

El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente

Juan Pablo Hudson¹

¹ Doctor en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Correo electrónico: juanpablohudson@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6243-4483>

Fecha de recepción: 16/09/2021. Fecha de aceptación: 02/11/2021.



El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente

RESUMEN

Este artículo presenta algunos de los hallazgos más relevantes de una investigación de corte cualitativo que incluyó quince entrevistas con trabajadores de la salud (médicos, médicas, kinesiólogos, kinesiólogas, enfermeras y enfermeros) que trabajan en áreas que atienden a enfermos y enfermas de Covid-19 en hospitales públicos y clínicas privadas de siete provincias de la Argentina. El objetivo fue relevar cuáles fueron las transformaciones en sus rutinas cotidianas, con un particular énfasis en las consecuencias que trajo aparejadas el surgimiento de nuevos riesgos laborales. La hipótesis principal afirma que, desde el surgimiento de la pandemia, el personal de salud —especialmente los que trabajan en las Unidades de Terapia Intensiva— comenzó a trabajar en un umbral de riesgo —es decir, en una relación cotidiana con una inminente o efectiva catástrofe sanitaria—, lo que provocó síntomas y padecimientos físicos y psicosociales aún en el caso de aquellas personas que contaban con una vasta trayectoria. Si algo se modificó intensamente ha sido la relación histórica con los pacientes y sus familiares, lo mismo que con sus compañeros y compañeras de trabajo, como consecuencia de la inédita contagiosidad de este virus y la permanente inclusión de nuevos protocolos de cuidado.

Palabras clave: Covid-19, personal de salud, riesgos del trabajo, emergencia permanente, protocolos de cuidado.

Health personnel in the pandemic: working at a permanent risk threshold

ABSTRACT

This article presents some of the most relevant findings of a qualitative research that included fifteen interviews with health workers (doctors, kinesiologists and nurses) who work in areas of care for patients with Covid-19 in public hospitals and private clinics in seven provinces of Argentina. The objective was to highlight the transformations in their daily routines, with a particular emphasis on the consequences that the emergence of new occupational risks brought. The main hypothesis states that since the emergence of the pandemic, health personnel, especially those working in the Intensive Care Units, began to work at a risk threshold. That is, in a daily relationship with an imminent or effective health catastrophe, which caused physical and psychosocial symptoms and sufferings even in the case of those that had a vast experience. If anything was intensely modified, it was the historical relationship with patients and their families, as well as with their co-workers, as a consequence of the unprecedented contagiousness of this virus and the permanent inclusion of new care protocols.

Keywords: Covid-19, health personnel, occupational risk, permanent emergency, care protocols.

1. INTRODUCCIÓN

El personal de salud es uno de los actores esenciales desde que se desató el coronavirus SARS-CoV-2 (desde ahora Covid-19) en el mundo. Nos referimos, en el caso de Argentina, a aquel que se emplea en el sector público y en el sector privado, con mayor protagonismo en el caso de quienes se desempeñan en las Unidades de Terapia Intensiva - UTI.

Desde el inicio de la pandemia hubo muestras de apoyo social a esa laboriosa y comprometida tarea de estos trabajadores y trabajadoras que, súbitamente, se enfrentaron con una carga laboral inédita en el contexto de una epidemia desconocida por la comunidad científica.

Al interior del sector salud se destacan tres profesiones en el tratamiento de la Covid-19, como los médicos, médicas, enfermeros, kinesiólogos y kinesiólogas, en especial los denominados intensivistas. En el país hay registrados oficialmente 182 189 médicos y médicas, así como 214 717 enfermeros y enfermeras (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). Hay 40,5 médicos y médicas y 52,19 enfermeras y enfermeros por cada 10 000 habitantes, superando los 23,3 que, según establece la Organización Mundial de la Salud - OMS, promedia en el resto de los países del continente. Sin embargo existen desigualdades notables entre las jurisdicciones. En la Ciudad de Buenos Aires - CABA se contabilizan 16,63 médicos o médicas cada mil habitantes, y en Misiones y en Chaco tan solo 1,81 y 1,94 respectivamente (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). Lo mismo ocurre en el caso de la distribución de enfermeros y enfermeras. En CABA existen 6,64 cada 1000 habitantes, y en Catamarca y Santiago del Estero 0,96 y 0,51, respectivamente.

En el caso de la kinesiólogía, no existen estadísticas oficiales sobre la cantidad existente en Argentina. Evidentemente se trata todavía de una profesión mayormente invisibilizada en el sector salud, aunque cuando se trate de una profesión fundamental en el tratamiento de patologías complejas como la Covid-19 (Busico, 2020). Vale mencionar, en este sentido, que recién en 1994 el Estado argentino reconoció a la kinesiólogía como profesión, a través de la Ley 24.317. Se trata, por cierto, de una carrera universitaria, con aval del Ministerio de Salud, y «es parte de las ofertas médicas del sistema oficial de atención de la salud (hospitales públicos), así como también en los programas de atención prepa» (Bordes, 2007, p. 93). En el caso específico del tratamiento de la Covid-19, la tarea de los kinesiólogos y kinesiólogas es esencial para:

- i) terapia ventilatoria, destinada a la evaluación, implementación y manejo de soportes ventilatorios como la ventilación mecánica (invasiva y no invasiva) [...];
- (ii) intervención kinesiológica respiratoria, a través de la aplicación de técnicas

instrumentales y no instrumentales que promueven la higiene bronquial y favorecen la ventilación y optimización del intercambio gaseoso a través de la posición prono, ya sea en pacientes vigiles o intubados [...]; (iii) intervención kinesiológica funcional, a través del fortalecimiento muscular y readaptación al esfuerzo físico, que le permite a los pacientes evitar atrofia muscular [...] (Damiani *et al.*, 2021, p. 70).

Este artículo es consecuencia de una investigación de corte estrictamente cualitativo sobre los efectos que trajo aparejados la emergencia y expansión del coronavirus en las labores, rutinas e imaginarios de los trabajadores y trabajadoras de la salud. Desde quienes cumplen funciones en las guardias, las Unidades de Febriles, las salas comunes y las UTI, el sector más drásticamente afectado y sobre el que realizaremos mayor hincapié. Como bien afirma Dwyer (en Panaia, 2008, p. 10):

acaso solamente con enfoques microsociológicos que analicen los aportes de la sociología del trabajo y muchos trabajos de campo que aseguren la aproximación al trabajo y al proceso de trabajo real, se pueda lograr una mayor sistematicidad de los aportes que la sociología, disciplina recientemente llegada al problema del riesgo, pueda hacer.

Si destacamos el valor de los trabajos de campo cualitativos durante la pandemia es porque desde su inicio hubo una sobreabundancia de estadísticas sobre contagiados, muertos, camas ocupadas en las UTI, etc. Coincidimos, en este sentido, con Dejours (2011, p. 4) cuando afirma que «el tratamiento “etiológico” del sufrimiento del trabajo obliga a que nos apoyemos en una teoría y en una práctica para la reconstrucción del trabajo colectivo y del *vivre-ensemble*. Esta teoría no podrá ser elaborada a partir de estudios cuantitativos sobre el estrés o la epidemiología». Por supuesto que valoramos los estudios cuantitativos pero nos parece indispensable estudios que muestren y analicen testimonios, historias de vida, situaciones narradas en detalle, para que una tragedia como la que estamos transitando no solo se reduzca a barras de porcentajes tan presentes en los medios de comunicación y en los trabajos académicos.

Para tal fin hemos realizado extensas entrevistas en profundidad —en forma presencial, y también de manera remota por razones geográficas y epidemiológicas— con quince trabajadores y trabajadoras de la salud de siete provincias argentinas (Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Tucumán, Chaco, Entre Ríos y Salta). El criterio geográfico fue contemplar lo ocurrido en tres distritos altamente poblados y con mayores presupuestos en materia de salud —Capital Federal, Rosario y Buenos Aires—, y también provincias más pequeñas (Tucumán, Chaco, Entre Ríos y Salta). Se entrevistó a siete médicos y médicas (cuatro de UTI y tres de salas comunes), cuatro enfermeros y enfermeras (dos de UTI y dos de salas

comunes) y cuatro kinesiólogos y kinesiólogas (todos de UTI). El objetivo fundamental fue reconstruir de manera minuciosa sus rutinas diarias desde que se inició la pandemia, con el fin de analizar los puntos de quiebre con sus jornadas laborales previas, las nuevas relaciones que se gestan con los pacientes, con los propios colegas, sus imágenes y escenas temidas en torno al virus, y finalmente cuáles son concretamente los principales riesgos físicos y psicosociales que han padecido.

De manera complementaria, recurrimos a fuentes secundarias publicadas desde el inicio de la pandemia sobre la situación del personal de salud. Entre las investigaciones basadas en encuestas, puede destacarse lo realizado por Malleville *et al.* (2020) desde el Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, en coordinación con la Secretaría de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social (2020). En sus relevamientos con el personal de salud se abordaron ocho ejes temáticos: (i) datos sociodemográficos; (ii) datos del lugar y el puesto de trabajo; (iii) tiempos y ritmos de trabajo habituales; (iv) cambios en los tiempos y ritmos; (v) cambios en la organización del trabajo; (vi) medio ambiente de trabajo y elementos de protección personal; (vii) dimensiones psicosociales del trabajo, y (viii) situación sociofamiliar y tareas de cuidado.

Se suma también un informe técnico elaborado por la OIT (East *et al.*, 2021) sobre la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina en el contexto de la Covid-19, en el que se enfatizan las condiciones de empleo y de vida de médicas y, sobre todo, de enfermeras. O trabajos de investigación sobre otros sectores específicos, como los trabajadores de la salud mental (Ardila-Gómez *et al.*, 2021), en los que se realizó una relevante cantidad de encuestas a psicólogos, psicólogas, psiquiatras, trabajadores y trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, enfermeras y enfermeros sobre su vida laboral desde que se desató la pandemia.

Un informe cuantitativo ambicioso fue el realizado por el Equipo de Investigación GPS Salud (Richaud de Minzi, 2020). Allí se encuestó a 809 trabajadores y trabajadoras de salud sobre ejes que también hemos abordado en nuestra investigación: (i) temor a contagiarse; (ii) temor a contagiar a seres queridos; (iii) equipamiento adecuado; (iv) sentimiento de estigmatización; (v) temor ante decisión de atención; (vi) clima laboral; (vii) grupo de contención en el lugar de trabajo; (viii) participación en grupo de contención, y (ix) contar con apoyo de personal de salud mental.

De ahora más nos centraremos en conceptos fundamentales para comprender los riesgos laborales, una dimensión central (no única) que hemos relevado en las entrevistas en profundidad. Anthony Giddens (1995, p. 152) separa los riesgos en institucionalizados y eventuales. Los riesgos institucionalizados «no son algo inci-

dental sino constitutivo de dichos sistemas». El ejemplo más claro es el sistema financiero, en donde el riesgo es una variable *sine qua non* y la clave principal de la valorización del capital. Ahora bien, Giddens (1995, p. 160) también advierte:

Los entornos de riesgo institucionalizado presentan ciertas situaciones en las que los individuos pueden preferir arriesgar algunos recursos escasos, incluida su vida (como sucede en los deportes peligrosos u otras actividades comparables). Sin embargo, la diferenciación entre riesgos asumidos voluntariamente y riesgos que afectan a la persona de manera menos buscada es con frecuencia difusa y no siempre corresponde, ni mucho menos, a la división entre entornos de riesgo extrínsecos e institucionalizados.

Los profesionales de la salud forman parte de un sistema institucional de riesgo. Las tareas realizadas por los y las médicos, los y las kinesiólogos y los y las enfermeros conllevan *per se* riesgos biológicos, como las lesiones percutáneas (pinchazos, cortes, rasguños), el contacto con membranas mucosas o piel no intacta (lesiones o dermatitis) de sangre, tejidos u otros fluidos corporales potencialmente contaminados (Chauque, 2021), a lo que se suman los riesgos de sufrir padecimientos psicosociales. La emergencia planetaria de la Covid-19 desdibujó, sin embargo, la frontera entre riesgos institucionalizados y eventuales: toda la población puede contagiarse, lo que no equivale a eliminar diferencias de clase, entre países, o entre regiones dentro de los países. Pero se trata de una pandemia que afecta a todos los individuos. De hecho, las estadísticas muestran que en países altamente desarrollados la cantidad de contagios y muertos fue quizás más alta que en países pobres.

En el caso específico del personal de salud, es necesario incluir el concepto de umbral de riesgo de Niklas Luhmann (1991). Más allá de cierto umbral —afirma este autor—, lo que adviene es una catástrofe. No es simple determinar con certeza ese umbral, pero en el caso de la Covid-19 las estadísticas sobre enfermos, muertos, camas de UTI ocupadas, etc., son abrumadoras y permiten fijarlo. En nuestra investigación, dicho concepto nos permitió elaborar una hipótesis: los trabajadores y trabajadoras de hospitales y clínicas comenzaron a cumplir sus funciones en un umbral de riesgo sanitario —es decir, siempre al límite de una catástrofe o directamente ingresando por tiempos determinados en condiciones catastróficas—, ya sea por un crecimiento inédito de la demanda en un contexto de restricciones materiales (falta de camas, de insumos, de respiradores artificiales, etc.) o por niveles demasiado altos de contagios del personal. Uno de los entrevistados, médico clínico del hospital Evita de Lanús, provincia de Buenos Aires, nos relató que la UTI en la que trabaja debió cerrarse porque el 100x100 de los trabajadores (incluido él mismo) se habían contagiado. A esto nos referimos con cruzar el umbral de riesgo y entrar en un período catastrófico.

Sumemos un concepto clave: el sentimiento de riesgo. Si consideramos indispensable hablar de sentimiento de riesgo² y no de riesgos a secas es porque nunca es posible separar entre riesgos reales e imaginarios. Se trata más bien de una amalgama difusa e indivisible entre riesgos objetivos y riesgos representados (ver Panaia, 2007, p. 17), con efectos muy concretos: reclusión doméstica, angustia, depresión, agorafobia, insomnio, etc. Esto no equivale a decir que la Covid-19 sea un riesgo imaginario. Tal como hemos afirmado, las estadísticas establecen con absoluta contundencia el peligro real, dramático, que conlleva contagiarse. Millones de personas han muerto por esta causa, y otras millones han padecido secuelas realmente graves. En enero de 2021, por solo mencionar un dato, el Ministerio de Salud (2021) comunicó que 68 516 trabajadores de salud en Argentina habían sido afectados por la Covid-19, de los cuales 419 habían perdido la vida. Pero, aun en este contexto, no existe la posibilidad de dividir con certeza en dónde empiezan los riesgos reales y los imaginarios.

Finalmente, incorporamos el concepto de «estado de excepción» (Agamben, 2003), utilizado por Agamben para comprender las respuestas estatales frente a este escenario de riesgo epidemiológico:

La otra cosa «...» es que el estado de excepción, al que los gobiernos nos han acostumbrado durante mucho tiempo, se ha convertido realmente en la condición normal. Han existido epidemias más graves en el pasado, pero nadie había pensado en declarar por esto un estado de emergencia como el actual, que nos impide incluso movernos.

Las hipótesis de Agamben desataron una intensa discusión. En Argentina, Silvio Waisbord (2020, p. 126), las considera como el resultado de «teorías conspirativas sobre la “invención” de la pandemia sin ofrecer pruebas», y agrega que «es difícil creer que los Estados necesitan generar pánico colectivo, como argumenta [Agamben], y que la pandemia sea un momento finamente planeado». En otros casos, se hace uso de las afirmaciones de Agamben para advertir que «esta crisis ha puesto también en evidencia que las aficiones controladoras del Estado son tangibles y no meras metáforas foucaultianas —se ve muchísima capacidad policíaca también en las poblaciones—, [por lo que] habrá que mitigar las tentaciones vigilantes» (Barrancos, 2020, p. 120). En este trabajo utilizaremos el concepto de «estado de emergencia permanente» para describir la situación laboral en los centros médicos privados y estatales.

En los próximos apartados analizaremos la situación específica del personal de salud. En el primero —«Trabajo intensivo»— nos concentraremos en los trabaja-

² La construcción del concepto «sentimiento de riesgo» está íntimamente ligado al sentimiento de inseguridad elaborado por Gabriel Kessler (2009).

dores y trabajadoras que cumplen funciones en las UTI. En el segundo —«Estado de emergencia»— abordaremos un problema específico: la reconfiguración de los vínculos entre trabajadores y pacientes como consecuencia de los nuevos y agobiantes protocolos puestos en marcha durante la pandemia. Y en el último apartado —«Psicopatología de la pandemia»— analizaremos cuáles son los principales riesgos psicosociales detectados en el personal de salud.

2. TRABAJO INTENSIVO

La inédita contagiosidad del virus demanda una rigurosa puesta en práctica de nuevos cuidados personales y el permanente rediseño de la infraestructura hospitalaria. De allí las diferencias que los profesionales establecen entre el sector privado y el sector público, lo mismo que entre ciudades y provincias, en todo lo que respecta a la posibilidad de contar con Equipos de Protección Personal (desde ahora EPP) adecuados y en cantidad suficiente, y también respecto de la capacidad de financiamiento de las obras de readecuación arquitectónica.

Por definición, los profesionales de las UTI se ocupan de los casos de mayor gravedad. Pero los intensivistas hacen hincapié en las drásticas consecuencias que trajo aparejada la masiva incorporación de EPP a partir de la Covid-19, lo mismo que la continua readecuación de los protocolos de intervención preexistentes. Veamos en extenso tres primeros relatos compartidos por una médica cardióloga, un kinesiólogo y una enfermera:

Entrás a la terapia y ahí sí te cambiás. Entonces te ponés todos los EPP, que son el camisolín, a veces botas o no, según cómo sean tus zapatos, la cofia, el barbijo N95, nos ponemos guantes y una máscara facial. Con eso entramos para hacer la revisión ordinaria. Adentro tenemos las precauciones de cambiarnos de guantes, lavarnos las manos, hay alcohol en gel. Desde hace dos semanas estamos trabajando con las UTI al 100 %. No todos ventilados, pero muchos ventilados. Pero el problema más cotidiano es el cansancio, el cansancio de tener la máscara, porque empezás a ver mal, se empieza a ceñir a la cabeza el barbijo, cosas que parecen una tontera pero eso cansa. Vos ves el primer paciente, evaluás, tenés que decidir cosas. Además la indicación es que cuando se entra en la UTI, tenés que estar el menor tiempo posible y disminuir las entradas. Ves el primer paciente, el segundo, el tercero. Le hago una ecopulmonar a todos los que puedo. Antes era a todos, ahora a los que puedo, porque llega un momento en que te empieza a doler la cara. Si alguna de las cintas del barbijo te está apretando el lóbulo de la oreja, te empieza a lastimar y te duele. Si de golpe te da sed porque hace calor, lo único que querés es salir. Y salir no es que vos agarrás y salís sino que el protocolo es más riguroso que el de entrada. Para salir, todo el protocolo está pegadito en la pared, todo lo que tenés que hacer. Esta semana, el lunes intubé a un paciente. El miércoles un compañero debió intubar a dos y yo lo asistí. Entonces para intubar tenés

que volver a salir: me vuelvo a vestir porque la intubación es un procedimiento con mucho riesgo, de los más peligrosos. Me tengo que poner otro camisón que se llama hidrorrepelente, también una gafa como las de snorkel, que te apretan, y encima la máscara facial. Entonces la limitación visual es muchísima y doble guante. Además la intubación es un procedimiento con cierta dificultad [...] al paciente lo tenés que intubar rápido o se muere. Esto lo viví: intubar sin ver, de tener que entrar a ayudar a un compañero que no pudo hacerlo, en medio de aerosolizaciones terribles (médica cardióloga, UTI del Hospital del Este, Banda del Río Salí, Tucumán, noviembre de 2020).

Trabajar con los EPP... Al principio justamente para hacer las cosas bien, porque todo lo desconocido da temor, íbamos de a dos. Entonces uno controlaba al otro cómo nos vestíamos y sobre todo cómo nos desvestíamos. Y eso era mucho más trabajo, era estresante. Ahora tenemos mucha más experiencia, tenemos más prácticas. Cuando hay mucho trabajo, ya entramos solos. El equipo es muy incómodo. Salimos con todas las caras marcadas, hay veces que te pusiste mal una cosa y te queda la oreja apretada y te duele porque te quedó muy apretada la cofia, o las antiparras, y te la tenés que aguantar. Pero, como todo, cuando te vas acostumbrando, aprendés a manejarlo mejor. Y ahora que se viene el verano, sentís más calor cuando pronamos³ pacientes. Vos pensá que rotamos pacientes de 45 kilos pero también rotamos pacientes de 140 kilos. Eso es un esfuerzo grande. El paciente, al estar tan sedado, no tiene posibilidades de colaborar con uno. Es un esfuerzo físico para el kinesiólogo. Con el tema de los EPP, tratamos que una vez que entramos, no salir y volver a entrar. Entrás y hacés todo lo que te corresponde hacer en tu horario. Incluso si te tenés que quedar un rato más, es mejor que salir y volver a entrar porque te lleva tiempo cambiarte (kinesiólogo, UTI, Hospital Dr. Bernardo Houssay, Vicente López, provincia de Buenos Aires, diciembre de 2020).

A lo primero era todo como muy difícil. Una decía: «Uy, esto te cansa». Es decir, cuando recién ingresábamos a los pacientes había que intubarlos, ponerles vía central. Hacerles todos los procedimientos invasivos nos llevaba dos horas de estar ahí adentro. Así que por momentos vos sentías que te ahogabas, como que te querías arrancar todo y tratabas mentalmente de calmarte y te decías: «Ya está, esto ya está, ya pasa». No veíamos nada, nos faltaba el aire. Pero una con el tiempo se va adaptando hasta hacer ciertos procedimientos que vos decís no pensé que lo iba a poder hacer con todo esto encima y viendo la mitad, de manera automática, como si tu mente ya supiera lo que está haciendo y no necesitara tanto ni ver ni palpar. Vos ya sabés anatómicamente que esta vía tiene que ir por acá, entonces como que te va saliendo, te vas adaptando a la situación de cómo trabajar con

³ La pronación refiere a la puesta boca debajo de los pacientes a los fines de lograr una mejora en la capacidad respiratoria. Así lo explica uno de los kinesiólogos entrevistados: «Cuando uno pone un paciente boca abajo los pulmones pierden el peso del corazón y se redistribuye mejor el aire en los pulmones. Tiene una mejoría en el aparato respiratorio muy significativa».

todo eso encima y ya las cosas fueron más llevaderas, más rápidas, más prácticas. En lo técnico uno se va adaptando. Ahora, cómo te adaptás psicológicamente o moralmente es otra cosa (enfermera, UTI, Hospital Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires, Junio de 2021).

De los testimonios podemos desagregar tres dimensiones. Primero, ahora se trata de hacer tareas que solían realizarse —intubaciones, colocación de vías centrales, pronaciones— con una nueva batería de EPP que provoca consecuencias físicas severas: calor, ahogos, mareos, dolores y principalmente falta de visión. Segundo, estas acciones debe ser realizadas a una velocidad mayor de la habitual por el riesgo que tienen los pacientes (una situación ya conocida por los intensivistas) pero también —esta es la mayor novedad— por el riesgo de sufrir contagios los propios profesionales en unidades densamente *aerosolizadas*. Antes, equivocarse o no llegar a tiempo ponía en riesgo la vida del paciente y eventualmente afectaba al profesional a través de contagios, heridas, etc. Ahora, con el surgimiento de la Covid-19, los riesgos se han intensificado y pueden incluir, dada su alta contagiosidad, a una cadena indiscernible de potenciales afectados (colegas, familiares, amigos, o cualquier persona con la que tengan contacto durante o después de la jornada laboral). Tercero, los minuciosos protocolos para cambiarse y para quitarse los EPP obligan ya no solo a permanecer e intervenir durante tiempos acotados sino a ingresar lo menos posible a las UTI, lo que reconfigura dramáticamente los vínculos entre profesionales y pacientes (volveremos sobre este punto esencial en el próximo apartado).

Veamos un nuevo caso que nos permitirá añadir otra dimensión:

Te voy a contar una experiencia particular. Yo tengo mucha experiencia en intubar, estoy en terapia intensiva desde el año 1994. Tengo muchos años y he intubado bastante. Pero la escafandra, la máscara, no tiene una buena definición, vos estás usando tu vista para ver el orificio de la tráquea como si fuera con una linternita, que es el laringoscopio, más los anteojos. Yo nunca tuve problemas, pero en una de estas intubaciones me pasó que uno de los barbijos se me desplazó y se me metió en el ojo. Y una vez que uno está en esta situación vos no podés tocarle la cara porque estás en el medio de una intubación, que es el momento de mayor aerosolización del virus y vos estás lo más cerca posible. Y esto tiene que ser rápido. Pero padecés el dolor de tener el barbijo incrustado en la córnea. Por suerte un compañero estaba cerca y se encargó de la intubación y yo tuve que ir afuera a descambiarme y sacarme el barbijo que tenía en el ojo. Este tipo de situaciones pasa constantemente con estos equipos de protección que antes no usábamos. Entonces cuando intubamos somos varios por si pasa algún imprevisto. Esto lo aprendimos ahora. Pero no es lo mismo cómo intubábamos antes de la pandemia y ahora (médico clínico, UTI Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, Buenos Aires, octubre de 2020).

El testimonio muestra que la experiencia laboral, dimensión clave en los intensivistas, es necesaria, pero ya no es garantía inequívoca de eficacia. Los nuevos protocolos de intervención, en el contexto de una aceleración vertiginosa de las tareas, generan una dinámica laboral plagada de dificultades aun para aquellos que cuentan con una vasta trayectoria. Sobre este último punto, compartimos el relato de una médica intensivista de un hospital en Rosario:

Una vez que estás cambiado, tenés que aprovechar para hacer todas las actividades porque si no te tenés que descambiar, que es todo un tema. Entonces aprovechás para hacer todo: sacar sangre, dar vueltas los pacientes, dar medicaciones y toda la actividad de la sala. Cuando salís, tenés que descambiarte y hay una técnica porque uno está contaminado con el virus. Bueno, primer te sacás el segundo par de guantes, después el barbijo tocando desde atrás y en el medio te tenés que higienizar con alcohol, después te sacás el camisolín traccionándolo desde atrás hacia delante para no tocar la parte de adelante porque hay una técnica, y por último te sacás la máscara facial que tenés que higienizar bien para dejarla que la use otro. Eso lo tenés que hacer cada vez que entrás y cada vez que salís y en una UTI es imposible no entrar y salir varias veces por guardia. Por más que vos lo monitorees desde tu sala porque nosotros tenemos pantallas en donde salen la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno; todas las variables que el paciente tiene nosotros la estamos viendo desde afuera. Y siempre vemos que hay una alteración y nos hace entrar nuevamente en la sala y nuevamente el cambio, el cambio y el cambio (médica, UTI, Hospital Provincial de Rosario, mayo de 2021).

Por un lado, aquello que surge es lo que denominaremos un oxímoron laboral del intensivista: no es recomendable ingresar constantemente para atender a pacientes que requieren atención constantemente. Esta contradicción genera tensiones y dilemas individuales e institucionales. A su vez, el cierre de este último testimonio («nuevamente el cambio, el cambio y el cambio») requiere una lectura más allá de su literalidad: refiere a instituciones y jornadas diarias en constante mutación.

Sobre las características específicas de los intensivistas, vale la pena el análisis que realiza un médico coordinador de una UTI-Covid en un hospital en Chaco:

El intensivista tiene otra estructura de pensamiento, otra estructura psicológica, porque antes de la pandemia se enfrentaba a problemas graves: lidiaba con pacientes que están entre la vida y la muerte. Es esta epidemia u otra epidemia o los heridos graves. Entonces todo eso al equipo de terapia siempre le llevó a endurecerse en cuanto al cansancio, tener mayor resistencia, porque está acostumbrado a trabajar grandes cantidades de horas bajo situaciones de estrés. Pero este virus vino y superó todo esto. Porque ahora tiene que ponerse los EPP que también vulneran algunas cosas de los médicos: les provocan más cansancio, más estrés, más discomfort. Y eso sí fue un problema porque fue vulnerando la capacidad de cansancio y

provocó agotamiento de los equipos de salud (Médico coordinador de UTI, Hospital Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, noviembre de 2020).

Sumemos un último testimonio en donde nuevamente aparecen los EPP como una fuente de estrés:

Sí, es complicado. Uno con el tiempo se fue acostumbrando porque parecemos astronautas con todo lo que tenemos puesto. El tema es cuando se empañan las antiparras. Cuando uno está trabajando mucho tiempo adentro, se empañan a empañar. Ahí es cuando hay más dificultad, cuando no vemos. Hay casos que cuando pasa eso es preferible salir y limpiar las antiparras. Pero hay que descambiarse todo y volverse a cambiar. A mí no me pasó muchas veces pero pasa. Uno se acostumbra. Se choca los pies porque el casco impide que bajes mucho la cabeza (kinesiólogo UTI, Hospital de Agudos D. Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires, diciembre de 2020).

A modo de síntesis parcial, decimos que en las UTI existen cuatro fuentes de nuevos padecimientos (y desafíos) laborales. El primero se vincula con la mayor carga de trabajo debido al ingreso permanente de contagiados graves. Segundo, el surgimiento de nuevas temporalidades en dos planos simultáneos: procurar la menor cantidad de ingresos en unidades que demanden cuidados permanentes e intervenir con la mayor velocidad posible. Tercero, las serias dificultades físicas derivadas de la incorporación de los EPP que trastornan la puesta en práctica de tareas complejas. Cuarto, los temores a sufrir contagios en un área en la que siempre se está atento a este problema, pero que ahora emerge con una intensidad inusitada, seguramente histórica, pues no solo puede implicar a los trabajadores sino a sus familias, colegas, etc.

En el próximo apartado retomaremos con meticulosidad una dimensión esbozada en un testimonio: la transformación en las relaciones entre pacientes y profesionales. Allí comprobaremos que estas nuevas temporalidades laborales y los EPP no solo provocan problemas físicos y psicosociales sino dilemas éticos y morales para el personal de salud.

3. EMERGENCIA PERMANENTE

Cuando surgen los primeros casos de Covid-19, el 20 de marzo de 2020 el Estado argentino emite el decreto 297/2020 que declara el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. A partir de esa fecha las personas debían

[...] abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, todo ello con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus [...] solo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos.

Los decretos se fueron sucediendo desde entonces a los fines de resguardar «la salud pública y los demás derechos subjetivos derivados, tales como la vida y la integridad física de las personas».

Evidentemente la vida social se vio alterada en todas sus dinámicas de funcionamiento, imponiendo restricciones en los contactos entre las personas (en los domicilios, espacios públicos, empleos, instituciones recreativas, educativas, etc.), que es la fuente principal de los contagios. Giorgio Agamben utilizó su tradicional concepto de «estado de excepción» (Agamben, 2007) para comprender las medidas de emergencia restrictivas tomadas en su país natal:

[...] se manifiesta una vez más la creciente tendencia a utilizar el estado de excepción como un paradigma normal de gobierno. El decreto-ley aprobado inmediatamente por el gobierno «por razones de higiene y seguridad pública» [resulta en una verdadera militarización] de los municipios y áreas en las que resulte positiva al menos una persona [...]. Una fórmula tan vaga e indeterminada permitirá extender rápidamente el estado de excepción a todas las regiones [...] (Agamben, 2020)⁴.

Preferimos, por el contrario, evitar ese concepto y el enfoque propuesto por el filósofo italiano por considerarlo demasiado conspirativo, lo que no niega que efectivamente la vida social e institucional ingresó en un estado de emergencia y excepcionalidad. En el caso de hospitales y clínicas, esa emergencia advino con una rigurosidad mayúscula por razones evidentes, imponiendo un proceso que llamaremos de «protocolización permanente». Es decir, una emisión constante de nuevas normativas con el fin de ir adaptando estas instituciones a las fluctuantes dinámicas que ha ido adquiriendo el virus y los conocimientos generados por la comunidad científica. Así lo resume una enfermera: «Es todo demasiado incierto, es como que nunca se termina de decir los parámetros son estos. No, no sabés, siempre cambian» (enfermera, Hospital San Bernardo, Salta, junio de 2021). Y también un kinesiólogo de Entre Ríos: «Porque nos estamos enfrentando a algo que antes no conocíamos. Y cinco o casi seis meses después aprendimos muchas cosas, pero todavía no lo necesario» (Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, junio de 2021).

En las entrevistas en profundidad se acepta que hay posibilidades de aprender, desde un punto de vista técnico, a intubar o colocar vías centrales bajo los nuevos protocolos que se renuevan regularmente. Pero la relación paciente-profesional se modifica drásticamente e inaugura dilemas que los afectan particularmente. Vamos a distinguir tres modificaciones en los vínculos interpersonales:

⁴ En Argentina hubo controversias en torno a la utilización del concepto *agambeniano* de «estado de excepción» para entender las medidas extraordinarias decretadas por el Poder Ejecutivo Nacional. Ver Fidanza (2020), Segato (2020), Palermo (2020) y Sztulwark (2020).

3.1. Relaciones afectivas

Empecemos con una hipótesis: la visión de médicos, médicas, enfermeros, enfermeras, kinesiólogos y kinesiólogas se encuentra limitada objetivamente por la incorporación de numerosos EPP, especialmente en el rostro (doble barbijo, antiparras, escafandras). Pero también se ve limitada esa visión en términos de reconocimiento del paciente debido a las dificultades para gestar vínculos afectivos, dialógicos, personalizados bajo las nuevas temporalidades que imponen la protocolización permanente. Veamos los siguientes testimonios para comprender la hipótesis:

Yo pienso que con todo esto se perdió mucho la sensibilidad paciente y profesional. Porque el paciente tiene que estar la mayor parte del tiempo solo y vos tenés que entrar la menor cantidad posible. Y hay pacientes que están lúcidos y quieren saber, quieren charlar con alguien. En la recorrida de antes [de la Covid-19], cuando el médico pasaba se quedaba hablando como una hora con el paciente, porque el paciente quiere saber qué le pasa, o le hace la entrevista; o con nosotros mismas, el paciente te cuenta cómo está y ahí te das cuenta si durmió bien, si está afligido por la familia, por él o por la enfermedad. Ahora se perdió el tacto y se perdieron los derechos de esos pacientes. (enfermera UTI, Hospital Ramón Carrillo, Ciudadela, Provincia de Buenos Aires, noviembre de 2020)

Tenés que estar el menor tiempo posible y disminuir las entradas. Algo que a nosotros no nos gusta. No estamos habituados a eso. Pero las reglas del juego ahora son otras. Habitualmente con un paciente de riesgo nos sentamos a la par, pero acá no, porque nos contagiamos, básicamente. Mayor tiempo de exposición, mayor posibilidad de contagio. Pero además no podríamos estar tanto tiempo con el equipo encima. Es cansador (médica cardióloga, UTI del Hospital del Este, Banda del Río Salí, Tucumán, noviembre de 2020).

En la UTI en épocas de no pandemia, en una sala de veinte pacientes, hay uno que necesita ser pronado porque está grave. Y es la *vedette* de la sala, es el que está más controlado, el que requiere mayor asistencia, mayor trabajo. Y ahora al 80 % hay que pronarlo. Es un trabajo bastante agotador. Constantemente requiere que uno esté pensando y analizando todos los detalles [...]. Pero hay que hacerlo rápidamente para no permanecer tanto en la sala (kinesiólogo UTI, Hospital de Agudos D. Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires).

Seguramente sean las enfermeras y enfermeros quienes más han sido afectados en este punto específico, porque son quienes asumen generalmente esas relaciones de mayor intimidad con los pacientes. De hecho, se trata de una ocupación con un alto nivel de feminización, con un 74 % del total en Argentina, al igual que otras ocupaciones vinculadas con el cuidado del otro, como ocurre en el caso de la educación o la atención de niños y ancianos (Azpiazu, 2017, Pereyra y Micha, 2015; Chauque e Iribarnegaray, 2020). Así lo resume una de las entrevistadas:

La enfermería tiene una mirada completamente distinta de la médica y se ven muchas de estas cuestiones, porque el paciente es un todo, no es solo lo físico, no es solo lo psíquico. Es un todo y en ese todo es un conjunto de ciertas necesidades que nosotros, como enfermeras, tenemos que tratar de suplir. Nosotras somos el intermediario muchas veces entre el médico y el paciente, porque al estar todo el tiempo con el paciente escuchándolo ya nos damos cuenta de cuáles son sus necesidades o por dónde vienen ciertas problemáticas de su salud, que el médico no conoce porque pasó solamente media hora por el sector. Y está bien, porque solo hay dos médicos para muchos pacientes (enfermera, UTI, Hospital Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires, junio de 2021).

La reconfiguración de los vínculos entre pacientes y profesionales de la salud no es propiedad exclusiva de las UTI. Se trata de un problema común a las diferentes áreas. Una de las entrevistadas es una médica pediatra de una sala-Covid:

Nosotros entramos una vez a la sala para revisarlos pero no estamos continuamente como era antes, tratamos de minimizar el riesgo. Los niños la mayoría son sanos, están medianamente bien, cursando en general un cuadro gripal leve. Entonces, cuando entramos, a pesar de que estemos todos camuflados y parezcamos una especie de astronautas, se ponen contentos. Los voluntarios nos regalaron una credencial con una foto nuestra y cada vez que entramos les mostramos cómo somos en realidad (médica pediatra, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, febrero de 2021).

Este último punto del testimonio resulta una síntesis de otro quiebre: ahora los médicos y médicas deben (de)mostrar cómo eran antes de la pandemia compartiendo una fotografía personal cuando entran a las salas. Una situación similar experimenta un médico:

A mí me molesta no poder expresarme con la cara en la relación con mis pacientes. Que no me vean la cara me molesta mucho. Nosotros, por ejemplo, hacemos procedimientos en consultorios externos como la extracción de un ácido base, que es pinchar una arteria que hay en la muñeca con una aguja que es muy pequeña. ¡Y hay que darle a una arteria, es muy difícil! Y cuando tenés que darle a la arteria con todos los EPP encima, es terrible. Pero te vas acostumbrando. Hay como una curva de práctica, vos podrías hacerlo hasta con un huevo en la cabeza, como un artista de circo. Pero hay cosas a las que no me puedo acostumbrar, que es esto de la cara. Ya no sé cómo mover los ojos para que sientan tranquilidad o entiendan un chiste o puedan relajarse (médico clínico, Hospital Intendente G. Carrasco, Rosario, Santa Fe, octubre de 2020).

Los EPP provocan una sensación de despersonalización a la hora del tratamiento de los pacientes. Un chiste habitual en las entrevistas con los trabajadores y trabajadoras es que empezaron a sentirse como «astronautas»: «Entonces cuando entramos

y estamos todos camuflados y parecemos una especie de astronautas» (médica pediatra, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, febrero de 2021). «Sí, es complicado. Uno con el tiempo se fue acostumbrando porque parecemos astronautas con todo lo que tenemos puesto» (kinesiólogo UTI, Hospital de Agudos D. Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires).

3.2. Relaciones con los familiares

Las familias, dada la situación de emergencia, no pueden visitar a los internados e internadas, salvo en situaciones extremas y bajo estrictos protocolos. Como veremos en el próximo testimonio, para el personal de salud se trata de una limitación que deriva en una carga emocional extra, lo que incluye preguntas morales y éticas, sobre todo en aquellos y aquellas que atienden a pacientes graves:

Yo viví una situación muy particular que me afectó mucho, me sentía moralmente una basura. Profesionalmente está bien lo que hago pero moralmente me siento mal con ser parte de esto. Había un paciente que estaba muy mal, ya lo habíamos pronado una vez, supinado otra, vuelto a pronar. Se le hizo todo. El señor estaba pronado y seguía saturando muchísimo. Entonces el médico dijo que venga la familia. Todavía no estaban estos protocolos nuevos que pueden pasar a verlos. Pero el médico dijo «los vamos a dejar pasar igual para que los vean desde afuera». Porque en el Hospital Carrillo tenemos habitaciones individuales con paredes de vidrio. Que lo miren desde ahí. Todo esto por fuera de lo que está permitido. Cuando llegaron, yo decía por dentro «qué feo tener que ver a tu papá, la última imagen que vas a tener pronado, lleno de cosas, colgado, con todos los aparatos». Cuando pasaron, uno de los hijos dijo: «¿Por qué tiene que estar ahí solo? ¿Por qué se tiene que morir solo?» [...]. Y yo tenía ganas de decirle: «Entren, entren, denle la mano». Era horrible. Y me quedé mal yo, me puse a llorar. Al otro día me quedé pensando en dónde quedaron los derechos de estos pacientes, porque los pacientes moribundos tienen un montón de derechos (enfermera UTI, Hospital Ramón Carrillo, Ciudadela, Provincia de Buenos Aires, noviembre de 2020).

Cuando yo le tengo que proponer al paciente que lo tengo que sedar para intubar, yo sé y él lo sabe: puede ser la última vez que nos veamos. Y yo le tengo que decir eso al familiar de alguna manera. Los pacientes tienen por primera vez en la historia teléfono en la terapia intensiva. Eso no se hace pero en este caso sí, porque tienen que tener un contacto. Yo hago que hablen con la excusa de que yo quiero hablar con ellos, pero es para que se puedan despedir. Y después les cuento a las familias. Eso es muy duro. Es tremendo. Encima llorar con todo el EPP es pésimo. Sí, me pasa de llorar y yo soy de las más duras, pero hay cosas que te pueden. Y encima ahora como la familia no puede acercarse al hospital por el riesgo a contagiarse, uno no tiene esa relación cara a cara para darle el parte médico. Entonces es por teléfono en un horario. Si vos me preguntás a mí qué es lo peor de todo esto, no te voy a decir que es la intubación y todos los pro-

cesos difíciles: es avisarle a la familia o al paciente que lo voy a intubar, o dar los partes. Porque, además, tenemos una mortalidad alta (médica cardióloga, UTI del Hospital del Este, Banda del Río Salí, Tucumán, noviembre de 2020).

La protocolización permanente en el contexto de emergencia provoca una compartimentación de tres actores que, en tiempos previos a la Covid-19, cooperaban entre sí: profesionales, pacientes y familiares. Así lo explican Malleville y Bostal (2017, p. 361) en sus estudios sobre los trabajadores de la salud:

Las ocupaciones ligadas al sector servicios, como es el caso de la prestación en salud, se caracterizan, principalmente, por la movilización de conocimientos y habilidades relacionales y afectivas fruto del contacto directo y cotidiano con pacientes y allegados a los mismos (78,8 % de los trabajadores encuestados está en contacto directo con el público, de ese porcentaje un 84 % lo hace de forma directa).

Esto se rompe con la pandemia y no se trata únicamente de un problema de comunicación sino de un distanciamiento obligado que afecta el tratamiento mismo de los pacientes que atraviesan la enfermedad mayormente en soledad, es decir, sin apoyos presenciales. Pero también a los familiares que, en ciertos períodos, ni siquiera podían despedirse de sus seres más cercanos. En el caso del personal de salud, lo presentado en el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2013, p. 116) en hospitales públicos muestra que «al preguntar sobre “¿qué equipamiento y/o herramienta identifica como parte de su propio trabajo cotidiano?”, los trabajadores con funciones asistenciales destacaron la importancia del diálogo con pacientes o con compañeros (tecnologías blandas) como principales herramientas de trabajo». Es decir que esa distancia —con los pacientes y familiares— afecta la tarea diaria y redundante en dificultades emocionales («Encima llorar con el EPP es pésimo») y en autocuestionamientos morales y éticos («me sentía moralmente una basura»).

3.3. Pacientes comunes

La adaptación de las instituciones de salud afecta también las relaciones con los pacientes no Covid en la medida, en que se prioriza a los afectados (potenciales y confirmados) por la pandemia. Allí emerge otro tipo de dilemas para el personal de salud:

El elemento que a nosotros más nos jodía era la dificultad en el acceso a ver a los enfermos crónicos no Covid. Nuestro equipo tiene como característica el acompañamiento para que te hagas tal estudio a tiempo, se lo gestionás, lo acompañás. Todos estos estudios estaban disponibles, pero nosotros no estábamos disponibles. Y la gente no llegaba por eso. Porque los pacientes crónicos no dejaron de

venir en el principio de la pandemia, allá por marzo, abril, mayo, junio de 2020. Recién en julio hubo un atisbo de preocupación y se alejaron. Pero hasta ese momento seguían viniendo. Fue ahí cuando observamos que nuestros pacientes habituales de consultorios externos, los viejos pacientes crónicos, empezaban a descompensarse y a tener su cuadro clínico mucho más agravado. Entonces, dijimos: «estamos esperando a que venga la hecatombe pero los muertos van a venir por este lado» (médico clínico, Hospital Intendente G. Carrasco, Rosario, Santa Fe, octubre de 2020).

La relación con los pacientes que tienen otras patologías crónicas fue complicada en el comienzo, porque de repente empezaron a vernos con los mamelucos, tipo astronautas, y en el contexto de una institución que se había modificado bastante, que tenía otros ingresos, una carpa en la puerta, una unidad de febriles y demás y ellos tratando de hacerse atender. Y ojo porque muchos no venían al principio por temor y nosotros que tampoco sabíamos muy bien cómo desdoblarnos. Fue un quilombo esa parte de la pandemia (enfermera, UTI, Hospital Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires, junio de 2021).

Estas diferentes dificultades en la construcción de vínculos provocan, tal como vimos, dilemas morales que derivan en estrés, cansancio, frustración, y también (esto hay que destacarlo) en la invención de nuevos métodos situacionales, contruidos en medio de la emergencia.

En el apartado final analizaremos con mayor detenimiento cuáles son las consecuencias psicosociales de desarrollar tareas en espacios de trabajo inmersos en una emergencia permanente.

4. PSICOPATOLOGÍA DE LA PANDEMIA

Julio Neffa (2015) afirma que los riesgos psicosociales se relacionan con la excesiva demanda psicológica en los espacios de trabajo. Puntualmente:

[...] la cantidad, el ritmo y la intensidad del trabajo que determinan la carga psíquica, mental y global de trabajo, la duración del tiempo de trabajo y su configuración, la complejidad de la actividad que implica el uso de sus recursos y competencias para hacer un trabajo exigente asumiendo responsabilidades. Esto conlleva asumir riesgos para resolver problemas no previstos por los conceptores o evaluar consignas contradictorias y tener que hacer frente a incidentes imprevistos o interrupciones no programadas que perturban la tarea y la retrasan. Esta dimensión acentúa la carga mental del trabajo y los esfuerzos cognitivos para concentrar la atención, procesar la información captada por los sentidos, identificar las diversas alternativas y adoptar decisiones (Neffa, 2015, p. 123).

El personal de salud, en especial en las UTI, siempre está sometido a riesgos psicosociales. Sin embargo, en el apartado anterior afirmamos que la pandemia desató un estado de emergencia permanente institucional. Los imprevistos, los cambios, las catástrofes, pierden su condición de excepcionales y devienen cotidianos. Por eso la continua protocolización puesta en marcha para ir adaptando a las instituciones de salud. En la cita anterior, Neffa ubica como fuente de riesgos tener que «resolver problemas no previstos [...], incidentes imprevistos o interrupciones no programadas que perturban la tarea... y acentúan la carga mental del trabajo [...]». En este sentido, Alicia Danet Danet (2020, p. 450) afirma que, bajo las condiciones que impuso esta pandemia, el personal de salud tuvo severos padecimientos psicosociales a pesar de la experiencia acumulada:

Pese a contar con una identidad social y profesional basada en la experiencia y la preparación para sobrellevar exigencias emocionales y cognitivas intensas —personalidad resistente o dureza—, la falta de información, previsión y protocolos estables de actuación pudo conllevar desmotivación y problemas de salud mental, como mayor nivel de estrés, ansiedad o depresión

Nuestro trabajo de campo nos permitió establecer una tipología de este tipo de situaciones, cada una asociada a diferentes etapas de la evolución de la pandemia. Elegimos las tres que más se reiteraron en los relatos de los trabajadores y trabajadoras entrevistados: (i) ansiedad por sobreinformación; (ii) cuidado del otro, y (iii) el hospital a cuestas.

4.1. Ansiedad por sobreinformación

En el comienzo de la pandemia fueron llegando las primeras noticias provenientes de otros países que sufrían las devastadoras consecuencias de la Covid-19. Las instituciones sanitarias en nuestro país buscaron anticiparse a dichos escenarios catastróficos readecuando sus protocolos generales de funcionamiento y, en la medida de sus posibilidades presupuestarias, también las infraestructuras. Este primer período, cuando todavía no eran masivos los casos, provocó sin embargo consecuencias inesperadas:

En marzo, abril [de 2020], venía muy poca gente al consultorio. Y estábamos cuatro horas con el *sachet* encima [camisolín hidrorrepelente y demás EPP] [...]. El tema es que sostuvimos eso durante meses y solo vimos aparecer los primeros casos cuando eran cuatro o cinco por día. Pero para mí era el peor ambiente, porque vos estabas todo el tiempo esperando a que viniera algo que pensábamos que iba a ser una catástrofe. Se venía algo como lo que estaba ocurriendo en Italia o en el norte de Brasil, pero no venía nadie. Hubo muchas dificultades con el personal, porque nos cansamos todos, nos angustiamos mucho, esta sensación

de espera afectó a muchos profesionales [...]. A mí me afectaba la idea de cómo intubar a todos los que íbamos a tener que intubar [...]. Para nosotros meter un tubo es un tema, es un bodrio. ¿Y qué íbamos a hacer con eso? ¿Cómo se maneja un respirador? En mi vida lo había hecho. Era más una preocupación sobre qué íbamos a hacer con estos problemas que iban a aparecer (médico clínico, Hospital Intendente G. Carrasco, Rosario, Santa Fe, octubre de 2020).

Al principio de la pandemia hubo todo un vértigo. Nosotros como que la pandemia se nos vino después, pero teníamos mucha información de lo que pasaba en otros lados. Y mirando ahí uno decía: «Uh, ¿yo voy a tener que juntar cadáveres de la calle?». A mí personalmente me causaba más intranquilidad eso que el tema de los EPP [...]. Era el miedo del tipo de trabajo que íbamos a tener que hacer [...]. Ahora, en la actualidad, ya con tantos casos, no sé si vamos a tener que juntar cadáveres como en Italia pero sí como en Ecuador. Pronto vamos a tener que utilizar el protocolo bioético para decidir cuál enfermo tiene más chance de salvarse o no (médico clínico, UTI Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, Buenos Aires, octubre de 2020).

Cuando arrancó la pandemia fue una sensación inminente de que nos explotaba el mundo en la cara, de que había que salir a salvar vidas y que a los pediatras, según lo que veíamos en Europa, quizás nos iba a tocar cambiar de rol e ir a otros sectores. Esa fue mi primera sensación: la inminencia de tener que estar intubados adultos y tener que decir «Bueno, es la profesión que elegí y tengo que estar a la altura». Pero tenía miedo y angustia de no estar a la altura (médica pediatra, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, febrero de 2021).

Los tres testimonios precedentes nos permiten reafirmar con mayor cantidad de elementos una hipótesis del apartado anterior: trabajar en un umbral de riesgo desata temores, ansiedades e inseguridades cuando se trabaja en casos concretos pero también porque se desfigura el campo de lo posible, lo que desata —no importa si de manera imaginaria o real porque así es la sensación de riesgo— el temor a la catástrofe. De hecho, en los relatos queda en evidencia que las consecuencias anímicas surgen cuando todavía no había ocurrido nada grave todavía.

Martínez López *et al.* (2020, p.12) afirman que

[...] la información actualizada, regular y veraz es fundamental tanto para reducir los altos niveles de burnout en médicos y enfermeras como para evitar la sensación de miedo e incertidumbre que se produjo especialmente en las primeras semanas de convivencia oficial con el virus.

Pero, desde nuestra experiencia, habría que matizar este tipo de informaciones. Si reparamos en el segundo testimonio brindado por la enfermera de Rosario, cuando finalmente aumenta la cantidad de pacientes y se acelera efectivamente el ritmo de trabajo, se teme que próximamente pueda ser peor y entonces tengan que aplicar

el temido protocolo de bioética para elegir a quién se conecta a los respiradores y a quiénes se deja morir. Esto muestra que la pandemia abre una *sensación de riesgo* en cierto punto incontenible más allá de los hechos fácticos o los niveles de información incorporados. La información científica actualizada es relevante, pero no es capaz de cancelar esa dimensión imaginaria que incluye el sentimiento de riesgo.

De todos modos, en nuevas entrevistas realizadas con posterioridad, estos mismos trabajadores tienen una lectura diferente:

Ahora la cosa se puso más peliaguda, pero todavía no tenemos las mismas situaciones que hubo en otras partes del mundo. Ahora el trabajo es de mucha intensidad. Ahora te ponés el *sachet* y son cuatro horas de ver personas una detrás de la otra, la mayoría con síntomas leves, entran muy pocos claramente descompensados. Pero el trabajo se hace regular e intenso. Y eso lo hace más llevadero. Primero porque la hecatombe ya no es algo por venir, la hecatombe ya llegó (médico clínico, Hospital Intendente G. Carrasco, Rosario, Santa Fe, octubre de 2020).

Cuando nos transformamos en sala Covid, dije: «bueno, este es el momento de actuar». Cada artículo que salía de pediatría, lo leíamos, porque no sabíamos mucho. Tenemos una población carenciada muy alta y en ese momento justo era la explosión de casos en las villas y llegaban muchos pacientes desde las villas. Pero la realidad es que los internábamos y tampoco les pasaba una gran cosa. No estoy diciendo que los niños no se ven afectados, porque el síntoma inflamatorio existe, pero en ese momento no ocurría (médica pediatra, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, febrero de 2021).

Estos dos relatos nos permiten mostrar que para ellos hubo una mayor sobrecarga psicológica y anímica en los períodos iniciales, cuando todo era incertidumbre y la institución se reorganizaba —de modo preventivo— a la espera de la llegada masiva de contagiados. Sin embargo, en el caso de la enfermera —lo repetimos— nunca se pudo sacar en encima la sensación de que puede advenir una catástrofe todavía peor.

4.2. Cuidado del otro

Así como cambian las rutinas laborales, también los nuevos protocolos alteran los espacios de socialización con sus pares. Allí es donde el personal de salud despliega lazos afectivos, lúdicos, de cooperación y descanso:

Uno estaba acostumbrado en el hospital a hablar con todo el mundo. Ir a tomar mate al *office* con los médicos, con los kinesiólogos. Era lo cotidiano: juntarse, compartir un mate, charlar. Ahora no, ahora estamos obviamente todo el día con barbijos, separados, no nos juntamos mucho, si bien hablamos de los pacientes

y de cualquier otra cosa para distendernos cuando no estamos metidos en la terapia. Pero yo almuerzo solo. Si tengo mi compañero de guardia, él almuerza en una habitación y yo en otra. Tratamos de no juntarnos porque ahí nos sacamos los barbijos. Ese es el caso más común de contagio [...]. No compartimos un vaso, un mate y siempre con distancia social. Y limpiando todas las superficies con alcohol (kinesiólogo UTI, Hospital de Agudos D. Vélez Sarsfield, Ciudad de Buenos Aires, diciembre de 2020).

Otro tema de la cotidianeidad que se modificó mucho es que el grupo humano del hospital compartía espacio y ahora no. Eso se cortó absolutamente porque la limitación del contacto para limitar el riesgo de contagio hace que comamos solos y tratemos de, si uno se va a la habitación, el otro no. Limitamos esas conversaciones con el otro, que uno no sabía que le hacía tanta falta hasta que no lo tuvo. Ahora decís: cómo extraño el contacto, el diálogo. Eso se perdió por cuestiones de pandemia (médica cardióloga, UTI del Hospital del Este, Banda del Río Salí, Tucumán, noviembre de 2020).

Para los espacios comunes nosotros usamos barbijos y máscaras, al principio no. Es como una medida súper estricta del hospital. Nos podemos estar más de dos en la cocina. Es así. Pero ya no me algo descabellado. Hoy estamos todos así y lamentablemente nos acostumbrados a esa distancia entre nosotros (enfermero UTI, Hospital Provincial, Rosario, Santa Fe, julio de 2020)

En sus estudios sobre el sector de salud, la Organización Panamericana de la Salud (2013, pp. 21-22) afirma que en este tipo de instituciones:

El trabajo en equipo y las relaciones de cooperación en el interior de las instituciones de salud suelen ser buenos aliados para los trabajadores [...]. Envueltos en situaciones cotidianas emocionalmente intensas, el apoyo social proveniente de gestores y colegas puede ayudar a los trabajadores a alcanzar los equilibrios necesarios.

Durante la pandemia se restringen como nunca los lazos afectivos. El cuidado del otro es en un doble sentido: cuidar a (y cuidarse de) los pacientes pero también cuidar a (y cuidarse de) los compañeros para evitar contagios. Esto provoca aislamiento, ensimismamiento y pérdida de lazos de cooperación indispensables para atravesar el umbral de riesgo y, mucho más, los períodos de catástrofe. Tener que habitar los espacios de descanso y ocio con buena parte de los EPP puestos y manteniendo distancia social disuelven en gran medida las fronteras entre las áreas de trabajo y no trabajo.

Antes teníamos espacios en donde podíamos compartir. Nosotros teníamos el *office*, que es en donde preparamos la medicación y las carpetas, y también la cocina, que era el espacio de socialización donde podíamos encontrarnos, tomar

algo, charlar. Ahora no nos permiten estar más de a dos personas, separados y acortando el tiempo de estar con el otro para cuidarnos mutuamente (enfermera, Hospital Centenario, Rosario, Santa Fe, febrero de 2021).

Se utiliza el barbijo y se tiene que permanecer poco tiempo en la UTI pero también en la cocina y en las habitaciones de descanso. Ya no existen espacios en donde puedan relajarse completamente.

4.3. Del trabajo a casa

Es generalizado el temor de los trabajadores de «llevar» el virus a sus hogares. En una encuesta realizada con personal de salud en La Plata, el mayor temor (82,9 %) que manifestaron los encuestados era contagiar a sus familiares (Malleville *et al.*, 2020). Efectivamente, en las entrevistas realizadas se acepta como una posibilidad concreta contagiarse durante la jornada laboral por tratarse de profesionales habitualmente expuestos a riesgos, pero es intolerable la posibilidad de contagiar a familiares directos:

Y los médicos son también personas y no es que termina el hospital y ya está, porque el virus no está solo en el hospital sino que está en todas partes. El nivel de contagio, hasta que uno se dio cuenta, estaba en todos lados. Las medidas de protección son frente al paciente y cuando no estás con el paciente. Llevó un tiempo entender eso, que había que sostener las recomendaciones, había que cuidarse, en el supermercado, en tu casa o en una farmacia o donde fuere. Yo a mi papá lo veo pero no lo abrazo, mantengo la distancia, no quiero ponerlo en riesgo, de ninguna manera. Eso me hace mal (médico coordinador de UTI, Hospital Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, noviembre de 2020).

Es otro tipo de estrés distinto. Cuando vos estás operando tenés un estrés en el momento y después ya está, te relajaste y pasó. Acá vos te vas a tu casa y seguís con el estrés y no porque seguís pensando: «Uy, el hisopado, la operación». No. Es porque pensás: «¿Me habré contagiado? ¿Lo estaré trayendo a casa?». Y armaste en tu casa un sistema como para ingresar, porque yo tengo un hijo y no quiero que se contagie. Nosotros con mi mujer, que es enfermera del mismo hospital, tenemos un consultorio en casa que ahora no funciona, pero lo usamos para cambiarnos cuando llegamos y recién ahí vamos a la casa. Entonces es como que no termina nunca. La tensión se traslada a otros lados, estás las veinticuatro horas tensionado. No descansás bien. Te despertás muchas veces de noche y te levantás medio cansado; y cuando llegás a la noche que pensás que vas a dormir dos días seguidos, te levantás a las tres horas (cirujano y director de Unidad de Febriles, Hospital Vélez Sarsfield, CABA, abril de 2021).

La mitad de mis compañeros está con insomnio. El otro día uno se nos dormía en la mesa y le pregunto si había estado de guardia ayer y nos dijo que no, pero que no podía dormir hace semanas. No es uno, son varios a los que les pasa eso.

Hemos pasado por distintas etapas. Tenés sueños raros. Tengo compañeros que han tenido sueños terribles. Un sueño raro, te cuento el más absurdo: estaba internando a un paciente coronario y de golpe levanto la vista y no estaba en la unidad coronaria sino en la Covid y no tenía ningún EPP puesto yo y el paciente y pensaba: «La infectóloga me mata». Estamos viviendo cotidianamente con la idea de la muerte pero no la de nuestros pacientes solamente, también la nuestra y de los seres más cercanos, los que más queremos (médica cardióloga, UTI del Hospital del Este, Banda del Río Salí, Tucumán, noviembre de 2020).

Mi escena temida fue cambiando: un miedo es contagiarte y contagiar a tu familia. Eso a mí me preocupa muchísimo. Yo elegí hacer lo que hago, mi familia no. Es una responsabilidad que yo la siento muy muy grande. La verdad que es un esfuerzo desde lo físico, desde lo intelectual y desde lo emocional muy importante (kinesiólogo, UTI, Hospital Dr. Bernardo Houssay, Vicente López, provincia de Buenos Aires, diciembre de 2020)

Hay gente que tiene miedo a la exposición y eso está bien, porque es una enfermedad que mata y mata gente joven. Lo vemos en la televisión, lo vemos entre nosotros, por ahí no te mata pero te deja alguna secuela. El jefe de nuestra unidad está con un problema cardíaco severo, una persona que era sana y ahora quedó con una secuela. O compañeros con fatiga. Entonces es lógico para ellos que no quieran exponerse. Yo a eso lo justifico. O, por ejemplo, vos convivís con personas de riesgo y no querés llevar el virus a tu casa (médico clínico, UTI Hospital Interzonal General de Agudos Evita, Lanús, Buenos Aires, octubre de 2020).

Con estos últimos testimonios terminamos de construir una imagen más compleja sobre los padecimientos psicosociales del personal de salud: se tornan demasiado lábiles todas las fronteras que separan los espacios laborales de los espacios de descanso. Esto ocurre al interior de los hospitales y clínicas (lo vimos en el punto anterior) y también con respecto a los espacios familiares y sociales. Se extiende *ad infinitum* la sensación de riesgo y por lo tanto el deber de cuidarse y la protocolización:

Termino del hospital y me baño ahí, tenemos un buen vestuario, que es una de las maneras de sentirme que llego limpio a casa. Una vez que llego, tengo la rutina de ponerme el alcohol en la puerta. Entro directamente al baño, me vuelvo a lavar las manos y recién ahí saludo a mis hijos [...]. Estamos más cansados, angustiados, preocupados [...]. La mayoría duerme peor. Hay días que duermo bastante bien. Pero en general, el día anterior a ir al hospital, no dormo bien (kinesiólogo, UTI, Hospital Dr. Bernardo Houssay, Vicente López, provincia de Buenos Aires, diciembre de 2020)

Yo volvía a mi casa y tenía todo un protocolo armado con mi novio de que yo no tocaba las puertas. Me abría él, yo tiraba toda la ropa en el lavarropas y me entraba a bañar y lavaba todo: celular, anteojos, todo lo que tenía encima venía

connmigo a la ducha. Todo eso fue muy estricto al principio y después fue menos riguroso pero lo hago de alguna manera (enfermera, Hospital Alberdi, Rosario, Santa Fe, febrero de 2021).

Cuando las presiones y los protocolos no se circunscriben al espacio laboral y se extienden a todos los ámbitos de la vida cotidiana, se multiplican síntomas como el insomnio, la fatiga, las parálisis faciales, el estrés, entre otros.

5. CONCLUSIONES

El riesgo cuando se analizan riesgos —y no es un juego de palabras— en escenarios sociales y laborales alterados como en esta pandemia, radica en perder de vista lo que los protagonistas, en este caso el personal salud, son capaces de inventar e innovar. Quisiéramos evitar esta tendencia en las conclusiones.

En el primero de los apartados describimos con meticulosidad la radical transformación de las dinámicas que rigen las UTI. Tres procesos simultáneos se desatan como consecuencia de la continua protocolización puesta en marcha en hospitales y clínicas: (i) la implementación masiva de nuevos EPP; (ii) las nuevas temporalidades —mayor velocidad— con la que hay que llevar a cabo intervenciones delicadas (como las intubaciones) o esforzadas (como las pronaciones), y (iii) la disminución de los ingresos y egresos de las terapias ante la posibilidad de contagios. Esto último provoca un oxímoron laboral: no se puede ingresar constantemente para atender a pacientes que requieren atención constantemente. El resultado es la extensión del estrés, el discomfort y la angustia. Pero también surgen capacidades técnicas —intubar o poner vías centrales casi sin ver— insospechadas hasta antes de la pandemia.

En el siguiente apartado nos propusimos ser más específicos en un punto: la nueva relación entre profesionales y pacientes. La hipótesis principal fue que la implementación de nuevos EPP —en especial en la cara—, la velocidad con que deben actuar y la disminución de los ingresos dificultan la visión que tienen médicos, enfermeros y kinesiólogos de sus pacientes. Ahora bien, como decíamos, los trabajadores afirman que, desde el punto de vista técnico, es posible intervenir con la visión limitada y a mayor velocidad. Un médico de Rosario aportaba este ejemplo: «Hay como una curva de práctica, vos podrías hacerlo hasta con un huevo en la cabeza, como un artista de circo».

El problema mayor pasa por la construcción de vínculos afectivos, dialógicos, pedagógicos, con los pacientes y también con sus familiares. Allí radica una fuente de frustración e incluso de emergencia de dilemas éticos y morales. Recordemos una médica pediatra que decidió romper los protocolos cuando percibió que los niños necesitaban una caricia y también la enfermera que no pudo soportar que

los familiares tuvieran que despedirse de un paciente moribundo desde atrás de un vidrio «como si estuvieran en un zoológico». Los trabajadores de la salud sienten que, a raíz de los nuevos protocolos, se vulneran derechos fundamentales de los pacientes y ven limitada una faceta fundamental de su trabajo: el despliegue del plano afectivo.

La conclusión a la que arribamos es que los hospitales y clínicas ingresaron a partir de la pandemia en un estado de emergencia que pronto devino en permanente. Todas sus lógicas de funcionamiento se alteraron, incluso la infraestructura. Los nuevos protocolos, en un proceso que llamamos *protocolización permanente*, reemplazaron reglas y derechos históricos que regían las labores del personal de salud y el tratamiento de los pacientes.

Finalmente, en el último apartado, detectamos tres padecimientos psicosociales íntimamente ligados a estas transformaciones provocadas por la Covid-19. En la primera etapa, cuando todavía no había casos masivos en Argentina, el personal de salud padece la ansiedad y la angustia como consecuencia de la (sobre)información que les llega de otros países del mundo en donde se vivían catástrofes sanitarias y la readeacuación de la infraestructura y las rutinas de los hospitales y las clínicas. La espera de una hecatombe que no llegaba alteraba los ánimos fuertemente. Esa sensación de riesgo inminente los desgasta antes de que efectivamente tengan que vérselas con un crecimiento fuerte de la demanda de atención.

El segundo riesgo psicosocial está vinculado con la pérdida de los espacios de socialización, descanso y encuentro entre colegas. El tránsito en las instituciones comienza a ser más solitario, es decir —utilizando una frase de época—, con mayor distancia social y con los EPP colocados. Se usa barbijo en la UTI y también en la cocina. Esto desdibuja la diferenciación clara entre espacios de trabajo y de no trabajo, porque hay que cuidarse todo el tiempo y de todos, incluidos los colegas. Para profesiones expuestas a tensiones permanentes, esa pérdida (o reducción drástica) de espacios de ocio e intercambio sociales redundará en mayores dificultades anímicas para atravesar la emergencia permanente.

Por último, muy ligado al anterior, el mayor miedo es llevar el virus a los hogares y contagiar a familiares y personas cercanas. Terminar las extenuantes jornadas laborales no es sinónimo de terminar con los protocolos de cuidados y la sensación de estar en riesgo. De alguna manera aparece un *continuum* de riesgos y cuidados que tensiona espacios de intimidad indispensables para reponer energías. El síntoma más habitual de estos padecimientos es el insomnio, aunque también lo hay más dramáticos (parálisis faciales, problemas cardíacos, etc.).

Para cerrar, a modo de síntesis del compromiso demostrado por el personal de salud, compartimos una conclusión a la que llegó un médico de Rosario entrevistado: «Con la Covid-19 es la oportunidad de conocer algo nuevo, cómo no vas a estar, en dónde vas a estar».

REFERENCIAS

- Agamben, G. (2007). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo.
- Agamben, G. (2020). La invención de una pandemia. *Revista Santiago*. <https://revistasantiago.cl/pensamiento/la-epidemia-vista-por-agamben/>
- Ardila-Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Velzi Díaz, A., Matkovich, A., y Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por Covid-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, Supl. 1, 32-41. http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Ardilae26.pdf
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35. <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2002%20ASPIAZU%20ELIANA%20Enfermeras.pdf>
- Barrancos, D. (2020). El regreso del futuro, En A. Grimson (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 36-44). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf
- Bordes, M. (2007). Reflexiones sobre los límites de la kinesiología desde la perspectiva de usuarios de terapias alternativas. *Scripta Ethnologica*, XXIX, 91-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802906>
- Busico M. (2020). La pandemia y la kinesiología respiratoria en Argentina. *Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy*, 2(2), 1-3. <https://ajrpt.com/wp-content/uploads/2020/07/PANDEMIA-BUSICO-final.pdf>
- Chauque, R. (2021). *Enfermería ¿una profesión de riesgo? Estudio de caso sobre enfermeros/as en una Unidad de Terapia Intensiva* [inédito].
- Chauque, R., Iribarnegaray, N. (2020). Representaciones en torno al ejercicio profesional en Enfermería. Estudios sobre trayectorias de graduados de la UNDAV. En M. Panaia (ed.), *Asalarización y profesionalización. El difícil equilibrio entre la autonomía y la estabilidad* (pp. 54-77). Miño y Dávila Editores.
- Damiani, L., Jalil, Y., Basoalto, R., Villarroel, G., y García, P. (2021). Kinesiólogos frente a la pandemia de Covid-19: ¿Cuál es su rol? *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 37(1), 68-73. <http://doi.org/10.4067/S0717-73482021000100068>
- Danet Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la Covid-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016%2Fj.medcli.2020.11.009>
- Dejours, C. (2011). Texto introductorio: psicopatología del trabajo - psicodinámica del trabajo. *Revista Laboreal*, 7(1). <https://doi.org/10.4000/laboreal.8030>
- East, S., Laurence, T., y López Mourelo, E. (2020). *Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe Técnico OIT*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_754614.pdf

- Fidanza, E. (2020). Algunas reflexiones para después de la pandemia. En A. Grimson (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 64-67). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península.
- Neffa J. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET.
- Kessler, G. (2009). *El sentimiento de inseguridad. Sociología del temor al delito*. Siglo XXI.
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana.
- Malleville, S., Fernández, A. M., Fernández, M., Fonseca, M., Mirada, J. M., Murua, S. N., Ramírez, L., Bernat, M. S., y Sala, J. (2020). *Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (Covid-19)*. Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/resultados_de_la_investigacion_la_situacion_de_los_trabajadores_y_las_trabajadoras_de_la_salud_en_tiempos_de_pandemia_covid_19_relevamiento_en_la_plata_berisso_y_ensenada_%20Relevamiento%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20en%20La%20Plata,%20Berisso%20y%20Ensenada.pdf
- Malleville, S., y Bostal, M. C. (2017). Percepciones y vivencias de los trabajadores en torno a las relaciones sociales en el trabajo. En J. Neffa y M. L. Henry (eds.), *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo de los establecimientos privados de salud* (pp. 360-409). Universidad Nacional de La Plata. <https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/52/12352/1c19b54bed1eb75a66a354f5a8ec886f.pdf>
- Martínez-López, J. A., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., Fernández-Martínez, M. M. (2020). Psychological Impact of Covid-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 3029. <https://doi.org/10.3390/jcm9093029>
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Situación de los trabajadores de la salud durante la pandemia de Covid-19*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud/situacion-de-los-trabajadores-de-la-salud-durante-la-pandemia-de-covid-19>
- Observatorio Federal de Recursos Humanos (2019). Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3462/argentina-salud-trabajadores-hospitales-2013-2012.pdf>
- Palermo, V. (2020). El coronavirus, Argentina y la compresión del tiempo. En A. Grimson, (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 36-44). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf

- Panaia, M. (2007). *Accidentes de trabajadores informales y migrantes sin papeles: el caso de la industria de la construcción, cirujas, trabajadores infantiles y trabajadores agrícolas en la ciudad de Rosario y Capital Federal*. Superintendencia de Riesgos del Trabajo y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/trabajadores_informales_migrantes.pdf
- Panaia, M (2008). *Trabajos, cuerpos y riesgos*. Ediciones Luxemburg.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). *Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires* [ponencia]. 12° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. ASET.
- Richaud de Minzi, M. C. (coord.). (2020). *Relevamiento y evaluación de efectos del Covid-19 sobre el personal de salud*. Primer informe. CONICET/ Universidad de Buenos Aires/Universidad Adventista de La Plata/Universidad Austral/Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. <http://www.bvs-psi.mdpc.edu.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Covid-19-personal-de-salud.pdf>
- Segato, R. (2020). Coronavirus: todos somos mortales. Del significativo vacío a la naturaleza abierta de la historia. En A. Grimson (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 76-89). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf.
- Sztulwark, D. (2020). La crítica y el «Estado fuerte». En A. Grimson (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 26-36). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf.
- Waisbord, S. (2020). El regreso del futuro. En A. Grimson (comp.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 123-131). Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf.