

# LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA

## THE HEALTH OF WOMEN HEALTH WORKERS IN THE PANDEMIC CONTEXT

*Lenta, M. Malena<sup>1</sup>; Longo, Roxana G.<sup>2</sup>; Zaldúa, Graciela<sup>2</sup>; Veloso, Verónica<sup>2</sup>*

### RESUMEN

La pandemia del COVID-19 constituyó un acontecimiento global que profundizó inequidades sociales preexistentes. El ámbito del trabajo en salud, connotado tanto por su carácter esencial y su composición feminizada, constituyó un ámbito prioritario para comprender la complejidad del acontecimiento. En este marco, el objetivo del trabajo fue analizar las afectaciones de la pandemia en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de las trabajadoras de la salud del AMBA y las estrategias de exigibilidad de derechos. Se desarrolló una Investigación Acción Participativa con 13 trabajadoras de la salud de dos equipos del sistema público. Se implementaron grupos de discusión a través de plataformas virtuales. Como principal resultado se observó la relación entre dislocación de las coordenadas de tiempo y espacio como efecto de la pandemia con la sobrecarga del trabajo y el desgaste en la salud de las trabajadoras, incrementada por la condición de género. Los afectos de miedo, culpa y amenaza concomitantes a la dislocación se organizaron en relación a las identidades feminizadas. Las estrategias de cuidado frente a las políticas de descuido incluyeron estrategias de exigibilidad de derechos, reconocimiento intersubjetivo y cooperación intersectorial.

### Palabras clave:

Pandemia - Género - Salud - Trabajo

### ABSTRACT

The COVID-19 pandemic encountered a global event that deepened pre-existing social inequalities. The field of health work, connoted both for its essential nature and its female composition, as a priority area for understanding the complexity of the event. In this framework, the objective of the work was to analyze the effects of the pandemic on the health-disease process of the AMBA women health workers and the strategies for enforceability of rights. A Participatory Action Research was developed with 13 women health workers from two teams from the public system. Discussion groups were implemented through virtual platforms. The main results are the relationship between the dislocation of the coordinates of time and space as an effect of the pandemic with work overload and wear and tear on the health of women workers, increased by gender status. The affects of fear, guilt, and threat concomitant to dislocation were organized in relation to feminized identities. Care strategies versus neglect policies included strategies for the enforceability of rights, intersubjective recognition, and intersectoral cooperation.

### Keywords:

Pandemic - Gender - Health - Work

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Psicología Preventiva.  
Email: malenalenta@gmail.com

<sup>2</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Psicología Preventiva.

La pandemia del COVID-19 en 2020 constituyó un acontecimiento disruptivo en la vida cotidiana de la población a nivel global. A diferencia de otras pandemias previas con incluso mayor letalidad -peste negra, cólera, gripe española, gripe asiática, ébola, entre otras-, la del COVID-19 logró un impacto superlativo. Según Breilh (2020) ello se debe a cuatro hitos: el primero, el pánico ante el forzamiento a la interrupción de la vida económica con medidas de aislamiento sanitario generalizadas que, a la vez, surgieron como respuesta a la lógica destructora de la vida y la naturaleza que prima en el modo de acumulación del capital.

El segundo hito refiere a la virulenta transmisión que pone el foco en las ciudades con mayor densidad poblacional, lo cual le otorga un carácter transclasista. Pero que, al mismo tiempo, afecta con mayor fuerza a los sectores sociales que viven hacinados y/o con menores accesos a la atención y al cuidado como quienes habitan en barrios de emergencia o en instituciones totales, trabajadoras/es precarizadas/os, personas migrantes, niñas/os, mujeres en situación de violencia de género, entre otras poblaciones.

En tercer lugar, y como contraparte, el autor resalta la ineficacia de los sistemas de salud organizados a nivel global desde un paradigma mercantil e individualista que no incorporan la dimensión colectiva del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado ni la determinación social de la salud. Y, finalmente, el cuarto hito refiere a la falta de políticas de equidad por parte de los Estados que permitan sostener las medidas de aislamiento a los sectores más vulnerables en función de su condición de clase, género, etnia o generación. Sumado a ello señala la ausencia de articulación entre las organizaciones sociales, lo que da lugar a una trama de desigualdad estructural en las sociedades.

La crisis asociada a la pandemia del COVID-19 se ha imbricado con otras preexistentes: las de los sistemas de salud pública depauperados, los derechos laborales encenques, las altas tasas de informalidad laboral, la escasez de servicios básicos, la desvalorización de los cuidados y las violencias estructurales en espacios públicos y privados (Torres Santana, 2020). De allí que la complejidad y determinación social de la pandemia sobrepasa la descripción del fenómeno limitado a la contagiosidad y letalidad que presentan los modelos biomédicos y la epidemiología clásica.

Svampa (2020) señala que la invisibilidad de las causas socio-sistémicas de la pandemia en la agenda pública y las políticas sanitarias se ocultan tras un discurso enunciado como paradigma de guerra que coloca al virus como “enemigo invisible” cuando en realidad es un síntoma y no la causa de la crisis que atraviesa la población global. De esta manera, se legitiman por parte de los Estados, modalidades crecientes de controles sociales que instauran desde la vigilancia digital hasta modelos represivos militarizados (Han, 2020) o la normalización del estado de excepción (Agamben, 2020), dejando de lado las estrategias colectivas y comunitarias de cuidado.

Almeida Filho (2020) sostiene que el control de la pandemia requiere de unión, coordinación y organización lo que

implica diseñar políticas sanitarias que excedan el enfoque de la biología o la clínica y que a la vez deben integrar a dichas perspectivas las dimensiones socio-comunitarias y políticas en rechazo de la belicización de aquella. Esta perspectiva de la salud colectiva resulta relevante para abordar con estrategias particulares los diferentes escenarios que configura la pandemia.

Uno de los espacios sociales en donde se presentan con gran complejidad las consecuencias de la pandemia y las políticas sanitarias es el del trabajo en salud. La tensión en los sistemas y servicios de salud a nivel global han puesto al descubierto las dinámicas mencionadas de desmantelamiento de la salud pública al mismo tiempo en que han exacerbado especialmente la sobrecarga de trabajo sobre los equipos, tal como lo reconoce incluso la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2020a). La tendencia a la feminización del trabajo en salud incrementa a su vez los riesgos psicosociales del mismo en este sector considerado esencial en la crisis pandémica (OIT, 2020b), juntamente con las dinámicas sociales de estigmatización y discriminación hacia el personal de salud por parte de otros sectores al reconocerles desde la “amenaza” o el “recelo” (Zibechi, 2020). De este modo no solo se vuelven relevantes las políticas sanitarias de cuidado de la salud de quienes trabajan en el sector salud en cuanto estrategias preventivas, sino también de integración comunitaria para la protección de la vida.

La pandemia y los modos de transitar las medidas sanitarias de aislamiento en los colectivos subalternizados no solo hacen más visible las inequidades sociales, sino que también refuerzan la injusticia, la discriminación, la exclusión social y el sufrimiento inmerecido cuando no existen las políticas de cuidado que permitan morigerar los costes colectivos de las mismas (de Sousa Santos, 2020). En la medida en la que no sea posible recrear nuevas figuras de la política basadas en el bien común de la humanidad y la naturaleza, las lógicas del mercado profundizarán las dinámicas de exclusión social, como subraya Badiou (2020), aun cuando éstas se hayan vuelto evidentes. Pero, al mismo tiempo, también en el contexto de la pandemia se sostienen y emergen estrategias colectivas desde la solidaridad y la ética del cuidado que entran en conflicto con las políticas de precarización de la vida y ponen en tensión los discursos individualistas, belicistas y mercantilistas, de modo tal que se intensifican, como plantea Butler (2020) las lucha contra las desigualdades sistémicas, la destrucción del planeta, la subyugación colonial, la violencia y las inequidades profundas. En este sentido, Berardi (2020) y Žižek (2020) coinciden en que el principio de igualdad ha vuelto al centro de la escena en la definición de las políticas para enfrentar la crisis en curso.

### **Trabajo, salud y género en pandemia**

La teoría feminista ha creado importantes aportes no solo al campo de la lucha contra los procesos de inequidad y discriminación social de las mujeres, sino también al campo de las ciencias (Denzin y Lincoln, 2015). En tanto teoría crítica subraya el carácter construido de la realidad, su dimensionalidad histórica y, por lo tanto, su

posibilidad de cambio. Además explica que el lugar de subordinación de las mujeres y/o lo femenino respecto del mundo de los varones y/o lo masculino, no deviene de una condición natural sino de un entramado de relaciones sociales de poder, simbólicas, psíquicas y materiales que se ha ido conformando históricamente y que afecta todas las esferas de la vida social, tanto la pública como la privada (Lagarde, 2018).

Pero si bien la teoría feminista ha logrado cierta receptividad y desarrollo en el campo de las ciencias sociales, su incorporación en otras áreas, como en el campo de la salud y de los estudios del trabajo, ofrece aún muchas resistencias. En este marco, desde la salud colectiva y recuperando los aportes de la teoría feminista y la psicodinámica del trabajo, Linardelli (2018) resalta la necesidad de incorporar la categoría de género para comprender la complejidad de la relación entre el trabajo y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Al abordar la salud de mujeres trabajadoras, la producción y reproducción se entremezclan en la vida cotidiana y sus fronteras resultan difíciles de trazar. Por lo cual se vuelve necesario comprender las posiciones (de clase y de género) que se interseccionan en los procesos de producción y reproducción de la vida en los que participan las mujeres trabajadoras y que delimitan los modos particulares de desenvolvimiento del proceso de salud-enfermedad (Molinier, 2019).

Las dinámicas de la división sexual patriarcal del trabajo configuran diferentes modos de discriminación e inequidades basadas en las relaciones de género que operan tanto en el espacio público como privado. En primer lugar, la legitimación de la mística femenina del cuidado implica la naturalización de la asignación a las mujeres de las tareas de la vida doméstica. También, como sostiene Federici (2018), supone su invisibilización misma como trabajo. Sobre la ideología del amor maternal se sostienen innumerables actividades que garantizan el desenvolvimiento de la vida cotidiana del conjunto familiar y que hacen posible el desarrollo de otros trabajos sí reconocidos como tales y remunerados fuera del espacio doméstico.

Según la OIT (2020c) el impacto de la pandemia del COVID-19 en trabajadores y trabajadoras presentó tres efectos: (a) sobre la cantidad de los empleos (aumento del desempleo y del subempleo -reducción de horas de trabajo-); (b) sobre la calidad de los empleos (caída de los salarios y empeoramiento en acceso a la protección social); y (c) sobre grupos de trabajadores vulnerables a "cambios en el mercado laboral" (jóvenes, mujeres y migrantes).

De hecho, a escala mundial 3.300 millones de trabajadores y trabajadoras (81%) han visto modificadas sus condiciones de trabajo durante la pandemia (OIT, 2020c). De ese total, casi 510 millones de mujeres trabajadoras (el 40% del total de las trabajadoras remuneradas) desarrollan su labor en esos sectores más afectados por la pandemia y las medidas sanitarias de cierre de las actividades no esenciales (OIT, 2020c). A su vez, en los países de ingresos bajos y medianos bajos, las mujeres llegan 90% de quienes trabajan en el sector informal, por lo cual suelen gozar de menor protección social y pueden perder sus puestos de trabajo o verse obligadas a trabajar sin las

condiciones de protección requeridas (OIT, 2020c).

En períodos de "normalidad" las mujeres llevan a cabo alrededor de tres cuartas partes del trabajo de prestación de cuidados no remunerado. El tiempo que dedican las mujeres a dicho trabajo aumenta si hay niñas/os en el hogar, llegando a dedicarle más del triple tiempo que los hombres a dichas tareas (OIT, 2019). En el marco de la pandemia, el cierre de centros educativos para la primera infancia y de escuelas, así como la interrupción de la prestación de servicios de atención social y la falta de disponibilidad de familiares de mayor edad para prestar ayuda, ha provocado el aumento de la demanda de servicios de atención social durante la crisis. La situación de los/as progenitores/s solteros/as, el 78,4% de los cuales son mujeres en todo el mundo (OIT, 2018), puede ser aún más compleja. Frente a la pandemia, las mujeres enfrentan una particular vulnerabilidad, ya que tienen que seguir manejando el trabajo productivo, si todavía lo tienen, y reproductivo (cuidado infantil y de otras personas dependientes, trabajo doméstico) en las circunstancias sumamente limitantes de confinamiento.

En la misma línea, sostiene la CEPAL (2020) que con las medidas de aislamiento y cierre de escuelas la desigualdad de género aumentó (incluida la violencia de género), pues se incrementó la sobrecarga de las tareas domésticas en las mujeres que de antemano estaban afectadas por la brecha salarial unguida sobre peores ingresos y condiciones laborales que los varones.

Ahora bien, en el espacio público, las mujeres que trabajan también lo hacen en su mayoría segregadas a tareas que se sostienen sobre la misma lógica: cuidar, criar, enseñar, curar. Y ello tiene implicancias en la valoración social y económica (teniendo en cuenta las condiciones y derechos) de los trabajos realizados. La presión sobre los sistemas de salud en el contexto de la pandemia afecta significativamente a las mujeres, ya que estas representan el 72,8% del total de personas ocupadas en ese sector en la región (CEPAL, 2017).

En la Argentina, la feminización de los puestos profesionales de la salud no condujo a avances significativos en términos de paridad de ingreso. La brecha salarial mensual de la ocupación principal entre profesionales mujeres y varones alcanzaba el 19,6% en 2016, y no se identificó una reducción de esta en los últimos años (OIT, 2019). En comparación con otros sectores, el de la salud en Argentina se caracteriza por poseer una fuerza de trabajo altamente calificada: el 70% de los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnica y profesional. La distribución de ocupados por nivel de calificación y por categoría ocupacional muestra que los/as profesionales representan el 36% de la fuerza de trabajo del sector, los/as técnicos el 34%, los/as puestos operativos el 21% y los/as trabajadores sin calificación el 9% (MTEySS, 2014).

A pesar del incremento de la participación laboral de las mujeres en ocupaciones profesionales en el sector salud, son estas quienes mayoritariamente continúan como responsables principales de la organización del hogar y el cuidado. La cantidad de horas diarias invertidas por las trabajadoras del sector en el cuidado y organización de sus

hogares (incluyendo tiempos de traslado) es un 60% más que sus contrapartes varones: mientras las mujeres dedican 4,8hs diarias, los varones, solo 3hs (PNUD, 2018). Uno de los desafíos actuales para los sistemas de salud es impulsar propuestas de humanización e integralidad en el cuidado en salud, es decir que se configuren estrategias para enfrentar creativamente la crisis y construir alternativas para la organización de las prácticas de atención a la salud (Lenta, Longo y Zaldúa, 2020). En este marco, surgen interrogantes en torno a ¿cuáles son las cargas y afectaciones del trabajo específicas en las trabajadoras de la salud en situación de pandemia? ¿Qué estrategias singulares y colectivas desarrollan las trabajadoras de la salud frente a la reconfiguración de los espacios familiares y laborales?

### Metodología

Basado en la estrategia de la Investigación Acción Participativa (IAP), este trabajo tiene como objetivo el análisis las afectaciones de la pandemia en el proceso de salud enfermedad de las trabajadoras de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), junto con la caracterización de las estrategias de cuidado y exigibilidad de derechos, durante un período del desarrollo de la pandemia del COVID-19 (abril y julio 2020).

La metodología propuesta desde la IAP es un proceso que incluye simultáneamente la investigación científica, la formación y la acción política, y que considera el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica como fuentes de conocimiento (Flamtermesky, 2014). Desde el desarrollo de un proceso de monitoreo estratégico participativo sobre las condiciones de trabajo y salud enmarcado en la IAP se buscó la co-construcción de un proyecto colectivo para enfrentar creativamente las nuevas condiciones del proceso de trabajo (Breilh, 2013). En este sentido, la apuesta metodológica se basó en el proceso de participación que buscó producir en las mujeres un fortalecimiento colectivo y subjetivo para facilitar el desarrollo de capacidades y recursos para controlar y transformar diversas situaciones de vida, acentuando en el entorno cotidiano y de trabajo.

En este marco se trabajó con una muestra intencional de 13 trabajadoras de la salud de dos instituciones públicas (1 Centro de Salud y Acción Comunitaria -Cesac- y 1 hospital del segundo nivel de atención) de diferentes disciplinas (6 psicólogas, 4 médicas y 3 trabajadoras sociales). Las mismas fueron seleccionadas en función de los siguientes criterios: pertinencia del fenómeno a estudiar, accesibilidad y voluntariedad.

En función del contexto de pandemia y las medidas de aislamiento social preventivo, el instrumento implementado fue el grupo de discusión con la modalidad virtual a través del programa digital Zoom. Se realizaron tres sesiones de discusión de dos horas de duración con cada uno de los dos grupos. Los tópicos abordados en los encuentros fueron: organización del trabajo en el contexto de la pandemia; cargas físicas, psíquicas y mentales en relación al trabajo en contexto de pandemia; malestares singulares y colectivos; vínculos inter e intraequipo de

salud y estrategias del equipo de salud en el contexto de la pandemia.

Para el desarrollo de los encuentros se trabajó con un consentimiento informado suscrito de manera virtual en el que se indicaron los propósitos y marco del estudio, la voluntariedad en la participación y la garantía de anonimato de las instituciones y de las participantes.

Para el abordaje de los datos, se procedió a la desgrabación de las sesiones y la sistematización de las notas de campo. Luego, desde un enfoque de investigación cualitativa, se procedió al desarrollo de una codificación abierta y, en segundo lugar, una codificación axial. El mismo, finalmente fue reorganizado desde una sistematización temática de la información producida (Cohen y Gómez Rojas, 2018) a partir de la discusión con las propias trabajadoras en instancias de retroalimentación y de elaboración de informe del monitoreo sobre salud y trabajo co-producido. Como soporte del trabajo con los datos, se utilizó el software Atlas.ti 7.2.

### Resultados

#### La pandemia y la dislocación del tiempo y el espacio

La vida cotidiana comprende al conjunto de actividades que realizan las personas para la reproducción de la vida. Involucra no sólo prácticas sino procesos intersubjetivos de producción de sentido sobre los diferentes acontecimientos que se organizan alrededor de recurrencias temporales que permiten organizar dicha cotidianeidad. No obstante, la irrupción de la pandemia implicó una desorganización y reorganización de ambas coordenadas.

En cuanto a la temporalidad, la pandemia instaló un quiebre en la percepción del tiempo antes y después de la misma, para las trabajadoras de la salud:

*"(...) cambio radical, lo que era hace 10 días es otra vida, y lo que era hace 3 meses, ¡lejísimo!"* (Catalina\_CeSAC)

*"Fue abrupta el cambio. Nos llegan demandas más complejas. Tengo que seguir consultas por el teléfono y ya no en la cara"* (Marcela\_Hospital)

La des-temporalización generalizada que satura en las narrativas denota una mayor densidad de los acontecimientos en el tiempo de la pandemia, así como una dificultad para anticiparse y planificar en el tiempo futuro. Siguiendo a Han (2018), la desaparición de los cortes temporales y las conclusiones de los procesos ante la dificultad de anticipación y proyección a futuro, limitan la percepción de las transiciones y umbrales entre los acontecimientos de la vida cotidiana lo que obstaculiza la producción de sentido sobre las prácticas.

La percepción de continuidad del trabajo sin cortes configura un escenario oportuno para que emerja el agotamiento y la frustración ante el tiempo de la pandemia, que no da pausas:

*"Nunca dejo de trabajar"* (Mirta\_CeSAC)

*"Salgo del hospital y sigo trabajando en mi casa, es agotador"* (Celeste\_Hospital)

Esta percepción de falta de transiciones que intensifica la vivencia del tiempo también aparece en la percepción del espacio. Las largas jornadas presenciales en el espacio laboral y su continuidad en el espacio doméstico a través de llamadas telefónicas vinculadas al trabajo, desdibuja los límites entre el adentro y el afuera, entre lo público y lo privado. Incluso cuando las tareas del trabajo en el espacio público penetran en el espacio privado debido a el teletrabajo, el espacio doméstico se vuelve más denso ya que se dificulta acotar el tiempo laboral:

*“El día que voy al CeSAC, a las 17hs termina mi jornada. La semana de trabajo desde la casa, hasta las 21hs estoy en un Excel”* (María\_CeSAC)

*“Cuando estoy en el hospital son re complejas las demandas. Cuando estoy en casa tengo que llamar a los pacientes o contener a un sector del hospital porque se murió un compañero”* (Claudia\_Hospital)

Las dificultades en el manejo del tiempo y del espacio de trabajo y de no trabajo o de trabajo en el espacio público y trabajo en el espacio doméstico acarrear una sensación de desborde ante estas dos dimensiones que aparece como fuera de control para las trabajadoras en el contexto de pandemia. Como señala Han (2018), lejos de remitir a la libertad, las dificultades para delimitar tiempos y espacio imprimen una sensación de desorientación.

### **La sobrecarga y el desgaste de las trabajadoras por su condición de género**

La reconfiguración del tiempo y el espacio en el marco de la pandemia han implicado sobrecarga y mayor desgaste de las trabajadoras de la salud exacerbadas por su condición de género. Las cargas de trabajo, integradas por riesgos y exigencias técnicas de las tareas a desarrollar (Laurell, 1994), han aumentado:

*“Me agoto, corro todo el día. Cuando termino de trabajar en el hospital, trato de hacer las compras para no tener que salir de mi casa y quedarme allí”* (Clara\_Hospital)

*“Llego a casa y continuo con el ritual, me tengo que sacar cuidadosamente todo, sacarme la ropa, los zapatos. No veo el momento de estar en chancletas”* (Tamara\_Hospital)

*“Estar en el hospital se hace difícil también. Hay que seguir el protocolo para entrar y salir de los espacios. Cambiarse cada tanto tiempo pautado. A veces entro al consultorio y ya no quiero salir o prefiero no comer por todo lo que implica hacer ese corte”* (Claudia\_Hospital)

Pero la sobrecarga no solo acontece a nivel global debido al conjunto de medidas sanitarias a cumplir en el espacio laboral y antes de ingresar al espacio doméstico (Noriega, Laurell, Martínez, Méndez y Villegas, 2000), también se produce por el incremento de las tareas que las trabajadoras de la salud deben desarrollar en el espacio doméstico, en función de la distribución sexual de las tareas de cuidado:

*“Tengo dos hijos una nena de 5 y un nene de 6, a veces se me hace difícil. Ellos son pequeños y mamá llega de trabajar y sigue con el teléfono, con el trabajo”* (Nora\_Hospital)

*“Mis hijos son chicos y sin la escuela tuve que reorganizar toda nuestra vida diaria, me ayuda una pariente. Sería imposible sin ella”* (Norma\_CeSAC)

Las cargas del trabajo en el espacio público se han acrecentado en función de los protocolos de protección que establecen nuevas tareas, por el aumento de las demandas urgentes y por los tipos de tareas que realizan las trabajadoras implícitamente asignadas a ellas por su condición de género: orden y aseo de las zonas comunes del equipo de salud y mayores implicaciones en prácticas de acompañamiento o sostenimiento de las personas (usuarias y profesionales) en condiciones críticas de salud ante la pandemia. En adición a ello, las tareas de cuidado en el espacio familiar también han crecido ante la restricción de acceso a redes formales e informales de cuidado y recreación especialmente de hijos e hijas (escuela, familiares, trabajadoras del servicio doméstico, entre otras). Ante ello, la responsabilidad de garantizar estas tareas se vuelve sobre las mujeres. En este marco, se incrementa también el desgaste laboral en cuanto pérdida de capacidades psico-sociales, pero también físicas producto del trabajo, lo que incide negativamente en el proceso de salud-enfermedad de las trabajadoras.

### **Las afectaciones subjetivas de la sobrecarga y el desgaste**

Las consecuencias de la pandemia en la desorganización y reorganización de la vida cotidiana de las trabajadoras de la salud, junto con las cargas del trabajo y el desgaste implicaron un conjunto de afectaciones subjetivas concomitantes a dichos procesos. Cabe señalar que los afectos, tal como los define Fernández Christlieb (2000) son significados culturalmente aprendidos que les posibilita a las personas organizar la experiencia cotidiana. De forma tal que, aunque se vivencien de modo personal, se comprende a los afectos (emociones y sentimientos) ante un objeto o acontecimiento no como una producción individual, sino como parte de una construcción colectiva. Pues, como señala Ahmed (2017) los afectos no son estados psicológicos, sino prácticas culturales que se estructuran socialmente a través de circuitos que no residen ni en los sujetos ni en los objetos, sino que se construyen en las interacciones entre los cuerpos, es decir, en las relaciones entre las personas. En este marco, las trabajadoras de la salud refirieron a cuatro afectos prevalentes en este escenario pandémico: el miedo, la culpa, la angustia y la amenaza. El miedo apareció vinculado al espacio extradoméstico (“el afuera”), por la inminencia del contagio del virus y la posible vivencia de violencia de género en las calles vacías por las medidas de aislamiento:

*“Tuve mucho miedo al contagio, estaba aterrada lo fui trabajando y trato de poner buena onda”* (Irma\_CeSAC)

*“Tengo miedo de cómo manejarme si me contagio, con mis hijos, con mis viejos”* (Andrea\_Hospital)

*“Miedo de caminar las cuadras sola de noche cuando salgo del CeSAC. No hay nadie. Te puede pasar cualquier cosa por ser mujer sola” (Mirta\_CeSAC)*

*“Me siento desamparada. Tomo el colectivo y bajo en la ruta para caminar hasta el hospital. Son tres cuadras con el corazón en la mano, una soledad total. Antes de todo esto circulaba gente” (Celeste\_Hospital)*

La culpa emergió vinculada al peligro de contagio a familiares y al no poder cuidar ante el posible contagio propio:

*“Soy separada, mis hijos a veces se quedan con su padre. Yo pienso en mi ex marido, en su familia, en toda la cadena que se puede contagiar por mi culpa” (Gabriela\_Hospital)*  
*“Todavía no logré pensar qué puede pasar con mi hijo si me contagio” (Sandra\_CeSAC)*

En cambio, la angustia surgió ante episodios en donde se evidenciaba la pérdida de control de la propia situación y la incertidumbre se instalaba en el devenir del trabajo, lo que podría tener consecuencias ante el conjunto de las tareas y responsabilidades del espacio doméstico:

*“Me da mucha angustia cuando ‘Se activa el protocolo’. Tenes que hisoparte, quedás aislada... estás pendiente de cuando te den el resultado” (Irma\_CeSAC)*

Finalmente, la percepción de la amenaza en el contexto de la pandemia se hizo observable en cuanto al peligro de violencia física o sexual basada en el género, en la condensación de las actividades personales, comunitarias, familiares y sociales en cada uno de los espacios y en las formas que asumen las relaciones sociales impregnadas por el miedo al contagio/muerte:

*“Me siento amenazada por la reacción de mis vecinos de edificio, por todo lo que está pasando con otros trabajadores de la salud que le hicieron cosas horribles” (Nora\_Hospital)*  
*“El peso de ser trabajadora de la salud, yo antes salía orgullosa con la chaqueta, ahora ni loca salgo con la chaqueta, puedo ser discriminada por ser trabajadora de la salud” (Nora\_Hospital)*

Las condiciones en las que se desarrolla el proceso de trabajo configuran una tensión para las trabajadoras de la salud: ser sostén de hogar o estar a cargo de la mayor parte de las responsabilidades de cuidado tanto material como afectivo, las confronta con las demandas sociales, familiares y subjetivas que implican al lugar de mujeres-madres y la posibilidad de garantizar efectivamente el cuidado ante su lugar como mujeres-trabajadoras en el espacio extradoméstico. La salida al espacio público, connotado además por los peligros sobre la propia integridad física (amenaza de vecinos) y/o sexual (violencia sexual callejera), las podría llevar a ser posibles transmisoras del virus a quienes “deben” proteger, especialmente sus familias. No obstante solicitar licencia laboral no aparece como una opción, tanto por la amenaza de la pérdida de trabajo o salario como por el juzgamiento de otros colegas. De este modo, las nuevas condiciones en las

que se desarrolla el proceso de trabajo para ellas acarrear mayores sufrimientos.

### **Estrategias de cuidado frente a las políticas de descuido**

Frente al agotamiento y el desgaste de las trabajadoras y los equipos de salud en el contexto de la pandemia, resulta relevante la interrogación acerca de cómo reinventar los sentidos en los actos de salud en el contexto de la pandemia. En términos de Casenote y Merhy (2020) son tres los planos en las instituciones del sistema de salud, en los que resulta necesario desplegar estrategias preventivas colectivas para recuperar la autonomía y la creatividad, en cuanto productoras de protección de la salud y cuidado de los equipos: el plano territorial de las prácticas en salud, el plano de la producción del trabajo vivo en acto y el plano de la organización con diferentes actores.

En el trabajo de reflexividad con las trabajadoras de salud de los distintos equipos, se identificaron y co-produjeron diferentes estrategias que operaron sobre los tres planos señalados. En el plano territorial de las prácticas en salud, se observaron multiplicidad de disputas y actores que confrontaron o se aliaron frente a nuevas condiciones de tiempo, espacio y carga del trabajo en pandemia. En las narrativas de las trabajadoras de la salud se identificó un relato en relación con las políticas de las autoridades de las instituciones de salud las cuales buscaron instalar al inicio de la pandemia la responsabilidad estrictamente individual por posibles contagios de los/as trabajadores/as del sistema de salud, generando tensión al interior de los equipos sobre los cuidados y la prevención de posibles contagios. Estas políticas institucionales en torno a la gestión de la protección de los equipos de salud, conjugadas con el riesgo real al contagio por la alta incidencia de casos en el sector, la alta tasa de mortalidad entre los/as trabajadores/as de la salud y la precariedad de la estructura sanitaria, connotaron a las mismas como políticas de descuido e impulsaron diferentes estrategias de problematización, incluso en un primer momento en donde primó la desorganización generalizado de los equipos:

*“Tuvimos que hacer miles de reclamos para conseguir las medidas de protección. Fue agotador y no había respuestas. Todavía hoy la tenemos que luchar” (Claudia\_Hospital)*  
*“Fue terrible todo el proceso. Al principio conseguir los materiales de protección fue agotador, no teníamos respuestas” (Sandra\_CeSAC)*

En algunos de los casos, especialmente en donde existían experiencias previas y tradiciones de organización sindical y/o colectiva, las trabajadoras de la salud respondieron con exigencias colectivas; mientras que en otros casos tuvieron que hacerlo de modo solitario e individual, incluso habiendo en el mismo sector de trabajo, personas con reclamos similares. Ante el primer momento de incertidumbre, desconcierto y percepción del miedo, la culpa y las amenazas, los procesos de reflexividad y de participación desenvueltos desde la estrategia de la IAP, facilitaron instancias de reconocimiento de derechos y de mecanis-

mos de interpelación y lucha por el reconocimiento interpersonal, institucional y social (Honneth, 1997). La necesidad de fortalecer los procesos colectivos fue parte de la reflexión de las trabajadoras para superar las carencias y los descuidos que vivencian en sus ámbitos de trabajo. El desarrollo de estrategias cooperativas de cuidado, fueron fundamentales en el plano del trabajo vivo en acto. En el caso de las trabajadoras de los CeSAC, en el intercambio colectivo pudieron desplegar las aristas del malestar y las sensaciones de opresión compartidas en el contexto que se les impuso por la pandemia. De igual modo lograron reconocer el ejercicio de cuidado interpersonal como una práctica colectiva que morigeró los efectos del desgaste laboral y el descuido previniendo la instalación del malestar y el incremento del desgaste:

*“Es una alegría dejarse regalos entre una cohorte y otra, o que compañeres de cohorte traigan comida casera para compartir algún budín o algo hecho en casa”* (María\_CeSAC) [en estas reuniones virtuales de discusión] *“también está bueno vernos sin barbijo y en chancletas”* (Catalina\_CeSAC) [aunque se dividió al colectivo de trabajadores/as en dos grupos que no se cruzan es importante] *“estar ahí atento a ser relevo de otro”* (Irma\_CeSAC)

El reconocimiento intersubjetivo, la cooperación al interior del equipo de salud, la paciencia en acompañar los nuevos tiempos de trabajo y de descanso junto con el ofrecimiento de suplantar en la tarea si estaba dentro de las posibilidades, así como recordar el horario para el almuerzo o la pausa, revisar la colocación correcta del equipo de protección profesional, etc., fueron algunas de las pequeñas pero a la vez, potentes estrategias colectivas de cuidados que circularon entre las trabajadoras del primer nivel de atención.

Entre las trabajadoras del segundo nivel de atención, en cambio, en los espacios colectivos de discusión, se destacaron las estrategias desplegadas en el plano de la organización con diferentes actores y se resaltó allí al reconocimiento social como principal morigerador del malestar:

*“En el hospital tenemos alegrías también en estos tiempos de coronavirus. La confitería del barrio ‘El triunfo’, nos manda tartas ricas para los y las profesionales y los compañeros de salud”* (Andrea\_Hospital)

*“Las mujeres costureras de la comunidad están haciendo sábanas para las camas del hospital público”* (Tamara\_Hospital)

*“En esta crisis civilizatoria también la solidaridad ayuda a combatir el virus del individualismo”* (Gabriela\_Hospital)

Las muestras de solidaridad hacia la tarea de los equipos de salud y hacia la institución de salud, fueron interpretadas por las trabajadoras como formas de reconocimiento y apuntaladoras de su identidad vinculadas con los afectos prevalentes. En este marco, las alianzas con diferentes colectivos de la comunidad se conformaron en las principales estrategias para organizar dispositivos de cuidado al interior de los equipos.

## Conclusiones

La complejidad de la pandemia pone en tensión los actos de salud e impacta sobre la organización del proceso de trabajo en salud. En términos generales, las condiciones de trabajo a menudo inadecuadas y precarias junto con la vulnerabilidad psicosocial de la población que asiste al sistema público de salud, se exacerbaban en el escenario pandémico aumentando la carga del trabajo y, como consecuencia, el desgaste de los equipos de salud. Sin embargo, los efectos de la pandemia sobre el personal sanitario no son homogéneos. Las relaciones sociales de género inciden en el proceso de salud-enfermedad de las personas al organizar jerarquías de poder en el establecimiento de una división sexual del trabajo. Y ello impacta en las trayectorias laborales, incluyendo las profesionales.

La segregación ocupacional por género no es casual. Está influenciada por las normas de género que hacen de la salud una profesión socialmente aceptada para las mujeres, ya que suele ser considerada una extensión de la división de tareas en el hogar al incluirse dentro de las ocupaciones ligadas al cuidado. Interrogarnos sobre la participación de las mujeres en la división sexual del trabajo de cuidados implica intentar develar la relación naturalizada y mistificada de las mujeres en el espacio doméstico y del no reconocimiento como actividad socioeconómica en la reproducción y producción social. La desigual distribución de las cargas de cuidado entre varones y mujeres expresa una clara inequidad de género que se funda en las lógicas patriarcales de naturalización de la división sexual del trabajo. En este sentido es relevante para las trabajadoras de la salud la reconfiguración de las coordenadas de tiempo y espacio en el incremento de la sobrecarga laboral, a las que se le sobreagrega una carga de género, ya que son ella las que se ocupan de seguir cuidando en el espacio doméstico ante el repliegue de otras instituciones como la escuela o la imposibilidad de recurrir a las redes de formales e informales del cuidado doméstico.

De manera concomitante, el miedo, la culpa, la angustia y la amenaza emergieron como afectos prevalentes ante el escenario de pandemia. Estos sentimientos se suscitaban tanto en el espacio público como en el doméstico y se densificaban por razones de género, en cuanto se vinculaban con el no poder cumplir con las tareas de mujeres=madres=cuidadoras.

No obstante, el proceso de discusión en los espacios de debate desenvueltos desde la estrategia de IAP y la confrontación de las experiencias de la vida cotidiana durante el período de la pandemia y las medidas de aislamiento social sanitario, permitieron desindividualizar el malestar y priorizar necesidades y demandas del colectivo de trabajadoras de la salud.

En este marco, se interpelaron los actos de salud que producían los equipos que conformaban las trabajadoras durante el período estudiado de la pandemia, desde diversos planos: el territorial de las prácticas en salud, el del trabajo vivo en acto y el de organización con diferentes actores. Su problematización permitió identificar distintas tensiones: entre el control de la jerarquía institucional y la necesidad de la concertación o cooperación; entre la in-

certidumbre y la autonomía; y, entre la capacidad estratégica del autogobierno y la orientación de lo cotidiano.

#### BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Agamben, G. (2020). "Contagio". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 31-34). Buenos Aires: ASPO.
- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- Almeida Filho, N. D. (2020). Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estudos Avançados*, 34(99), 97-118.
- Badiou, A. (2020). "Sobre la situación epidémica". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 67-78). Buenos Aires: ASPO.
- Berardi, F. (2020). "Crónica de la psicoflación". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 35-54). Buenos Aires: ASPO.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). En *Revista Fac. Nac. Salud Pública* 31(1), pp. 13-27.
- Breilh, J. (2020). COVID-19: determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos (Ensayos). Visitado en <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7396/1/03-EN-Breilh.pdf>
- Butler, J. (2020). "El capitalismo tiene sus límites". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 59-66). Buenos Aires: ASPO.
- Casenote, G. F. N., y Merhy, E. E. (2020). Tenda do conto: reflexões da experiência do encantamento no trabalho em saúde. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 178-189.
- CEPAL (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2017). *Panorama Social de América Latina, 2016*. Santiago de Chile: CEPAL. Visitado en [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf)
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2018). *Metodología de la investigación ¿para qué?* Buenos Aires: Teseo.
- de Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Madrid: Akal.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. (2015). *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de Investigación Cualitativa Volumen IV*. Buenos Aires: Gedisa.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Fernández Christlieb, P. (2000). *La afectividad colectiva*. Ciudad de México: Antropos.
- Flamtermesky, H. (2014). Mujer frontera. Experiencia de investigación acción participativa feminista (IAPF) con mujeres víctimas de la trata de personas. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 14(4), 389-400.
- Han, B. (2020). "La emergencia viral y el mundo de mañana". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 97-112). Buenos Aires: ASPO.
- Han, B. C. (2018). *Hiperculturalidad*. Buenos Aires: Herder.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Lagarde, M. (2018). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Laurell, A.C. (1994). "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad". En Rodríguez, M. I. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington DC: OPS/OMS.
- Linardelli, M. F. (2018). La salud de las mujeres y sus trabajos: Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista. *Rev/ISE* 11(11), pp. 147-161.
- Molinier, P. (2019). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? En M. Wlosko y C. Ros (Coord.) *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo* (pp. 145-164). Lanús: UNLA.
- MTEySS. (2014). Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Sobre datos de EPH y SIPA. Documento de trabajo. Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I. y Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), pp. 1011-1019.
- OIT (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Visitado en [http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_633135/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang-en/index.htm).
- OIT (2019). *La brecha salarial entre hombres y mujeres en América Latina: En el camino hacia la igualdad salarial*. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OIT (2020a). *Seguridad y salud en el trabajo frente a la pandemia*. Visitado en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/briefingnote/wcms\\_742469.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/briefingnote/wcms_742469.pdf)
- OIT (2020b). *Frente a la pandemia: Garantizar la Seguridad y Salud en el Trabajo*. Visitado en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_742732.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf)
- OIT (2020c). *Observatorio de la OIT: el COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición*. Visitado en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_740981.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf)
- OIT (2020d). *La crisis de COVID-19 y la economía informal: respuestas inmediatas y desafíos de política*. Visitado en [https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS\\_745450/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_745450/lang-es/index.htm)
- PNUD (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo – PNUD.
- Torres Santana, A. (2020). *La seguridad de las mujeres frente a la covid-19: nudos críticos para américa latina*. Bogotá: Friedrich-Ebert-Stiftung. Visitado en <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/16137.pdf>
- Svampa, M. (2020). Reflexiones para un mundo post-coronavirus. *Nueva Sociedad* 286. Visitado en [https://www.nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/?fbclid=IwAR01Ey3G6\\_LJBBi8rm3uQ4PVia-7VZSUZHDp\\_1y63udiWStXkzqn5hjMqbc](https://www.nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/?fbclid=IwAR01Ey3G6_LJBBi8rm3uQ4PVia-7VZSUZHDp_1y63udiWStXkzqn5hjMqbc)
- Zaldúa, G., Lenta, M. M. y Longo, R. (2020). *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Buenos Aires: Teseo.
- Zibechi, R. (2020). "A las puertas de un nuevo orden mundial". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 113-118). Buenos Aires: ASPO.
- Žižek, S. (2020). "El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill...". AA.VV. *Sopa de Wuhan* (pp. 21-28). Buenos Aires: ASPO.

Fecha de recepción: 18 de septiembre de 2020

Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2020

Fecha de publicación: 30 de noviembre de 2020