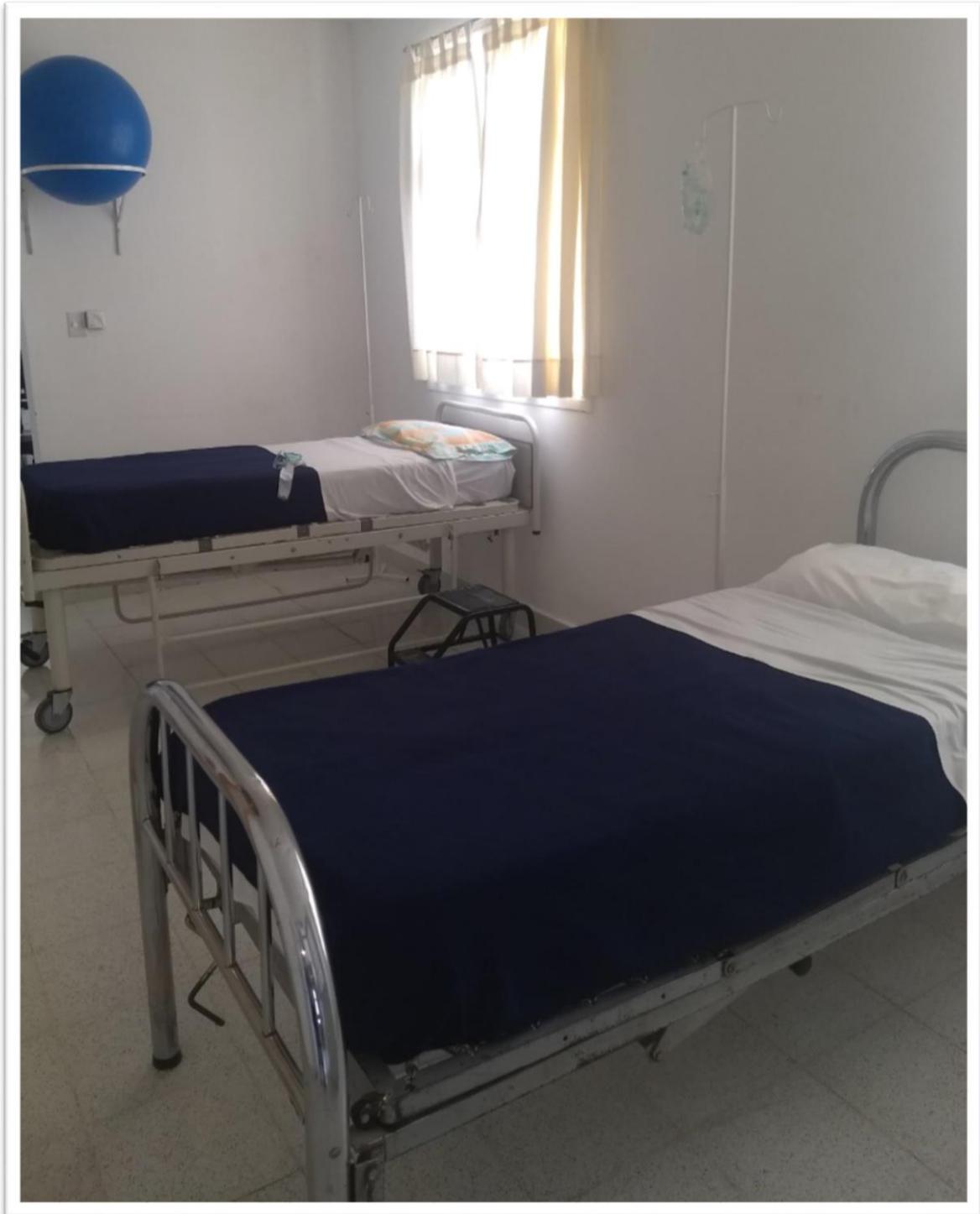
Ilustración 4 - Organigrama según distribución de puestos y funciones actuales

Durante el mes de noviembre del 2010 se abrió la licitación pública para la construcción del nuevo hospital. El mismo se levantó entre las calles Remedios de Escalada de San Martín, Maipú y Sarmiento, frente a la usina Eléctrica de Dolavon y fue inaugurado en marzo de 2015 con 1.587 metros cuadrados que incluyen 6 habitaciones de internación con 12 camas en total, una sala de Kinesiología totalmente equipada, sanitarios públicos, consultorios de Pediatría, Tocoginecología, Odontología y Clínica con sala de espera, sala de maternidad y esterilización, farmacia, rayos X, laboratorio, Guardia, Enfermería y consultorio de Guardia con sanitario, además otros servicios internos y externos.



Fotografía 4 - Acceso al nuevo hospital por calle Remedios de Escalada

A partir de la instauración de la pandemia por COVID – 19 las instalaciones del hospital se reacondicionaron por la demanda sanitaria de un control más eficaz de las infecciones.



Fotografía 5 - Área de Kinesiología adaptada para tratamiento de pacientes polivalentes de corta permanencia



Fotografía 6 - Mesa de entrada



Fotografía 7 - Área de internación pacientes COVID -19



Fotografía 8 - Office de Enfermería del área de atención de pacientes COVID -19

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Servicio de enfermería

En la actualidad son 16 los enfermeros/as que prestan servicios en el Hospital Rural Dolavon. Desde el inicio de la pandemia por COVID -19 se produce una baja en el marco de la declaración de la emergencia pública en materia sanitaria por Ley 25.541 y ampliada por Decreto 260/2020, se procede a contemplar mediante Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, suspender el deber de asistencia al lugar de trabajo, desde el día 17 de marzo con goce íntegro de la remuneración a todos/as los/as trabajadores/as mayores de 60 años, trabajadoras embarazadas o incluidos en el grupo de riesgo por condiciones o patologías preexistente que detalla (InfoLEG. Información Legislativa, 2021). De los restantes, dos trabajadores/as se encuentran con certificados médicos de larga duración y se cuenta con el reciente ingreso de una enfermera para reforzar el servicio tendiente a mitigar la falta de personal de cara al goce de las Licencias Anuales Reglamentarias que estuvieron suspendidas durante el 2020.

En concordancia con los lineamientos a nivel nacional la provincia de Chubut mediante Decreto 232/20 declara la Emergencia Sanitaria Provincial que acarrea situaciones diferenciales para los/as trabajadores/as de salud estatales, entre otras, en su Art. 5 Inc. d dictamina: “establecer de manera fundada por razones de servicio limitaciones para el usufructo de licencias” (Poder Judicial. Provincia de Chubut, 2020, p. 21). Esencialmente se aplicó esta restricción a los servicios que laboran directamente para el control de la pandemia, siendo Enfermería uno de los más afectados.

El servicio es unificado realizando tareas de guardia, internación, materno-infantil y pacientes en aislamiento respiratorio. Hay personal específico para realizar control de niños sanos y vacunación. Como lo establece el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) y las leyes que regulan el ejercicio de la profesión (a nivel Nacional Ley 24.004 del año 1991 y en la Provincia de Chubut Ley X nro. 20) la enfermería se ejerce en dos niveles:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión (InfoLEG. Información Legislativa, 2021). Dentro del área profesional se subdivide en enfermeros/as y licenciados/as según haya obtenido título de pre-grado o de grado.

Dentro del plantel del Hospital Rural Dolavon se observa la siguiente disposición:

Tabla 1 - Distribución del personal de Enfermería por nivel de formación^(), Hospital Rural Dolavon, febrero de 2021*

	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Licenciados/as</i>	2	12,5
<i>Enfermeros/as</i>	12	75
<i>Auxiliares</i>	2	12,5
<i>Total</i>	16	100

(*) Se refleja según el título obtenido académicamente y no sobre el reconocimiento real del empleador

Se realiza dicha aclaración ya que en la provincia de Chubut hace muchos años se encuentran suspendidas las recategorizaciones por formación, por antigüedad y por cargo jerárquicos, generando una falta de reconocimiento, pilar de la motivación en cualquier profesión. A respecto en un estudio sobre las condiciones laborales en enfermería se afirma:

Independientemente de las características propias de las personas que ejercen la enfermería o de los aspectos vocacionales que las llevan a hacerlo, el reconocimiento de un saber profesional de la enfermería, como una cualificación que se adquiere mediante la formación y la práctica, se podría sostener y profundizar con mejores condiciones de trabajo para todos aquellos que la ejercen, de manera equitativa. (Aspiazu, 2017, p. 32)

Más allá de la titulación obtenida, Enfermería es una profesión que demanda constante formación y actualización. Aunque, en la actualidad está transitando una etapa profesional con priorización del conocimiento científico, arrastra los prototipos de imagen y comportamientos vocacionales como parte intrínseca del ser. Tiene que ver con la realización como profesional que genera satisfacción y bienestar con la labor que se cumple, en la práctica se refleja justificando su elección: “Me gusta hacer

enfermería. Me gustaba siempre de chiquita” (M. Arandillo, Comunicación personal, 27 de enero 2020)⁶ o en la decisión de continuar con el ejercicio de la profesión ante la opción de retirarse por el riesgo inminente a la propia salud en tiempo de pandemia:

“En mi caso sí porque llevo muchos años haciendo enfermería, he hecho de todo, me ha tocado cubrir desde cargos en hospitales rurales , he estado en jefaturas, he estado nuevamente haciendo la parte asistencial y si... yo realmente estoy satisfecho con lo que hago por eso más que nada en momento de pandemia, si bien podría haberme licenciado, fue cuando más necesario era que estuviera porque me preparé toda la vida para esto y creo que justamente en el momento que se necesitaba enfermería tenía que estar con lo mucho o poco que pudiera aportar” (R. Luna, Comunicación personal, 19 de enero de 2020)⁷

La formación continua forma parte del avance y reafirmación del carácter profesional de enfermería sin dejar de lado su esencia vocacional. “Enfermería, creo, que es una vocación aparte de que es algo pago (...) te tiene que gustar mucho” (V. LLaipen, Comunicación personal, 27 de enero de 2020)⁸.

En éste aspecto se quiere resaltar y poner énfasis en la cuestión de género dentro del trabajo en las instituciones de salud por contar con gran proporción de personal femenino que ven aumentados sus tiempos de trabajo total por una desigual distribución de tareas entre los géneros dentro de la sociedad que agrega a las extensas horas de trabajo remunerado el trabajo doméstico (Spinelli, y otros, 2013) (Parra, 2003).

Tabla 2 - Distribución del personal de Enfermería por sexo, Hospital Rural Dolavon, febrero de 2021

	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Mujeres</i>	12	75
<i>Varones</i>	4	25
<i>Total</i>	16	100

También resulta difícil despegar por completo el ejercicio actual de la profesión de la cuestión de género que marcó su nacimiento en la etapa definida como

⁶ En adelante **MA**

⁷ En adelante **RL**

⁸ En adelante **VLL**

doméstica. Perdura una mirada sobre la actitud para ciertas profesiones a partir del sexo biológico de la persona, y como "las mujeres son más afectivas y tienden a ayudar o atender a los demás" (Suárez, 2008, p. 63) se las considera idóneas para una profesión cuyo objeto es el "cuidado". Aquí se evidencia un estereotipo que puede tener su origen en cierta predisposición "natural" como se plantea anteriormente, o en una construcción de ideas por transferencia cultural entre generaciones. Esto último constituye el plano de pensamiento del colectivo femenino, quienes sostienen que la construcción de estereotipos es puramente cultural y se ha establecido siguiendo el modelo de sociedad patriarcal, que ha persistido a lo largo de muchos siglos de Historia (Gallegos García, 2009).

Aplicado al referente empírico estudiado y al servicio de Enfermería en específico se puede decir que, a pesar, de contar con un porcentaje notoriamente mayor de mujeres, el jefe del servicio es hombre (sin corresponder a un grado de formación superior), reforzando el concepto planteado en el marco teórico que nos habla de una actividad laboral caracterizada por la supervisión y el control de superiores masculinos (Avendaño & Graud, 1997). Resulta importante al punto de ser reconocida como clave a la hora del reconocimiento y las mejoras laborales en la profesión, se dice al respecto:

La transversalidad de la perspectiva de género también emerge como un eje clave para las acciones estatales y gremiales, dado que se trata de una actividad mayormente femenina, vinculada al cuidado y marcada por los diversos significados y estereotipos adjudicados al mismo. Dar un tratamiento a los problemas que afectan a la enfermería desde un enfoque de género, es un paso fundamental para visibilizar las múltiples inequidades y discriminaciones que afectan el desarrollo laboral de las mujeres, propiciar la equidad y enfrentar la invisibilidad y la desvalorización económica y social de la enfermería y de las tareas de cuidado asociadas a esta ocupación. (Aspiazu, 2017, p. 33)

La edad tiene una relación más estrecha con los problemas de origen biológicos que con los psicosociales. Los certificados de larga duración se relacionan fundamentalmente a problemas físicos producto de la manipulación de carga. Un estudio realizado en Argentina arroja que las personas con hasta 30 años tienen más oportunidades de presentar Síndrome de Burnout, demostrando la asociación entre ésta y la variables "Edad", explicando que la mayor frecuencia de aparición entre los

jóvenes responde a la exposición ante la realidad que ocurre en los primeros años del ejercicio profesional, en donde la práctica cotidiana, las recompensas personales, profesionales y económicas reales se enfrentan a las expectativas idealistas, generando decepciones por no encontrar lo que se esperaba (Lavatti, 2019). La investigación que se realiza no intenta relacionar variables sino plasmar el sentir de los enfermeros/as, sin embargo, la observación permite ver un plantel de enfermería ya habituado a la tarea por la edad y los años de servicio.

Tabla 3 - Distribución del personal de Enfermería por edad, Hospital Rural Dolavon, febrero de 2021

	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Menores de 30</i>	0	0
<i>30 – 40</i>	6	37,5
<i>41 – 50</i>	5	31,5
<i>51 – 60</i>	3	18,5
<i>Mayores de 60</i>	2	12,5
<i>Total</i>	16	100

Redondeo a dos decimales

La antigua carrera sanitaria provincial y el posterior Convenio Colectivo de Trabajo reconocen promociones en base a la antigüedad que debieran transcribirse en una mejora salarial, situación que no ocurre en la realidad. La acumulación de méritos, tales como la antigüedad en el puesto de trabajo, la actualización de conocimientos, los trabajos de investigación y los méritos de gestión, debieran ser retribuidos económicamente (Gallegos García, 2009). El Art. 56º del CCT reconoce explícitamente que:

Luego de su ingreso, el personal accede a los grados escalafonarios superiores mediante dos sistemas distintos:

a) Una carrera Jerárquica basada en los concursos de los respectivos cargos;

b) Una carrera por mérito y antigüedad, basada en la promoción trienal, según calificación anual conforme lo reglamente la COPICS. (Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut, 2013, p. 14)

Como se plasmó claramente en el marco teórico, la modalidad de trabajo de Enfermería constituye un estresor en sí misma. El turno rotativo, franco móvil y los turnos nocturnos configuran potenciales problemas de salud y en la relaciones

familiares y sociales del enfermero/a. La alteración del ritmo circadiano, la sobrecarga laboral en respuesta a las bajas remuneraciones, la doble jornada entre trabajo remunerado y el del hogar en el caso de las mujeres y los factores de violencia en que se desarrolla la actividad laboral configura un perfil de malestares y/o enfermedades caracterizado por: trastornos del estado de humor y sentimiento (irritabilidad, depresión), fatiga crónica, trastornos del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, trastornos alimentarios y otros (Gastal Otero, 2003). En el próximo apartado se plantean algunos de estos malestares en la voz de los informantes que padecen estos trastornos producto de la organización del trabajo dentro de la institución.

Tabla 4 - Distribución del personal de Enfermería por años de antigüedad, Hospital Rural Dolavon, febrero de 2021

	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>10 o menos</i>	8	50
<i>11 – 20</i>	5	31,5
<i>21 – 30</i>	3	18,5
<i>Más de 30</i>	0	0
<i>Total</i>	16	100

El cuerpo de conocimiento específicos de Enfermería, a través de las distintas investigadoras que generaron teoría fundada que sirve de fundamento científico en la aplicación del cuidado enfermero, también aportan a la necesidad del cuidado del propio personal, que permite un trabajo positivo con el paciente y entorno. Orem⁹ introduce la noción de autocuidado, definida como la responsabilidad del individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Expresa que toda persona debe ser capaz de desarrollar conducta y acciones respecto a sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y poner en marcha actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar. Con el claro objetivo de aplicar éstas premisas al cuidado de enfermería impulso un modelo que permite a la profesión trabajar sobre los déficits de autocuidado de los pacientes y fomentar la recuperación total de la capacidad que permitan la independencia en los cuidados de la salud. Los/as trabajadores/as debieran reconocer al autocuidado como un elemento esencial para la práctica de enfermería, desarrollado por los/as mismos/as

⁹ **Dorothea Orem** (1914 – 2007) fue una destacada enfermera teórica estadounidense, creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado.

enfermeros/as para posteriormente promoverlo en las personas sujetos de su atención (Sillas González & Jordán Jinez, 2011).

Tabla 5 -Distribución del personal de Enfermería por modalidad de trabajo, Hospital Rural Dolavon, febrero de 2021

	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Turno fijo</i>	5	31
<i>Turno rotativo</i>	11	69
<i>Total</i>	16	100
<i>Franco fijo</i>	1	6
<i>Franco móvil</i>	15	94
<i>Total</i>	16	100

Redondeo sin decimales

De lo plasmado anteriormente se afirma que el plantel de enfermería del Hospital Rural Dolavon poseen una edad superior a los treinta años, sin embargo, la mayor concentración de observaciones respecto a la antigüedad (años de servicios) se encuentra en menos de diez años. La amplia mayoría son mujeres, el cargo jerárquico de la jefatura está ocupado por un enfermero y la modalidad de trabajo responde al sistema de franco móvil y turno rotativo aplicado como estándar en el trabajo de enfermería en la provincia de Chubut.

Riesgos laborales

En la provincia de Chubut a partir de la aplicación del Convenio Colectivo con el área de salud celebrado en el año 2013 prevé un régimen horario convencional de seis horas diarias (pudiendo extenderse al doble) y treinta semanales, con franco móvil y turno rotativo para los servicios de permanencia y continuidad las 24 horas, aunque están permitidos los turnos fijos, teniendo cada uno una remuneración diferencial. Respecto a los riesgos laborales en su Art. 45 el Convenio Colectivo de Trabajo dice: “Los agentes que se desempeñen en forma permanente o transitoria en el Ministerio de Salud, tendrán derecho a que se les aseguren las siguientes condiciones de trabajo:

- a. Adecuación y/o mejoramiento de las plantas físicas tendientes a eliminar, aislar o reducir los riesgos físicos, químicos, biológicos y otros.

- b. Provisión de medios precautorios de protección laboral.
- c. Capacitación continua del personal sobre el riesgo a que se hallen expuestos.
- d. Examen psico – físico preocupacional y ocupacional periódico.
- e. Control de la carga horaria.
- f. Normalización del funcionamiento del servicio.

El examen ocupacional periódico, será anual y deberá realizarse dentro del rango de un mes antes o después de la fecha de cumpleaños del agente. Además, agrega en su Artículo 46º que: “En el caso que la exposición al riesgo por parte del agente no sea controlable, o hasta tanto esta situación sea revertida, se podrá acordar:

- Licencias adicionales
- Límite de seis (6) horas de jornada laboral” (Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut, 2013, p. 11)

Deteniéndose en el análisis individual de los ítems del Art. 45 se observan falencias en la provisión y el óptimo funcionamiento de los elementos necesarios para desarrollar la función del enfermero/a en el Hospital Rural Dolavon, dice al respecto una informante: “No siempre tenemos todo el material suficiente para trabajar (...)” (L.A. Comunicación personal, 15 de febrero de 2020)¹⁰.

Respecto a la planta física, a pesar de ser una construcción nueva, presenta importantes problemáticas por la calidad de los elementos empleados en su construcción y la falta de mantenimiento que devienen en constantes averías de las descargas de los sanitarios, canillas, luminarias, etc. Esto compromete la adecuación del espacio para minimizar principalmente los riesgos biológicos y físicos. La ambulancia como elemento fundamental para dar asistencia y realizar traslados se presentan como otro elemento problemático por su mala condición y equipamiento deficiente. De la entrevista surge la identificación como riesgo laboral: “(...) sería, por ahí, salir en una ambulancia que no está en condiciones para trasladar pacientes” (MA). En el Hospital Rural Dolavon se cuenta actualmente con tres vehículos en funcionamiento, uno para traslado de pacientes ambulatorios (no posee equipamiento para asistencia), uno principal y otro accesorio para atención y traslado de personas

¹⁰ En adelante LA

lesionadas o enfermas; todos los vehículos tienen una antigüedad mayor a los diez años de patentamiento.

Aunque el fin último de este análisis no es explayarse en todos los riesgos laborales es muy importante destacar la no mención explícita de los psicosociales en el artículo, afianzando el detrimento que sufren en importancia frente a los de carácter físicos. Éste aspecto se reflejó en lo expresado por los informantes respecto a los riesgos psicosociales al reconocerlos: “Siempre las personas necesitan del apoyo, de un consejo de un profesional que le pueda orientar y educar sobre los riesgos o problemas que puede ocasionar tal o cual situación (...)” (LA), pero en la práctica concreta “no se les da la importancia que tienen por eso, por ahí, nos superan ciertas cosas” (M.L., comunicación personal, 15 de febrero de 2020)¹¹.

Analizando lo precedente, contextualizado en la realizada actual se puede decir que la institución cuenta con los elementos básicos para prestar servicios a la comunidad dentro de la complejidad hospitalaria en la que se encuadra. Al inicio de la pandemia escaseaban los elementos de protección personal, los cuales fueron confeccionados de manera “artesanal” por personal del área de lavadero con donaciones de la comunidad (tela friselina, elásticos, etc.), luego se contó con el efectivo abastecimiento por parte del Área Programática Trelew dependiente del Ministerio de Salud Provincial, determinando el uso racional y la reutilización de todos los materiales, aunque ésta esté desaconsejada por organismos de infectología y seguridad hospitalaria, a excepción del barbijo N95. En el documento realizado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) titulado “Esterilización y/o reuso de elementos de protección personal en la pandemia COVID-19” se plantea la necesidad de evaluar alternativas seguras para optimizar el uso de los elementos a raíz de la crítica situación desencadenada por la propagación del virus SARS – Cov -2. Dice un párrafo del mencionado informe: “Los EPP usados por el personal de salud son fabricados para ser descartados después de su uso, luego de un tiempo determinado, según las recomendaciones de los fabricantes” (Mengarelli, y otros, 2020, p. 1). Volviendo a la necesidad imperiosa de contar con un mínimo de protección para el personal que labora con pacientes sospechosos y/o enfermos de COVID-19 se estudian

¹¹ En adelante ML

alternativas teniendo en cuenta la realidad socioeconómica de los países subdesarrollados, como lo menciona el informe citado previamente:

América Latina y el Caribe enfrentan la pandemia desde una posición más débil que la de otras regiones del mundo dado los altos niveles de pobreza, aglomeración de personas que viven en áreas humildes, asentamientos y sobrepoblación carcelaria, sumado a la disminución de la actividad económica, la falta de recursos en salud y empeoramiento de las condiciones financieras. Esta situación favorecería el uso racional y optimizado de los EPP para disminuir, en lo posible, el gasto relacionado a la adquisición de estos insumos como así también la aplicación de esquemas de uso, reuso, esterilización y uso extendido (Mengarelli, y otros, 2020, p. 2)



Ilustración 5 – Clasificación de los riesgos laborales (OIT) y su presencia en el servicio de Enfermería del Hospital Rural Dolavon

Cabe destacar que, a partir de la pandemia y la exposición a este nuevo virus, los/as enfermeros/as y los/as trabajadores/as de salud en general, sólo incrementaron un riesgo laboral (de tipo biológico) que es muy significativo en la profesión. Reconociendo la efectiva exposición a diario en laboral a raíz de que: "(...) trabajamos con personas de las que desconocemos su estado de salud" (LA), desglosando esto, otra informante agrega "Tenemos riesgo de cortes, de pinchazos, riesgo de mala

fuerza que por más que utilicemos la mecánica corporal con el paciente, duele la espalda, también cansancio en las piernas cuando haces doble turno que andas mucho” (ML).

Resulta sumamente difícil fragmentar los riesgos laborales y sus consecuencias por existir una interrelación plasmática entre los mismos. A pesar de ello, para los fines de la presente investigación se categorizan siguiendo la clasificación de la OIT sin perder de vista un concepto fundamental que resume y engloba el trabajo de los/as enfermeros/as como una ocupación de alto riesgo con problemas particulares de salud (Avendaño & Graud, 1997).

Continuando con el análisis del nuevo requerimiento de equipos para protección personal de los/as trabajadores/as sanitarios, a partir de la realidad reinante, el Ministerio de Salud De la Nación contempló la alternativa de uso extendido y reutilización del barbijo N95 dentro de los elementos de protección personal, no así, los barbijos quirúrgicos, camisolines, cofias y botas (Portal Oficial Estado Argentino, 2020). Lo precedente se plantea en base al surgimiento en las entrevistas del sentimiento de desprotección referido a la provisión de elementos, cuando se indaga sobre si se sienten resguardado en su accionar diario el informante responde: “No siempre, a veces hay escasez de elementos, hay escasez de ropa puntualmente en estos casos de pandemia. No se cuentan, a veces, con los recursos necesarios” (R L). Aparece un sentimiento general de desprotección: “No nos sentimos contenidos en muchas cosas” (LA), relacionado a los estamentos superiores, agrega: “(...) muchas veces no tenemos el apoyo de parte de la institución, ni del ministerio, ni del gobierno” (LA), quienes deberían proveer y asegurar las condiciones para el desarrollo seguro de las tareas de los profesionales.

Respecto a la capacitación desde el inicio de la pandemia fueron tres encuentros con personal de los servicios intervinientes y abierto a los demás sectores, sobre colocación y retiro de los equipos de protección personal (EPP), más una reunión del plantel de Enfermería para plantear inquietudes, falencias y capacitarse en la nueva dinámica de trabajo. En relación a esto una informante deja reflejada la importancia que tiene la capacitación frente a un escenario nuevo y cambiante: “(...) había que informarse, principalmente capacitarse, armar protocolos que te cambiaban en dos, tres días o una semana, así que era otra vez arrancar” (ML). A excepción de una instrucción en el uso de extintores a cargo de los Bomberos Voluntarios de la Localidad, en el año que transcurrió no hubo otro tipo de capacitación que involucre

medidas de protección y/o acción frente al conjunto de riesgos laborales en la institución.

La capacitación laboral permanente permite mantenerse actualizado y en concordancia con los cambios en el medio. En el área de salud la introducción de nuevas tecnologías aplicadas al trabajo, la presencia de amenazas que requiere implementar medidas extremas de cuidado personal y la idiosincrasia propia del trabajo que resulta disímil según el servicio o la complejidad de la institución, por citar dos ejemplos, donde se prestan los servicios, hace imprescindible la contante capacitación y actualización. La inversión en formación se traduce en mayor productividad y menor riesgo de accidentes y/o enfermedades laborales. Cuando la metodología de trabajo del personal es permanente o de largo plazo es más probable que los empleadores consideren la formación como importante y generen inversión al respecto. En este sentido dice Beccaria y Galin (2002):

En la medida en que existan restricciones al despido de trabajadores, se induce a los empleadores a invertir más en el entrenamiento de la fuerza de trabajo; en tanto esas leyes crean relaciones de largo plazo que hacen rentable la inversión en capacitación específica. (p. 11)



Fotografía 9 – Chofer colocándose EPP nivel 3

Los exámenes psicofísicos se realizan al ingreso únicamente sin determinación de los riesgos laborales específicos. En general se realiza un correcto control de la carga horaria, aunque es frecuente la realización de horas extras. “Está bueno los horarios y más francos en comparación al privado, pero por ahí, muchas recargas horarias porque falta gente” (ML). La bibliografía plasma como primordial tratar este aspecto:

La sobrecarga de trabajo vinculada con la falta de personal difiere según los niveles de calificación y según los ámbitos de inserción y su solución requeriría de un abanico amplio de medidas que exceden al sólo hecho de declarar la insalubridad de la ocupación sin mejoras salariales sustantivas, ya que por sí sola puede contribuir a agravar el círculo vicioso de la sobrecarga laboral. (Aspiazu, 2017, p. 29)

Recurriendo nuevamente a la conceptualización de los riesgos laborales, tendiente a no perder de vista su relación e importancia; Parra (2003) dice:

El trabajo puede causar daño a la salud. Las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos. (p. 2)

En una entrevista surge la afirmación que denota “Hoy en día es el EPP completo” (ML) en referencia a la modalidad de trabajo diario. Aunque, varía la complejidad de los equipos, éstos se colocan ante la realización de cualquier práctica, dicho de otra manera “En estos tiempos de pandemia uno está atento todo el tiempo a cubrirse” (LA). La utilización de los equipos se hace de acuerdo al riesgo que media en la exposición al virus y se divide en tres niveles. El primer nivel corresponde a la atención de todo paciente en el ámbito de salud, de internación domiciliaria o en visitas domiciliarias. Cuando tratamos con pacientes sospechosos, confirmados o inevaluables se utilizará equipos de protección de nivel dos y tres. El nivel dos brinda protección para mecanismos de contagio por gotas y contacto, y el equipo tres para aerosoles, gotas y contacto. La protección contra aerosoles, gotas y contacto se utiliza durante los denominados procedimientos generadores de aerosoles, que aumentan considerablemente el riesgo de infección del personal de salud por lo que se

incrementa el nivel de protección respiratoria cambiando el barbijo común por un barbijo N95 y la doble protección ocular (Fundación Trauma, 2020).

NIVEL 1	✓	✗	✓	Común	✓	✗
NIVEL 2	✓	✗	✓	Hidro-repelente	✓	✗
NIVEL 3	✓	✓	✓	Hidro-repelente	✗	✓

Ilustración 6 – Componentes del EPP según nivel

Frente al general de mayor exposición de los/as trabajadores/as de salud al brote de COVID-19, el Ministerio de Salud de la Nación delegó la responsabilidad del cumplimiento de las normativas vigentes en la autoridad sanitaria local y en las autoridades de las instituciones, la provisión de equipos de protección personal (EPP) adecuados en cantidad suficiente como también de la capacitación oportuna para su uso racional y correcto (InfoLEG. Información Legislativa, 2021).

Se puede decir que los/as enfermeros/as que trabajan en servicio de Enfermería del Hospital Rural Dolavon se encuentran efectivamente expuestos a condiciones que ponen en riesgo su salud como componente del quehacer diario, incorporados como tal, sin mediar acciones para su control o capacitación para su afrontamiento. Los/as informantes reconocen preponderantemente los riesgos encuadrados dentro de la categoría ambiental. Se recuerda que no existe un único criterio para agrupar y clasificar los riesgos laborales, y que para el presente trabajo se utilizará la clasificación de la Organización Internacional del Trabajo de cuatro categorías: Ambientales, psicosociales, tecnológicos y de seguridad, y de manipulación de carga (OIT. Organización Internacional del Trabajo, 2019).



Fotografía 10 - Enfermeros con EPP nivel 2 para la atención en internación de pacientes polivalentes

La primera categoría corresponde a los riesgos ambientales que incluyen la infraestructura sanitaria, donde se observó deficiencias edilicias, esencialmente para garantizar un correcto lavado de manos y los baños, muchos clausurados o con problemas en la descarga de agua y pérdida en los sanitarios y griferías. Falta de adecuada iluminación en muchos sectores y exposición a altas temperaturas en la prestación de servicios en las habitaciones de internación que no cuentan aire acondicionado ni protección física efectiva de los grandes ventanales con el objetivo de aplacar la exposición directa al sol, generando en épocas de verano condiciones inhóspitas de trabajo. Sin lugar a dudas los riesgos más reconocidos y de mayor trascendencia en la actualidad son los que provienen de la exposición a contaminación química y biológica por la lucha con el virus que provoca el COVID-19.

Los riesgos laborales que ocupan a esta investigación se enmarcan en la segunda categoría, siendo muy amplia y de poco reconocimiento por los/as enfermeros/as. En general se reconoce al estrés como importante para los/as enfermeros/as del Hospital Rural Dolavon como parte formativa del trabajo: “La guardia, de por sí, es estresante en ciertos momentos” y lo encasillan como riesgo laboral al mencionar: “(...) el estrés es uno, en algunos momentos la sobrecarga de trabajo o, a veces, la falta de organización es perjudicial para llevar un trabajo relativamente organizado” contextualizado en el momento actual “(...) por el tema del COVID” (MA). Los riesgos psicosociales se definen como las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte y, por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Se manifiesta el malestar por la situación laboral actual en materia de atraso en los pagos, inaccessos a reubicaciones, deuda acumulada y falta de reconocimiento hacia los/as trabajadores/as por parte del Gobierno Provincial cuyo inicio data de varios años atrás. Cuando se indaga acerca si creen necesarias mejoras en las condiciones laborales de los enfermeros/as y se anima a plantear propuestas, las respuestas fueron en la misma línea de pensamiento reflejando la desazón que experimentan como empleados/as estatales y específicamente del área de salud. Algunas respuestas fueron concisas: “Que nos paguen” (MA) y otras dejaron entrever cuestiones subyacentes a la importancia del reconocimiento de trabajo, respondiendo

a las condiciones laborales, el informante dice: “Sí que deben mejorarse. Primero el reconocimiento y, si bien, estamos incluidos dentro de todos los problemas gubernamentales que hay, la falta de pago de actualizaciones económicas, pero hay muchas falencias por parte de las autoridades que enfermería siempre se ha visto relegada y más en estos tiempos que ni reconocimiento laboral ni económico” (RL). A pesar que la enfermería tiene un gran peso dentro del sector salud - en términos cuantitativos y de su relevancia en el proceso de cuidado de la salud – pero la valorización que recibe, tanto al interior de la actividad como en la sociedad en su conjunto, no refleja dicha importancia ni se traduce en condiciones laborales y salariales justas (Aspiazu, 2017).

Los riesgos tecnológicos y de seguridad, no predominan en frecuencia de aparición en la tarea diarias de los/as enfermeros/as del Hospital Rural Dolavon en contrapartida con el riesgo laboral por manipulación de carga, que implica la movilización de los pacientes, el trabajo de “camillero” que comparten el/la enfermero/a y el chofer en los hospitales rurales, las posturas de trabajo y la exigencia de concentración que demanda el trabajo, como administración de medicamentos, entre otras tareas.

Salud ocupacional y Aseguradoras de Riesgo de Trabajo

Los daños a la salud por efecto del trabajo más evidentes son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (Parra, 2003) que son los objetos sobre los que debieran actuar las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo, las instituciones y los gobiernos para reducir al máximo las posibilidades de ocurrencia y dar el tratamiento adecuado en el marco de lo que se denomina salud ocupacional.

La Organización Mundial de la Salud amplía el horizonte de acción al hablar de salud ocupacional como la actividad para promover y proteger la salud de los/as trabajadores/as introduciendo un concepto importante en el marco de prevención y de bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Los hospitales como organizaciones en términos de trabajo poseen condiciones especiales que merecen atención y control. El control de las infecciones resulta crucial para salvaguardar a los/as pacientes y trabajadores/as, contando con los recursos mínimos que aseguren condiciones de trabajo seguras. Cuando la labor se desarrolla en espacios cerrados se requiere una buena ventilación e iluminación

general, acceso a agua potable y la existencia de servicios sanitarios completos para el correcto lavado de manos. En casos en que las personas se ven obligadas a alimentarse en el trabajo, se requiere la existencia de comedores limpios y con agua y mobiliario suficiente. Esencialmente dentro de las instituciones sanitarias es necesario que los trabajadores y trabajadoras cuentan con duchas y casilleros guardarropas para realizar el cambio de ropa de calle por ropa de trabajo, por el riesgo de contaminar la ropa de calle y diseminar las infecciones intrahospitalarias (Parra, 2003). En el Hospital Rural Dolavon el personal no cuenta con baños en condiciones, vestidores y/o casilleros para asearse y cambiarse la ropa cómodamente; diferente el caso del comedor que se observa en óptimas condiciones para acceder en grupos reducidos.

Las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) deben respaldar a los empleadores o empresas en el caso de que se produzca un siniestro, pagando por ellos una determinada suma de dinero como indemnización al trabajador damnificado, asesorando en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. (InfoLEG. Información Legislativa, 2021). En las organizaciones donde son frecuentes ciertos tipos de accidentes, los/as trabajadores/as debieran saber cuáles son los pasos para acceder a la cobertura de estas empresas, contar con asesoramiento en medidas de prevención asegurando la provisión de los elementos necesarios para dicho objetivo y dar una respuesta oportuna en caso de accidentes y/o enfermedades profesionales. En la práctica “a veces falta información, falta de comunicación de las jefaturas” (ML) sobre los mecanismos para realizar las denuncias en caso de siniestro y no se realizan acciones tendientes a evaluar y prevenir siniestros relacionados a la exposición a los riesgos laborales. Cuando se indaga en el conocimiento de los/as informantes sobre el objetivo de éstas empresas dicen: “No lo sé a fondo, en realidad sé que cubren los problemas de salud, básicamente los problemas de accidentes de trabajo” (RL) mientras que otra trabajadora directamente expresa “No me queda claro” (MA) respecto a las funciones de las ART.

Adentrándose en el análisis del marco legal de cobertura del trabajador resulta importante exponer que la dinámica de trabajo de los/as enfermeros/as en los hospitales rurales dista mucho de lo reglamentado. Chubut, como otras provincias, no cuentan con servicio pre-hospitalario de asistencia utilizando la estructura y el personal que desempeña funciones en los hospitales para tal fin. El personal de

enfermería que ha tomado la guardia y pacientes a su cargo se ve coaccionado por el sistema regente a salir de la institución para dar respuesta a las urgencias descuidando su real responsabilidad que consiste en la asistencia/cuidado de los pacientes internados o en observación, conducta que podría acarrear procesos civiles y penales sobre los/as trabajadores/as por incumplimiento de su deber profesional. Además, en cada actuación que implique asistencia en domicilio, accidentes y/o traslados, se encuentran en una situación de vulnerabilidad por la falta de cobertura legal del sistema de ART que no reconoce el trabajo extra muros para personal de función efectiva en servicios hospitalarios.

La desinformación sobre las obligaciones, los procedimientos de denuncia y las implicancias de sufrir un accidente laboral o una enfermedad profesional compromete el real acceso de los trabajadores a estas prestaciones. Los accidentes de trabajo son los que ocurren dentro de la institución donde se presta servicios o en el itinerario domicilio/trabajo y viceversa. Respecto a las enfermedades profesionales, existe un listado que se va ampliando una vez probado el nexo causal de la dolencia con la actividad laboral, aunque existen enfermedades no listadas (como el COVID - 19) sobre las cuales se amplía la cobertura de las ART.

Riesgo psicosocial percibido por los/as enfermeros/as

A partir de la investigación se observa el escaso reconocimiento de los riesgos psicosociales como integrantes de los riesgos laborales, dándole una importancia menor, e incluso, tomándose como parte integrante del trabajo, naturalizando su existencia. Caso de una informante que refiere los riesgos psicosociales: “Son importantes. No le damos la importancia nosotros” (ML).

El personal de enfermería tiene particularidades en su dinámica de trabajo comparada con el personal hospitalario de otras áreas. Los descansos que no necesariamente coinciden con fines de semana, ninguna semana se parece a otra en cuanto a frecuencias de trabajo, horarios diurnos y nocturnos alternados; siendo éstas condiciones que demandan una organización también peculiar en el interior del hogar (Osorio et al., 2011 en Spinelli, y otros, 2013). En la práctica las enfermeras hablan de que: “Afectan la vida diaria. Acomodarme a los horarios es toda una organización con la casa” relacionado con el cuidado del hogar, agrega otra informante: “En un principio cuando recién empecé (..) porque tenía las hijas chiquitas se complicó un

poco mi situación laboral porque había que buscar niñera y yo era joven no tenía mucha experiencia en trabajar” (LA). Estas situaciones pueden llevar a padecer trastornos en sus hábitos alimentarios y de sueño/vigilia. Dicho en términos de organización del trabajo, los hospitales requieren una dinámica de trabajo para garantizar el funcionamiento ininterrumpido las 24 horas los 365 días del año, por lo que se recurre frecuentemente a los turnos rotativos, franco móviles y jornadas de trabajo extendidas para el personal (Spinelli, y otros, 2013).

La pandemia por COVID – 19 no hizo otra cosa que evidenciar estructuras de organización social y del trabajo claramente patriarcales. La crisis de los cuidados se evidencia a partir del confinamiento de una parte de la población, estando éstos a cargo de las mujeres, tanto como trabajo remunerado como siendo parte del trabajo “invisible” del hogar. La bibliografía respalda estas afirmaciones:

Estudios recientes, en salud de las mujeres y el trabajo, han demostrado que las áreas laborales donde se concentran las mujeres, se caracterizan por condiciones acumulativas, impactando su salud física y mental, la acción sinérgica de factores provenientes del trabajo productivo o remunerado y del doméstico. No olvidemos que las mujeres sufrimos en esta sociedad los embates de nuestra doble condición, la de ser mujer y trabajadora (caso de todas: costureras, docentes, enfermeras, camareras, médicas, administradoras, etc.). (Borges Romero, 1998, p. 113)

La crisis de los cuidados, que se mencionó anteriormente, se basa en la premisa que la sociedad basa su funcionamiento primario en la prestación de cuidados (mayormente no remunerados) internalizado como un deber femenino. En un trabajo de investigación realizado con enfermeras chilenas se afirma: “En muchos países las mujeres son las principales dispensadoras de salud, jugando un papel fundamental como agentes del bienestar biopsicosocial tanto en la familia, en la comunidad como en los sistemas oficiales de salud” (Avendaño & Graud, 1997, pp. 1-2). Un escrito muy actual contempla esta realidad aplicada al contexto de pandemia:

Las mujeres siguen siendo las más afectadas por el trabajo de cuidados no remunerado, sobre todo en tiempos de crisis. Debido a la saturación de sistemas sanitarios y al cierre de las escuelas, las tareas de cuidados recaen mayoritariamente en las mujeres. (Batthyány, 2020, p. 366)

En el ámbito sanitario institucional del referente empírico que se analizó, las trabajadoras manifestaron su doble o triple jornada entre el trabajo remunerado y las

tareas propias del hogar, evidenciando una recarga y problemas de organización en el seno del hogar. En la mayoría de los casos, las informantes, no reconocen la cuestión de género presente en la profesión o soslayada en su día a día, que se evidencia por la mayor carga laboral. Rita Segato reafirma la existencia de esta estructura oculta subyacente cuando dice que en una sociedad observada como igualitaria en donde las relaciones sociales, los derechos y deberes se manifiestan como equivalentes, se esconde un soporte ideológico patriarcal (Segato, 2003). En una profesión de nacimiento femenino relacionada a la prestación de cuidados, no resulta extraño identificar estructuras ocultas que son claramente desiguales en materia de género. La enfermería describe a la perfección una profesión compleja, altamente feminizada, donde las desigualdades de género son diversas y profundas, en relación a otros sectores como en el interior de la misma (Aspiazu, 2017).

En los próximos párrafos se abordan diferentes ángulos de esta problemática a través de las voces de las protagonistas: mujeres trabajadoras en tiempo de pandemia. Las instituciones de salud, son organizaciones de clara estructura patriarcal. Dice Aspiazu (2017) sobre el sistema de salud:

(...) opera como un marco normativo que estructura prácticas y discursos que han construido a nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica y funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras. (p. 20)

En el apartado anterior se había expuesto que, en el servicio de Enfermería de la institución analizada, cuatro enfermeros/as realizan turno nocturno fijo, sobre esto una participante considera que "(...) en el día no se descansa igual que durante la noche" (MA) interfiriendo también en su vida familiar en lo referido a su hija a cargo "(...) que duerme mucho" (MA) por adaptarse a los patrones alterados de sueño/vigilia de su mamá. El trabajo nocturno aumenta el esfuerzo físico y mental, disminuye las capacidades del organismo para recuperarse de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos y aumenta la probabilidad de accidentes.

Las largas jornadas por horas extras o pluriempleo implican un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo que esté presente en el lugar y le resta horas al tiempo de descanso, que es fundamental para la recuperación física y para destinarlo a la vida familiar, a los intereses individuales, a las actividades sociales, en

la voz de los/as informantes “repercute mucho en la familia, en la casa, en los hijos” (ML). Esto se pone de manifiesto cuando la entrevistada habla sobre el esfuerzo de tener dos empleos en el área de salud en diferentes instituciones: “En un principio sí cuesta porque son dos lugares distintos en los que uno trabaja y es cuestión de organizarse, más o menos son doce horas diarias que uno está trabajando” (VLL), en el mismo eje otra participante relata su realidad: “Es mucho el viaje porque trabajo en Trelew, así que son 32 kilómetros de ida y de vuelta. Salgo de un trabajo y ahora estoy yéndome al otro, así que de 24 horas paso 16 horas trabajando (...)” (ML). Es bueno acotar que entre una fuente de empleo y la otra existe una distancia geográfica de 36 kilómetros, ya que en Dolavon existe un sólo efector de salud constituido por el hospital rural y en caso de trabajar en otra institución de salud se debe recurrir al ámbito privado en la ciudad de Trelew. Motivo por el cual a los tiempos de trabajo efectivo se debe suma aquel destinado al viaje, tanto para los residentes que viajan a Trelew como para los/as enfermeros/as que vienen desde allí a prestar servicios al Hospital Rural Dolavon. En tiempos de pandemia se convirtió en un problema agregado por la falta de transporte público de mediana distancia que cubre dicho recorrido.

A partir de la pandemia cambia la dinámica y el ritmo de trabajo. Manifiesta un enfermero: “Cambio para empezar la dinámica de trabajo. Cambio en la relación intrahospitalaria como también cambió la sociedad por afuera, pero nos afectó el contacto (...)” (RL) en contrapartida una informante dice: “No creo que ha cambiado mucho. Simplemente sería acatar las nuevas normas, los procedimientos de COVID, después se sigue atendiendo igual” (MA). Resulta importante rescatar un concepto que aparece en las entrevistas como cambio fundamental en la manera de trabajo, “el manejo es diferente” (LA) respecto a la interacción con los pares, esto que dicen anteriormente que “(...) afectó el contacto” (RL) otra enfermera lo expone como: “Se cortó todo, es estar solo. Con tu compañero no podés compartir un desayuno o una merienda, por la distancia, por el barbijo (...)” (ML). Estas situaciones reflejan un detrimento en las relaciones entre compañeros consecuencia de la nueva organización del trabajo para evitar la posibilidad de contagio horizontal del COVID – 19.

Una adecuada comunicación dentro de los equipos de trabajo mejora la satisfacción a través de la creación de redes de apoyo rescatando el carácter social del trabajo (Parra, 2003). El deterioro en las relaciones sociales en el proceso de

trabajo se pone en evidencia con la presencia de violencia entre pares, entre jefes y subordinados, así como entre el personal de salud y los usuarios, y tiene manifestaciones tanto físicas como psicológicas (Pasos de Oliveira & Oliveira Nunes, 2008). Los conflictos de línea jerárquica aparecen cuando se manifiesta: “(...) falta de comunicación del jefe” (MA) como situación estresante a nivel laboral.

Los episodios de violencia son explícitamente manifestados, aunque permanecen en la esfera de lo esperable para la profesión, cuando se indaga sobre estos incidentes se reconoce su existencia “Me pasó una vez con un paciente muy agresivo (...) me trató muy mal, paciente masculino muy grande” (ML) destacando que tuvo una resolución positiva de la situación conflictiva con dicho paciente, “fue mi jefa, el médico tratante y una enfermera más antigua. Me contuvieron también, yo nueva me había puesto mal” (ML). Otra enfermera cuenta una situaciones similares: “En algún momento de éstos años, por ahí con algunos pacientes, en cuanto a la agresividad como se atiende gente por guardia al no ser atendidos enseguida (...)” (VLL) pero no considera la necesidad de apoyo porque “es algo cotidiano que nosotros, el enfermero, como que lo hace algo habitual a que el paciente te reaccione así (...)” y al final reafirma el concepto del padecimiento de violencia como parte integrante de la labor al tener que tratar indefectiblemente con “diferentes tipos de pacientes: hay pacientes muy buenos, pacientes muy agresivos... bueno es el día a día nuestro” (VLL), colocando al trabajador/a en una posición de vulnerabilidad ante el contexto, esto lo plasma la autora Aspiazu (2017) de la siguiente manera:

La falta de personal calificado, el pluriempleo, la intensidad y el desgaste físico y emocional de las tareas, la heterogeneidad normativa, la fragmentación de la representación sindical y la desvalorización de la ocupación vinculada al componente de cuidado y a su definición en términos vocacionales, son aspectos distintos pero interrelacionados que actúan como determinantes de la mayor vulnerabilidad laboral de la enfermería. (p. 32)

La falta de reconocimiento profesional y económico es un punto crucial del malestar manifestado por los informantes en reiteradas oportunidades. “Enfermería es una profesión muy linda que se tiene que hacer de corazón, pero lamentablemente en Chubut estamos muy desvalorizados (...) muy mal pago para lo que hacemos” (VLL) sin apartarse de la responsabilidad en la prestación del servicio, otra entrevistada agrega:

Si bien uno viene, trabaja y cumple esta bueno que se reconozca el trabajo, que se pague en tiempo y forma, y también que haya aumento, una paritaria. Que uno se exponga a esto, pero tenga una recompensa monetaria para llevar a casa. (ML)

A raíz de los incumplimientos permanentes del Gobierno de Chubut con sus empleados se realizan periódicamente medidas de fuerza. Los/as trabajadores/as de salud del Hospital Rural Dolavon se sumaron a manifestaciones pacíficas, realizaron un acampe fuera de la institución y cortes de rutas en el marco del plan de lucha. Los diarios de la provincia fueron reflejando esta realidad a través del tiempo; un titular del 15 de septiembre advierte “Crisis en Chubut: Trabajadores/as de la Salud salen a cortar rutas” en el cuerpo de la noticia describe la situación de la siguiente manera:

Esta semana el reclamo de los estatales volvió a las calles, particularmente hay un fuerte reclamo del sector de Salud que alcanza altos niveles de malestar, debido a que no solo se les adeudan dos meses de salario, se les ha incumplido con compromisos asumidos por el Gobierno, y no son considerados una prioridad a pesar de la vigencia de la Emergencia Sanitaria en Chubut. Asimismo, los/as trabajadores/as advierten que a la situación socioeconómica que enfrentan producto del incumplimiento salarial, se suma la escasez de recursos para atender las demandas sanitarias en los hospitales y temen por el incremento de casos de COVID-19 en el servicio de Salud. (El Diario, 2020)

Como se expuso en los párrafos precedentes, la precariedad laboral a la que se encuentra sometido el personal sanitario, dentro de ellos los/as enfermeros/as que laboran en el Hospital Rural Dolavon se plasma en cada una de las entrevistas realizadas. Ante la premisa si se debe mejorar la situación de los enfermeros/as en los hospitales públicos provinciales, una enfermera responde contundentemente:

Se debe mejorar por el hecho de que estamos expuestos, no solamente ahora con la pandemia, siempre estuvimos expuestos a otras patologías que no se dice, no se habla. Ahora más que nunca somos los caballitos de batalla, los que estamos al frente de todo y (...) somos un número más. (G. Enríques, Comunicación personal, 27 de enero de 2020)¹²

¹² En adelante GE



Fotografía 11 – Corte de Ruta Nacional N° 25 por personal del Hospital Rural Dolavon

Son situaciones que provocan angustia que, sumadas a la nueva realidad laboral, signada por drásticos cambios, se conforman en estresantes. Se dice expresamente sobre los cambios reflejados por la nueva realidad: “Cambió en todo, tanto en la asistencia, en el cuidado propio, en el cuidado del compañero, en el cuidado del paciente, en el cuidado familiar, en todo” (GE) generando sentimientos de “angustia, a nivel laboral padecemos muchas situaciones estresantes también malestar económico, de todo un poco” (GE).

Se observa entrañable la relación entre el reconocimiento que se expone como insuficiente y la construcción de una identidad profesional. El ingreso de la carrera a la línea universitaria marcó un evento importante para el salto cualitativo en pos del reconocimiento como profesionales a nivel laboral y social. Se dice de la identidad profesional:

La misma se define a través de las transacciones sociales y los proyectos que desarrolla un determinado colectivo, a lo largo de su historia evolutiva. En el caso de la Enfermería, su esfuerzo se centra en la unificación de una imagen corporativa coherente con los tiempos y con el desarrollo de su cuerpo de conocimientos. (Gallegos García, 2009, p. 52)

Resulta sumamente rico este fragmento de relato para rescatar dos conceptos sumamente importantes que se repiten a lo largo de la vida laboral de los/as enfermeros/as: El cuidado y la angustia. El cuidado es el objeto último de toda prestación de enfermería que resulta importante no perder de vista, para no caer en una deshumanización de la profesión en pos de la introducción de tecnologías, la perspectiva económica del tratamiento y la organización de los prestadores. En este trabajo de investigación se intenta reafirmar la necesidad observada de contar con trabajos científicos desde el paradigma cualitativo.

La presencia de la influencia de la modernidad y del positivismo en ciertos aspectos de la enfermería ha condicionado que la enfermería adopte visiones de la realidad y creencias respecto a su manera de trabajar que le han distanciado de su verdadero cometido, que es cuidar. La progresiva pérdida de integralidad del cuidado de la persona y la familia, la tecnificación de su atención, la excesiva burocratización de ciertos elementos de su trabajo, la falta de contacto con la persona enferma, la incertidumbre del significado que tiene la relación de la enfermera con las tecnologías y su papel, el recelo que existen en algunos ámbitos institucionales respecto a la investigación

cualitativa, a sus resultados y el tipo de conocimiento que puede aportar, etcétera son muestras de la influencia de la modernidad y del positivismo en ella y la adopción de una visión biologicista, el resultado. (Palacios Ceña, 2007, p. 31)

El trabajo de los/as enfermeros/as implica, irrenunciablemente, el contacto directo con el paciente, familia, comunidad en todas las etapas de la vida para brindar cuidados acordes a las necesidades observadas. El objeto de acción pasa a ser el paciente convirtiéndose en un elemento primordial en la vida de los profesionales, brindándoles conocimientos a través de la experiencia compartida. Peplau¹³ en su teoría psicodinámica plantea que es necesario que el/la enfermero/a entienda su conducta a fin de ayudar a los demás a identificar sus dificultades aplicando los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en las experiencias. El modelo describe cuatro fases y seis roles dentro de ellas, que se presentan a lo largo de la relación terapéutica. En el contexto actual aflora de manera decisiva la importancia profesional de la disciplina dentro de los equipos de salud; cuando los pacientes son ingresados a las salas de aislamiento con un diagnóstico de COVID – 19 experimentan, inicialmente, mucha angustia unida a factores como miedo a la muerte, dolor, preocupación por el futuro y desapego por la falta de contacto con la red primaria de apoyo y con el resto de la sociedad, aquí resulta significativo el rol del enfermero/a en el sostén biológico, psicológico, social y espiritual del paciente (Rojas Moreno & Navarro, 2006). Siguiendo con éste aspecto, Peplau identifica el rol de la enfermera como sustituta, donde el paciente ve en su cuidador/a características que le rememoran relaciones personales anteriores asignando una emotividad especial a la atención, siendo auspiciosa para cooperación y confianza inicial, no obstante, demanda ayudar al individuo a marcar la diferencia entre la persona que recuerda y el rol profesional. Por esto se puede afirmar, que más allá de la motivación económica o de reconocimiento, la enfermería es una de las labores en el ámbito de salud con mayor interacción personal, que conlleva la parte positiva de la experiencia, pero como contrapartida requiere la puesta en marcha mecanismos de control de las emociones para que los/as trabajadores/as no se vean afectados/as de manera negativa por la carga emocional y afectiva que acarrearán las personas objeto del trabajo diario del personal.

¹³ **Hildegard Peplau** (1909 – 1999) fue una famosa enfermera teorizadora estadounidense que estableció un modelo de cuidados que actualmente lleva su nombre

La angustia como concepto abordada desde el psicoanálisis tiene un recorrido histórico/social que indaga en las bases y manifestaciones, se genera como expectativa del trauma original y como repetición de éste, genera un estado de expectativa en el Yo del sujeto por la correlación entre la situación y un estado de desamparo (Lacan, 1963). Resulta una significación extremadamente amplia atravesada por varias ciencias y corrientes de pensamiento, en el presente trabajo de investigación el análisis presentado se limita a su relación con el malestar que conforma el riesgo laboral psicosocial. La ansiedad (miedo a algo actual), la angustia (temor al futuro) y la depresión se reconocen como síntomas de tensión emocional asociada a estrés (Avendaño & Graud, 1997). Nos sirve para reconocer el estrés laboral a través de sus manifestaciones, a pesar de que no se exprese verbalmente o se reconozca como tal por la persona que lo padece. El enfrentarse a una nueva enfermedad de la que poco se sabe genera sentimientos como la angustia, el miedo y la ansiedad, que constituyen desencadenantes de estrés laboral. Dependiendo de los mecanismos de afrontamiento individuales y el apoyo institucional obedece que estos estresores se puedan trabajar evitando la cronicidad que desemboca en problemas de salud. Los/as enfermeros/as coinciden en que el peor momento fue el comienzo de la pandemia. Los testimonios dan cuenta de esto, dice una trabajadora “En un principio un poco de miedo como se pintaba todo, era pandemia COVID -19 igual a muerte, entonces mucho temor” (LA); fueron tiempos donde la información era muy poca “Primero una angustia, miedo, porque no sabíamos que era. Porque por ahí uno leía y estaba en Europa, cuando te quisiste acordar estaba en Buenos Aires, estaba en Chubut y estaba en Trelew” (ML) y en ocasiones, contradictoria “A nosotros nos decían no va a llegar (...), cuando nos quisimos acordar teníamos un Covid positivo entrando por la puerta grande. Fue muy angustioso pensar... mira si me pasa algo, mira si me enfermo me voy a morir” (ML). Estos relatos plasman el paso de lo teoría a la práctica, demostrando un claro choque con la realidad “por más que uno estaba informado hasta que no lo pasa, mucho simulacro, pero cuando hay que trabajar realmente se toma conciencia” (ML). Con el pasar de los meses el trabajo con éste nuevo virus se convirtió en habitualidad bajando los niveles de ansiedad iniciales “Fuimos viendo que es un virus que se puede controlar si tomamos las precauciones, que ataca a algunas personas muy mal, pero con los cuidados se puede llegar a convivir con el virus” (LA) y dando seguridad en la realización de las prácticas “(...) hasta que uno aprendió a trabajar con esto” (ML).

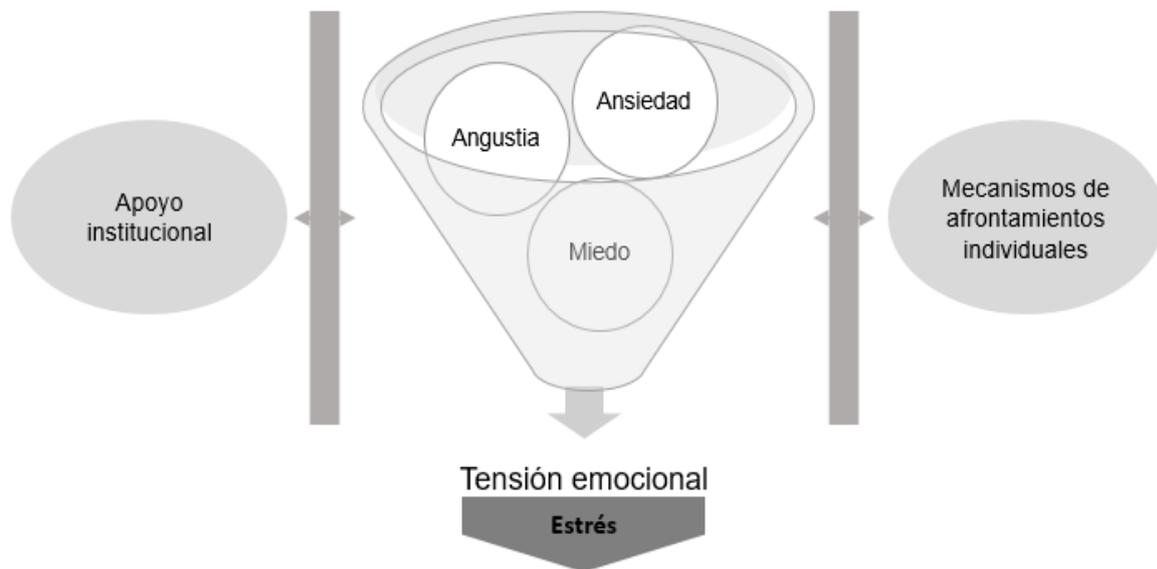


Ilustración 7 – Precursores de la tensión emocional en enfermeros/as

Para finalizar se cree importante resaltar que la problemática manifestada por los/as informantes no puso en jaque el amor por la profesión. Su elección se basó en poder brindar ayuda al prójimo, una carrera a través de la cual se puede cuidar a las personas a partir de generar un vínculo cercano. Se plasman algunos fragmentos de lo que significa para cada trabajador/a ser enfermero/a: “Me gusta hacer enfermería” (MA), “(...) yo realmente estoy satisfecho con lo que hago (...)” (RL), “Enfermería es una profesión muy linda que se tiene que hacer de corazón (...)” (VLL), “Uno en esta profesión tiene mucho que agradecer. Mucha satisfacción porque permanecemos en contacto con la gente, sabemos que podemos ayudar a los demás aparte del agradecimiento de la gente” (LA) “Me gusta el poder ayudar, me siento conforme (...)” (GE). Para finalizar dejar plasmada una frase que resume los tres pilares que se identificaron como trascendentes en la práctica (vocación, cuidados humanizados/ayudar y conocimiento profesional) a la hora de desarrollar la profesión de Enfermería por el contacto con las personas y la demanda de brindar cuidados humanizados, una enfermera dice: “Es lo que siempre quise ser. Me considero que tengo vocación de poder ayudar, brindar cuidados es una satisfacción personal” (ML). Lo precedente nos habla de una decisión en la elección de carrera de acuerdo a convicciones internas que necesitan ser canalizadas a través de una profesión para desarrollar una labor que genera satisfacción. A pesar que los/as enfermeros/as

identifican una falta de reconocimiento laboral, ésta no se traduce en conductas negativas sobre la identidad profesional conformada.

La enfermería como profesión ha avanzado mucho para posicionarse con un cuerpo de conocimientos propios y poder cumplir con el objetivo primordial, que es brindar cuidados, de acuerdo a planes propios a partir de la evaluación de las necesidades del usuario. Queda mucho camino por recorrer para lograr la total autonomía, el reconocimiento laboral y social y reforzar la identidad profesional. La visión de la profesión de la enfermería en la actualidad se plasma en el fragmento de las conclusiones del trabajo de Zúñiga Careaga & Paravic Klijn (2009) que dice:

Se puede decir entonces que el desarrollo histórico de la Enfermería desde el prisma de género constata que hitos históricos han permitido a la mujer y a la enfermería conquistar espacios en la sociedad y el campo laboral a pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. La evolución de la enfermería desde sus inicios como profesión, fue lenta con un periodo letárgico, silencioso, que paulatinamente consiguió espacios y reconocimiento en la sociedad, de ser un profesional al servicio del médico, logró ser su colaborador, en una relación horizontal dejando atrás estereotipos de sumisión y servilismo. (p. 5)

CONCLUSIONES

A partir de esta investigación se reafirma la efectiva presencia de exposición de los/as enfermeros/as a los riesgos laborales de tipo psicosocial. Como la división y categorización de los riesgos se hace con el fin de estudio, pero existe una relación entrañable entre todos ellos demostrada por la pandemia por COVID – 19. Los/as trabajadores/as de salud vieron aumentada repentinamente su exposición al riesgo biológico a partir de marzo del 2020 lo que concurrentemente generó miedo, ansiedad, angustia, tristeza y responsabilidad mayor en los cuidados en todos los ámbitos en que se desenvuelven los/as trabajadores/as, dicho en otras palabras, aumentó significativamente los estresantes a nivel psicosocial que son los componentes para determinar la exposición a ellos desencadenando un riesgo a la salud encuadrada dentro de los riesgos laborales.

La pandemia no hizo más que exponencial y dejó ver cuestiones subyacentes que ponen en riesgo la salud de los/as trabajadores/as sanitarios y no tienen tratamiento ni reconocimiento. El gobierno argentino incluyó el COVID – 19 como enfermedad profesional para los/as trabajadores/as expuestos pero continua sin estudiarse para su reconocimiento el estrés, el Síndrome de Burnout y varias enfermedades relacionadas directamente a la exposición continua y prolongada a estresantes en el ámbito laboral. La definición de enfermedad profesional tiene un eje claramente biológico, ya que reconoce agentes etiológicos causales de origen físicos, químicos y biológicos, siendo monocausal y segregada con nulo reconocimiento del trabajador como un ser biopsicosocial.

Las ART como organismos encargados de respaldar a los empleadores respecto a los accidentes y/o enfermedades profesionales padecida por los/as trabajadores/as subestiman los riesgos y sus potenciales consecuencias que padecen las personas que desarrollan sus actividades en los equipos de salud en contexto de pandemia. Se necesita investigación y control efectivo de las medidas institucionales tomadas con respecto a los rasgos laborales controlables.

En la provincia de Chubut la Ley 3127 sobre servicios de riesgos define en su Art. Nro. 2 al riesgo laboral como: “(...) la probabilidad, debido a la actividad del agente, de sufrir lesiones o contraer enfermedades como consecuencia de las condiciones desfavorable de trabajo” (Poder Judicial. Provincia de Chubut, 2020, p. 1). Este riesgo laboral puede ser controlable o no. Se considera riesgo controlable

cuando puestos en vigencia mecanismos de control del mismo, existen posibilidades mínimas de daños para la salud; es no controlable cuando, siendo inherente a la tarea, no se reconocen medios eficaces de prevención. Los profesionales de enfermería reconocidos dentro de la ley de riesgo laboral (no controlable) son los que desarrollan sus funciones en el área de salud mental, sin embargo, por las características de las tareas efectuadas por éstos/as trabajadores/as, en otras áreas como internación y guardia, por ejemplo, donde existe una exposición conjunta a diferentes riesgos laborales, incrementados por la pandemia, se necesita un replanteamiento de fondo de las condiciones laborales desfavorables a nivel físico, psicológico y social. Se desconoce las consecuencias y el impacto en la salud a largo plazo del COVID – 19 motivo por el cual se espera investigación, seguimiento y reconocimiento del rol de los/as enfermeros/as que prestan servicios en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

Cada organización donde trabajan personas, incluidos los servicios hospitalarios estatales, debieran tener un adecuado control de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), que están constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo (Neffa, Panigo, & Pérez, 2000), en la práctica no existe supervisión ni control de las CyMAT; cabe aclarar que en los hospitales el personal de enfermería se expone a riesgos que no pueden ser controlados o minimizados como es el químico o biológico, y otros, sobre los que se pudiera actuar como los ambientales, por manipulación de carga y los psicosociales, siendo esto el reflejo de un Estado ausente y debilitado observando un deterioro del servicio de inspección del trabajo: pluralidad y falta de coordinación creciente de los servicios, reducción del número y capacidad de los efectivos de la inspección, restricciones al ámbito de actuación (Beccaria & Galin, 2002).

La investigación evidencia la presencia de estresores continuos a nivel laboral en el ámbito de labor de enfermería, existiendo algunos riesgos que son fácilmente reconocidos por los/as trabajadores/as como productores de daños a la salud, como la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas y a radiaciones ionizantes. Existen otros tipos de riesgos que tiene que ver con el paciente como objeto de trabajo, que constituye una carga mental por el contacto con la enfermedad,

el sufrimiento y la muerte; a esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna (Borges Romero, 1998). En el contexto de la pandemia la profesión de Enfermería mostró su rol insustituible dentro de la esencialidad. Siendo los profesionales que mantuvieron el mayor contacto con los pacientes en situación de aislamiento total, constituyendo un riesgo físico y psicológico por la carga emotiva del miedo al contagio y ser depositarios de la angustia, el miedo y sentimientos de desprotección y temor de los pacientes sin otro trato familiar/social.

El Síndrome de Burnout está presente en los/as trabajadores/as de salud identificado a través de sus manifestaciones, comienza por vislumbrarse cuando el trabajo se convierte en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción (Martínez Selva, 2004). En un reciente estudio realizado en Rosario, Santa Fe da cuenta de las graves consecuencias que produce, tanto al propio individuo en lo físico y psíquico como en su desempeño laboral, afectando a las instituciones, y para los pacientes que se atienden en este contexto, lo que hace que el Burnout se transforme en un riesgo para la salud pública (Lavatti, 2019). En la provincia de Chubut a partir de la celebración del Convenio Colectivo de Trabajo con el sector de salud se lograron grandes avances por parte de los/as trabajadores/as sobre su situación laboral. La jornada laboral de 6 horas, la reubicación escalafonaria por antigüedad, formación, tareas desarrolladas y ocupación jerárquica, aunque continúan adeudando ítem mencionados y desarrollar mecanismos para que los reconocimientos sean más expeditivos.

La preocupación por la situación económica es manifestada por todos los/as informantes claves durante las entrevistas. La pérdida del poder adquisitivo de la remuneración, la falta de paritarias y su real aplicación para contrarrestar los embates inflacionarios sobre la realidad de la economía doméstica de los/as trabajadores/as suponen una preocupación real constante. Como se enfatizó anteriormente, la pandemia vino a profundizar una crisis política, económica y social reinante en la provincia de Chubut y a nivel país. En el informe "Radiografía de la pobreza: quienes son los más afectados por la crisis de la pandemia" se encuentran datos estadísticos que muestran la situación del país siendo la región patagónica una de las más afectadas, donde se plasma un valor de \$ 43.798 para la canasta básica total

acrecentamiento la brecha al ingreso medio de las familias. Afecta especialmente a los hogares monomarentales, parejas jóvenes y familias extendidas con hijos/as, a los que el cambio en la dinámica social le provocó la baja del ingreso por imposibilidad de trabajar, pérdida total de la fuente de empleo y una carga de cuidados duplicada, que exacerba las desigualdades de género (Langou et al., 2020). Tomando los montos presentados y considerando que un ingresante como enfermero/a profesional en la Provincia de Chubut tiene un básico de \$ 42.203, valores a enero del presente, ya que las cláusulas gatillos homologadas en paritarias 2019 no se aplicaron de manera efectiva. La suma percibida solo es incrementada por el adicional por zona, el título y la antigüedad, siendo los demás ítems inherentes a la actividad particular (turno rotativo, franco móvil, etc.) solo percibida por algunos agentes. Ésta aproximación pretende poner en números la difícil realidad que atraviesan los/as trabajadores/as en general durante éste periodo, más aún, sabiendo que el costo de vida en la zona patagónica difiere de las mediciones nacionales incrementando notablemente la diferencia entre los haberes percibidos y el costo de vida diario de un grupo familiar. Según Herrera, miembro del Observatorio de la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, las cifras locales no coinciden con las del Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y una familia tipo de matrimonio y dos hijos menores necesita \$ 69.000 para cubrir la canasta básica y superar la línea de pobreza (Herrera, 2020).

Continuando con lo observado y manifestado por los/as informantes se identifican ciertos puntos álgidos en el contexto de los estresores psicosociales. Existe una naturalización en la aceptación de la violencia como parte integrante del trabajo de enfermería y un sentimiento general de falta de reconocimiento profesional y económico. A pesar de ser reconocida como profesión, la Enfermería, carga una importante subvaloración, desvirtuación de tareas, la falta de reconocimiento externo e interno (del propio colectivo profesional) y el escaso rédito económico por la labor realizada.

Estar en contacto directo con la enfermedad, el enfermo, su familia y amigos, implica tener capacidad para adoptar una actitud no evitativa ni negadora, sino lograr una integración de emociones, cogniciones y conductas que preserven y respeten la esencia del rol profesional (Lavatti, 2019). La violencia como parte inevitable de este contacto, siendo un gran estresor, debe ser trabajada. Se sabe que la exposición a factores de riesgo psicosocial de los enfermeros/as es real y no modificable

totalmente, constituyendo una fuente de estrés en dosis nocivas sostenida a través del tiempo. En concreto no se manifiesta a través de la depresión o las enfermedades psicosomáticas (en un principio) pero es un factor agregado a variables como excesiva carga de trabajo, falta de control y autonomía profesional, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía y el bajo reconocimiento de la actividad que supone, de por sí, una demanda emocional importante por la prestación de servicios humanos. Todo este factor sin un tratamiento adecuado puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico con el consecuente daño para la salud del trabajador y la trabajadora (Lavatti, 2019).

Cuando se pide visibilizar, se habla de ponerle cara y voz a cuestiones de la vida cotidiana que se configuran en discriminación, violencia, relegamiento, hostigamiento, acoso, y tantos otros conceptos “naturalizados” pero activamente padecido por las personas. En Argentina se comenzó a poner nombre a las leyes, lamentablemente, de quienes hoy no tienen voz para reclamar. La “Ley Micaela” se designa en conmemoración de la joven Micaela García, entrerriana de 21 años víctima de femicidio. Promulgada el 10 de enero de 2019 establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, a través de procesos de formación integral, los cuales aporten a la adquisición de herramientas que permitan identificar las desigualdades de género y elaborar estrategias para su erradicación. El fin último y global de la ley es transmitir herramientas y (de)construir sentidos comunes, que cuestionen la desigualdad y la discriminación, y transformen las prácticas concretas de cada cosa que hacemos, cada trámite, cada intervención, cada proyecto de ley y, en definitiva, cada una de las políticas públicas que deben contar con una perspectiva de género en clave transversal, es decir, en todo el Estado (Portal oficial del Estado Argentino, 2021).

Es una ley substancial y sería importante su efectiva aplicación en todas las instituciones, al menos públicas, del territorio argentino. En la misma línea, a partir de la pandemia y de los padecimientos de los/as trabajadores/as de salud se sanciona la “Ley Silvio” como homenaje al primer trabajador de ésta área fallecido a causa del COVID – 19 siendo su denominación “Programa de Protección al Personal de la Salud” cuyo objetivo son tomar medidas encaminadas a la protección del personal

sanitario que cumple con actividades y servicios esenciales durante la actual emergencia sanitaria (East, Laurence, & López Mourelo, 2020), de esto poco se ve reflejado en la realidad de los/as enfermeros/as que trabajan en el Hospital Rural Dolavon.

RECOMENDACIONES

Las medidas que se creen importantes tomar exceden al ámbito institucional y local, por lo que se decide separar las recomendaciones en lo referente a cambios que se pueden implementar dentro del servicio, a nivel institucional, a nivel organizacional desde el Ministerio de Salud de la Provincia y, sobre todo, una modificación de la legislación para un adecuado reconocimiento y tratamiento de los riesgos laborales de tipo psicosociales.

En el Servicio de Enfermería del efector analizado se identifica como problemática la comunicación en línea jerárquica, la naturalización de conductas y situaciones que resultan ser estresantes psicosociales y la escasa capacitación permanente teniendo en cuenta que una amplia mayoría de los/as enfermeros/as son profesionales y licenciados, teniendo en cuenta la complejidad de atención que resulta limitada al amplio campo de acción de un/a enfermero/a, por lo que se propone:

- Ateneos formativos en diversas esferas del cuidado de Enfermería para “refrescar” conocimientos y obtener seguridad a la hora de realizar los procedimientos permite disminuir la ansiedad y la posibilidad de cometer errores
- Reuniones de equipo interdisciplinar para plantear los malestares, exteriorizar sentimientos y analizar soluciones permite desocultar cuestiones que se dan por normales o se niegan para tratarlas a través del intercambio con los compañeros/colegas
- Normalización de procedimientos permite respaldo y seguridad a la hora de poner en práctica acciones técnicas que involucren el uso de tecnología y/o elementos
- Designación de equipos o grupos responsables de ciertas tareas para asegurar su efectivo cumplimiento y evitar malestar en el grupo por desorganización o faltantes evitables
- Pases de sala en la habitación del paciente para seguir un plan de cuidado diagramado con el objetivo de brindar atenciones continuadas y efectivas

El Hospital Rural Dolavon como única organización que presta servicios de salud en la localidad es depositaria de una responsabilidad social comunitaria importante por lo que se cree importante pueda responder de manera adecuada y

adaptarse a la realidad del crecimiento demográfico local y el cambio en la idiosincrasia de la comunidad que demanda una atención de calidad y con mayor complejidad. Para toda mejora es necesario que el recurso humano trabaje de forma segura con un buen ambiente laboral para lo que se plantea:

- Provisión de los todos los elementos necesarios para un trabajo seguro
- Actuar sobre las CyMAT fácilmente modificables
- Reuniones intersectoriales periódicas para plantear necesidades y crear soluciones y/o alternativas viables con los recursos existentes
- Organizar actividades de recreación que involucren al personal de diferentes áreas con el fin de generar lazos entre los diferentes servicios para un trabajo efectivo y mancomunado
- Comunicación activa en orden jerárquico ascendente y descendente con el fin de organizar el trabajo y lograr un cumplimiento efectivo respetando los derechos/deberes de las partes
- Pedir la colaboración de profesional de área de Seguridad e Higiene para realizar una restructuración de la modalidad en cuanto al mantenimiento y limpieza de la institución
- Apoyo psicológico individual/colectivo para el personal
- Capacitar a todo el personal en trabajo con visión de género como grupo humano capaz de replicar socialmente y modificar conductas arraigadas. Implementación de la “Ley Micaela”

Este punto resulta crucial porque el mayor generador de estrés laboral manifestado en la actualidad por los/as enfermeros/as resulta ser su propio empleador. El Gobierno de la Provincia de Chubut a través de su Ministerio de Salud deben dar respuesta efectiva a los/as trabajadores/as por los incumplimientos que vienen presentando, a través de:

- Modificación de los organigramas de los hospitales rurales de acuerdo a la realidad y necesidad actual
- Pago en tiempo y forma al personal sanitario
- Respetar el Convenio Colectivo de Trabajo en cuanto a recategorizaciones por promoción trienal, formación y cargo jerárquico
- Asegurarse que los puestos jerárquicos sean concursados para tener personal idóneo y capacitado para el manejo de personal

- Información y capacitación en la prevención y/o control de los riesgos laborales para lograr una disminución de las problemáticas de salud asociadas y que el personal trabaje con mayor seguridad
- Control efectivo de las CyMAT
- Provisión de recursos (humanos y materiales) para asegurar condiciones adecuadas de trabajo y controlar los factores de riesgo laborales modificables
- Sistema de incentivos para el personal en base al rendimiento, a la formación continua, a la presentación de proyectos a implementar para mejorar algún aspecto del quehacer profesional, etc. Permite que el/la trabajador/a se sienta reconocido y motivado a mejorar su desempeño
- Implementación de sistemas de becas y pasantías en instituciones de mayor complejidad para hacerse de un cuerpo de conocimiento teórico/práctico en áreas que no posee la institución donde labora el trabajador

A nivel Nacional se necesita que los profesionales de Enfermería cuenten con una Ley que los agrupe a todos y refleje los derechos básicos, actualizados y contextualizados para minimizar la inequidad existente entre los diferentes sistemas convivientes que producen fragmentación y división dentro de la profesión, a través de:

- Modificación, actualización y reglamentación de la Ley de Enfermería en base a la realidad regente
- Definir como tareas de riesgo a las desarrolladas por Enfermería en instituciones sanitarias que cuentan con servicio de atención de urgencias e internación (mínimamente)
- Implementación de licencias extraordinarias para contrarrestar los riesgos de tipo psicosociales y la exposición no controlada a los mismos
- Aplicación efectiva de la “Ley Silvio” en todo el territorio nacional
- Reconocimiento de Estrés laboral y el Síndrome de Burnout como enfermedades profesionales en las áreas de salud asistencial

Buscando un manejo integral y articulado entre todos los organismos intervinientes se pretende lograr un ámbito laboral sobre el que se apliquen acciones tendientes a disminuir y/o erradicar los riesgos laborales controlables y reconocer

fehacientemente la existencia de riesgos laborales no controlables que demandan legislar al respecto, para su examen estableciendo conductas para que no repercutan en la salud de los/as trabajadores/as.

Los/as trabajadores/as de enfermería se encuentran constantemente expuestos a riesgos laborales diversos. Ampliamente demostrada la imposibilidad de controlar los riesgos laborales de tipo psicosociales en el desempeño de la profesión resulta imperioso el efectivo reconocimiento de los mismos. El constante contacto con el paciente enfermo que genera sufrimiento psíquico en el/la trabajador/a configura una presión extra observándose más acentuada en contexto de pandemia, donde el/la enfermeros/a se convierte en sostén del usuario aislado del entorno, privado de los sistemas de apoyo emocionales y espirituales, dentro de un sistema de salud colapsado, además sufriendo el miedo al contagio que pone en riesgo la propia vida y la de su familia. Conclusión del trabajo es la falta de reconocimiento que sufren los/as enfermeros/as por la escasa participación en la toma de decisiones dentro de los equipos interdisciplinarios y la paupérrima remuneración que se traduce en la necesidad de trabajar en dos instituciones o realizar recargas horarias. Situaciones que se configuran en claros estresores laborales sin perspectiva de cambios positivos por la situación actual de la provincia independientemente de un contexto desfavorable a nivel mundial por la pandemia de COVID – 19 que marcó un quiebre social, político y económico y puso de manifiesto la esencialidad y lo irremplazable del trabajo de los/as enfermeros/as.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceituno, D., González, M., & Robledo, J. (2013). *Salud Ocupacional de los enfermeros psiquiátricos del Hospital "El Sauce"*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas.
- Acevedo, G., Sánchez, J., Farías, M., & Fernández, A. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & Trabajo en www.cienciaytrabajo.cl*, 140-147.
- Achilli, E. L. (2001). *Módulo III: Metodología y Técnica de la Investigación*. Córdoba: Programa de Formación Docente en Investigación; Ministerio de Educación; República Argentina.
- Alonso, G., & Di Costa, V. (2011). *Cambios y continuidades en la política social argentina. 2003-2010*. Obtenido de VI Congreso Argentino de Administración: http://www.asociacionag.org.ar/pdfcap/6/ALONSO_DI_COSTA.pdf
- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista especializada en Salud Pública. Vol. 76. N° 5*, 423-436.
- Ander Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Arito, S. (2001). El análisis organizacional e institucional como herramienta para la formación académica y la intervención profesional. *XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de trabajo Social*. Perú.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 11-35. Obtenido de Trabajo y Sociedad: <http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad>
- ATE. (s.f.). *Convenio Colectivo de Trabajo*. Rawson, Chubut.
- Avendaño, C., & Graud, P. (1997). Salud de las enfermeras chilena. Visibilizando riesgos. *Cuadernos mujer y salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe*, 92-97.
- Baigorria, M., Chandia, C., & Gómez, D. (2006). *Estrés profesional en el personal de Enfermería del área crítica del Hospital del Carmen*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.
- Batthyány, K. (2020). Covid - 19 y la crisis de los cuidados. En B. Bringel, & G. (. Pleyers, *Alerta Global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia* (pp. 363 - 366). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Bayón, F. (10 de abril de 2015). *Algo sobre la experiencia*. Obtenido de Mensaje en un blog: <https://www.eoi.es/blogs/fernandobayon>

- Beccaria, L., & Galin, P. (2002). *Regulaciones laborales en Argentina. Evaluaciones y propuestas*. Buenos Aires: Fundación OSDE - CIEPP.
- Belluck, P. (2 de Julio de 2020). *The New York Times*. Obtenido de Así es la recuperación para muchos de los sobrevivientes de la COVID-19: <https://www.nytimes.com/>
- Borges Romero, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de los trabajadores*. Vol. 6 Nro. 2, 113-119.
- Carrion García, M., López Barón, F., & Alpuente Abelló, L. (2010). Estudio cualitativo sobre factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería (Catalunya-España). *Waxapa3*, 27-34.
- Castells, M. (2002). *Prólogo: La red y el yo, en La Era de la Información*. Distrito Federal, México: Siglo XXI Editores.
- Cattani, A. (2017). La Argentina con un sistema de salud "segmentado y fragmentado", según la OMS. *El Entre Ríos*.
- CeaD'Ancona, M. Á. (1999). *La metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Normas APA, séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. <https://www2.javerianacali.edu.co/centro-escritura/recursos/manualde-normas-apa-septima-edicion#gsc.tab=0%C2%A0>
- Coronavirus. Una huelga de médicos eleva la tensión política en Chubut: el Gobierno prometió que pagará los salarios atrasados esta semana (16 de Noviembre de 2020). *infobae*. Obtenido de: <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/09/16/una-huelga-de-medicos-eleva-la-tension-politica-en-chubut-el-gobierno-prometio-que-pagara-los-salarios-atrasados-esta-semana/>
- Costa, J. M. (20 de mayo de 2020). Coronavirus: cada dos horas se contagia un profesional de la salud en la ciudad o la provincia de Buenos Aires. *La Nación*.
- Crisis en Chubut: Trabajadores de la salud salen a cortar rutas (15 de septiembre de 2020). *El Diario*. Obtenido de <https://www.eldiarioweb.com/>
- Dalri, R., Silva, L., Mendes, A., & Robazzi, M. (diciembre de 2014). *Revista Latino-Americana. Enfermagem*. Obtenido de Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, nº 25.
- De la Garza, E. (1999). ¿Fin del trabajo o trabajo sin fin? En J. J. Castillo, *El trabajo del futuro*. Madrid: Complutense.

- De Marchi Barcellos Dalri, R., da Silva, L., Oliveira Cruz Mendes, A. M., & do Carmo Cruz Robazzi, M. L. (2014). Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 959-965.
- Díaz Araya, S. (2007). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004. *AMC. Acta Médica Costarricense*, vol 49 (2), 107-110.
- Díaz Langou, G., Kessler, G., della Paolera, C., & Karczmarczyk, M. (2020). Radiografía de la pobreza: quienes son los más afectados por la crisis de la pandemia. *CIPPEC*. Obtenido de: <https://www.cippec.org/>
- Domingues, J. M. (2020). Coronavirus, riesgo y cambio social. En B. Bringel, & G. Pleyers (ed), *Alerta Global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia* (pp. 41-51). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- East, S., Laurence, T., & López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: OIT ARGENTINA, ONU MUJERES ARGENTINA y UNFPA ARGENTINA.
- Espino, A., & Salvador, S. (2007). *Género y oportunidades laborales en el MERCOSUR. Elementos para un diagnóstico*. Santiago de Chile: OXFAM.
- Flores, P. (13 de agosto de 2020). Economía y Administración en la Sociedad de la Información. *Tecnología, conocimiento y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Virtual de Quilmes.
- Foucault. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A.
- Freud, S. (1992). *Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fundación Trauma. (19 de septiembre de 2020). *Fundación Trauma*. Obtenido de Curso P.A.R.E.S.: <http://cursos.fundaciontrauma.org.ar/cursopares/>
- Galíndez, L., & Rodríguez, Y. (2007). Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. *Salud de los Trabajadores*. Vol 15 N° 1, 67-69.
- Gallegos García, J. (2009). *Discriminación de género en la profesión de Enfermería*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- García Moran, M. d., & Gil Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales. *Revista de Psicología*. Universidad de Lima, 11-30.
- Garrefa, G. (2004). *Análisis del diseño y funcionamiento de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas.

- Gastal Otero, J. (2003). *Riesgos laborales del personal sanitario*. Madrid: McGraw-Hill.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Guber, R. (2005). *La etnografía. Método, campo y flexibilidad*. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Gutiérrez, B. (12 de abril de 2019). *Efectos del paciente en estado crítico en la salud psicosocial del personal de enfermería de la Unidad Médica de Urgencias*. Obtenido de Repositorio Digital Institucional. Universidad Nacional del Comahue: <http://www.rdi.uncoma.edu.ar/>
- Herrera, C. (8 de octubre de 2020). Cómo evitar ser pobre en Comodoro: la canasta básica ronda los 70 mil pesos. *El extremo sur*. <https://www.elextremosur.com/nota/26789-como-evitar-ser-pobre-en-comodoro-la-canasta-basica-ronda-los-70-mil-pesos/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020). Obtenido de <https://www.indec.gob.ar/>
- Jiménez Paneque, R., & Pavés Carvajal, J. (2015). Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. *MedWare*, 15-17.
- Jiménez, C., Orozco, M., & Caliz, N. (2017). Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 20(1), 23-32.
- Lacan, J. (1963). *Seminario 10: La angustia*. Buenos aires: Traducción para Escuela Freudiana.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. *Aloma. Revista de Psicología*, num. 19, 87-122.
- Lavatti, A. (2019). *Síndrome de Burnout en profesionales de la Salud que se desempeñan en Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina*. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.
- López, S., & Capagna, V. (2015). Aportes para pensar la intervención profesional de trabajadores/as sociales en el campo de la salud: entre transformaciones y condiciones laborales. En M. Rozas Pagaza, & M. Gabrinetti, *El trabajo social en diferentes campos de intervención profesional* (pp. 61-77). La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Martínez López, J. (2004). *Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social*. México: UNIVERSIDAD MESOAMERICANA. Asesorías del Área de Investigación.
- Martínez Selva, J. M. (2004). *Estrés laboral. Guía para directivos y empleados*. Madrid: Prentice Hall.

- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés! Safeliz*, Madrid.
- Mellado, C. (2005). *Gestión de la Comunicación Interna en la Pequeña Empresa Industrial: un Análisis de los Procesos Organizacionales Clima y Liderazgo*. Obtenido de <http://www.razonypalabra.org.mx/>
- Mendicoa, G. E. (2003). *Sobre tesis y tesistas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Mengarelli, C., Bardach, A., Pichon-Riviere, A., Augustovski, F., García Martí, S., Alcaraz, A., & Ciapponi, A. (28 de abril de 2020). *Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria*. Obtenido de Esterilización y/o reuso de elementos de protección personal en la pandemia COVID-19.: <http://www.iecs.org.ar/>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut (2013). *Convenio Colectivo de Trabajo*. Rawson.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2021). *InfoLEG. Información Legislativa*. Obtenido de <http://www.servicios.infoleg.gob.ar/>
- Moreno Jiménez, B. (2001). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 4-19. Obtenido de Moreno Jiménez, Bernardo. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación* 33(2), 171-190.
- Neffa, J. C., Panigo, D., & Pérez, P. (2000). *Trabajo y sociedad*. Buenos Aires: Piette.
- Nowicki, R. (2015). La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista iberoamericana Educ. investi. Enferm.*, 63-69.
- OIT. *Organización Internacional del Trabajo*. (2019). Obtenido de <http://www.ilo.org/>
- Organización Mundial de la Salud*. (2019). Obtenido de OMS: <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud*. (mayo de 2020). Obtenido de Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19): <https://www.who.int/es/>
- Osorio, J. E., & Cárdenas Niño, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. Vol. 13, No. 1, 81-90.
- Palacios Ceña, D. (2007). La construcción moderna de la Enfermería. *Cultura de los cuidados*, 27-32.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo.

- Pasos de Oliveira, R., & Oliveira Nunes, M. (2008). *Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual*. Obtenido de Saúde e Sociedade: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/04.pdf>.
- Pastorino, M. (2007). *Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud*. Obtenido de Biblioteca digital ESP. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: <http://www.bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/>
- Peiró Silla, J. M. (2001). El estrés laboral: Una perspectiva individual y colectiva. *Investigación administrativa*. Año 30. No. 88, 31-40.
- Peiró, J. M., & Prieto, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles de Psicólogo Vol 29 (1)*, 68-82.
- Pelegrina Cetran, H. (2002). Experiencia y vivencia. *Archivos de Psiquiatría*.
- Poder Judicial. Provincia de Chubut. (28 de diciembre de 2020). Obtenido de Dossier Legislativo. Emergencia Sanitaria. Covid - 19 Coronavirus: https://www.juschubut.gov.ar/images/Digesto_Chubut_COVID-28-5.pdf
- Portal oficial del Estado Argentino. (11 de febrero de 2021). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad: <https://www.argentina.gob.ar/generos>
- Portal Oficial Estado Argentino. (2020). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/>
- Preocupa la cifra de contagios de Covid-19 en el personal de salud (02 de mayo de 2020). *El Litoral*. Obtenido de <https://www.ellitoral.com/>
- Rich, M. (25 de marzo de 2020). *UNICEF*. Obtenido de Cómo pueden los adolescentes proteger su salud mental durante el brote de coronavirus (COVID-19): <https://www.unicef.org/es/>
- Riza García, M. (2002). Experiencia, vivencia y construcciones de identidades. *Fondo de Cultura Económica*, 231-235.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Tradición y Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Rodríguez, E., & Brunstein, L. (2012). *Glosario Temático de la Salud del Trabajador en el MERCOSUR*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Rojas Moreno E. N., & Navarro, D. N. (2006). *El sentido humano entre enfermera y paciente*. *Revista Ciencia y Cuidado*. 37-42
- Rozas Pagaza, M. (2015). Reinscribir la relación de la intervención profesional en trabajo social, la cuestión social y las políticas sociales. *Tend. Ret. ISSN 0122-9729. Vol. 20, No. 1*, 105-116.
- Sampieri, R. H., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL.

- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, vol. 3, núm. 1, 10-59.
- Sillas Gonzalez, D. E., & Jordán Jinez, M. L. (2011). *Autocuidado, elemento esencial en la práctica de Enfermería*. Revista Desarrollo Científico Enfermo. Vol. 19 N° 2, 67-69.
- Sorgentini, H. (2000). La recuperación de la experiencia histórica: Un comentario sobre E. P. Thompson. *Memoria académica. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata*, 53-80.
- Sosa, A. (2009). *Influencia del ejercicio de Enfermería en las relaciones sociales y personales de la Enfermera*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Sede Cruz Roja San Rafael.
- Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* 6, 275-293.
- Spinelli, H., Trotta, A., Guvel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrin, G., & Morales Castellón, Y. (2013). *La salud de los trabajadores de salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Suárez, J. M. (09 de noviembre de 2008). Carreras con género propio. (L. O. Coruña, Entrevistador)
- Taquiri Tabraj, J. M. (2017). *Percepción de riesgo psicosocial por el equipo de enfermería del centro quirúrgico del Hospital Rosalía Lavalle Morales Macedo "Hogar de la Madre" - 2017*. Obtenido de Alicia. Acceso libre a información científica para la innovación: <https://alicia.concytec.gob.pe/>
- Taylor, S. J., & Bogdam, R. (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- UGT. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. (2006). *Guía sobre el Síndrome de Quemado (Burnout)*. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.
- Ulloa, F. (1969). Análisis Psicoanalítico de las Instituciones. *Revista de Psicoanálisis* N° XXVI.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. España: Gedisa.

Wikipedia, La enciclopedia Libre. (31 de octubre de 2020). Obtenido de Dolavon:
<https://es.wikipedia.org/>

Williams, R. (2000). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.

Zúñiga Careaga, Y., & Paravic Klijn, T. (2009). *El género en el desarrollo de la enfermería*. Obtenido de Revista Cubana de Enfermería:
<http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>

ANEXOS

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado colega:

Encuadrado en la investigación “Experiencia de los/as enfermeros/as respecto al riesgo laboral psicosocial en el marco de la pandemia por COVID-19 en el Hospital Rural Dolavon, provincia de Chubut” para obtener el título de grado Licenciatura en Enfermería, se le solicita sea partícipe activo en calidad de informante.

La modalidad de participación se dará mediante una entrevista grabada de aproximadamente 20 minutos donde se realizarán 6 preguntas cerradas y 12 preguntas abiertas sobre la profesión en general y los riesgos psicosociales en específico. La información obtenida es de carácter confidencial y será utilizada únicamente a efectos de la mencionada investigación. Para individualizar la entrevista se utilizará su nombre y apellido, sus iniciales o un seudónimo indistintamente, según sea su preferencia. El estudio es con fines netamente académicos no representando riesgos ni beneficios de ningún tipo para los informantes.

Leídas las características descriptas anteriormente, recibiendo el pertinente asesoramiento por parte de la tesista y entendiendo las condiciones del estudio, YO

doy mi consentimiento para participar como informante de la investigación de la Enfermera Amanda Richards a realizarse en el Hospital Rural Dolavon entre agosto del año 2020 y febrero del 2021.

Lugar y fecha _____

Firma _____

Aclaración _____

GUÍA DE TEMAS PARA ENTREVISTA A LOS INFORMANTES

Hola...Estamos con..... en el día..... hora..... con el propósito de recabar datos para la investigación “Experiencia de los/as enfermeros/as respecto al riesgo laboral psicosocial en el marco de la pandemia por COVID-19 en el Hospital Rural Dolavon, provincia de Chubut” se le solicita su autorización para grabar esta entrevista como participe activo en calidad de informante. La información obtenida será utilizada con fines netamente académicos no representando riesgos ni beneficios de ningún tipo para usted.

¿Acepta ser entrevistado?

¿Desea ser identificado con nombre y apellido, iniciales o de forma anónima?

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Años de servicio
- 4) Estado civil
- 5) ¿Tiene hijos?
- 6) Formación académica
- 7) Organización del trabajo. Cuénteme cómo se organiza su trabajo respecto a los turnos y descansos (¿Turnos rotativos? ¿Franco móvil?) Siente que ésta dinámica afecta algún aspecto de su vida
- 8) Situación laboral. ¿Tiene otro empleo? ¿En la misma área? Cómo repercute en su vida
- 9) Problemas de salud relacionados al trabajo. Usted relaciona su trabajo con problemas de salud que padece o padeció. ¿Cuáles? ¿Tuvo asistencia?
- 10) Violencia. ¿Padece o padeció situaciones de violencia en el desarrollo de su profesión? Describa contexto y resolución
- 11) Estresantes laborales. Puede identificar y describir si considera que existen o existieron situaciones que identifique como estresantes en el desempeño de su labor. ¿Tuvo apoyo o asistencia para su tratamiento?
- 12) Riesgos laborales. Considera que se encuentra expuestos a riesgos laborales cuando desarrolla su labor. Describa

- 13) Riesgos psicosociales. Dentro de los riesgos laborales están los de tipo psicosocial, usted puede identificarlos en su profesión. ¿Los cree importantes? ¿Considera que tienen un adecuado tratamiento por parte de la institución y/u otros organismos?
- 14) ¿Sabe qué son las ART (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) y cuál es su función?
- 15) Describa cómo se siente respecto al tratamiento institucional de los riesgos laborales. ¿Se siente contenido y/o resguardado en su accionar diario ante éstos?
- 16) COVID – 19. Cuénteme si nota cambios en su trabajo a partir de la pandemia por COVID-19 ¿Qué sentimiento le produce la situación a nivel laboral?
- 17) Situación laboral. ¿Piensa que se debe mejorar la situación laboral de los enfermeros/as que trabajan en los hospitales públicos provinciales? ¿Cómo?
- 18) Cuénteme cómo se siente respecto a su profesión. ¿Se siente feliz, satisfecho y/o realizado como profesional de Enfermería? ¿Por qué?
Describa

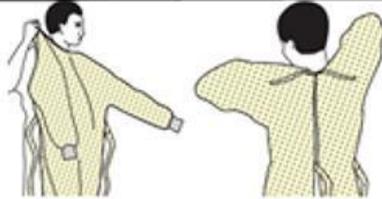
PASOS PARA LA CORRECTA COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EPP

1ro – Higiene de manos



2do - Camisolín

- No olvidar atarlo a la altura del cuello/hombros y cintura

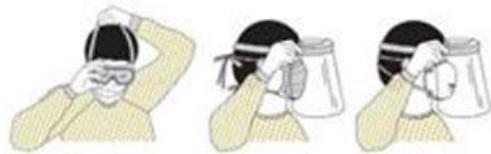


3ro - Barbijo común o filtro de partículas según el caso

- Colocación correcta
- Ajuste nasal
- Deslizar sobre el mentón
- Y chequear ajuste del barbijo



4ro - Gafas



5to – Guantes comunes

- Colocarlos sobre el camisolín

