

Cuadernos del Seminario N° 2
“Condiciones de trabajo y organización de
quienes cuidan nuestra salud”



*Seminario de investigación
Los trabajadores en la Argentina actual
Carrera de Sociología - UBA*



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Sociología

Cuadernos del Seminario N° 2
"Condiciones de trabajo y organización de quienes cuidan nuestra salud"

Seminario de Investigación
Los trabajadores en la Argentina actual.
Carrera de Sociología UBA

Profesora titular: Paula Varela

Jefa de Trabajos Prácticos: Mariela Cambiasso

Ayudantes de primera: Laura Meyer

Auxiliares docentes: Josefina Lazcano Simoniello
Lucio Pandolfo Greco
Juliana Yantorno

Este Documento de Cátedra forma parte de una serie que tiene como propósito difundir los informes finales aprobados por los estudiantes del Seminario como resultado del trabajo de investigación desarrollado colectivamente a lo largo de la cursada.

La Cátedra solicita a quienes quieran citar los siguientes trabajos lo realicen indicando la referencia completa: autores, fecha, título del capítulo en *Cuadernos del Seminario N° 2, Seminario de Investigación "Los trabajadores en la Argentina actual", Carrera de Sociología de la UBA.*

Ilustración de tapa y contratapa: JULIETA LONGO

INDICE

Presentación.....	6
1. Las compañeras como redes de sostén para el desarrollo de estrategias de cuidado en el mundo laboral. El caso de las trabajadoras del hospital Tornú. <i>Pedro Lynn, Matías Sanguina y Evelina Simonotto.....</i>	9
2. Precarización, pandemia y reproducción social: el caso de las trabajadoras del Hospital Santojanni. <i>Agustín De Marco, Adrián García, Cecilia Lerda, Jonathan Smith.....</i>	34
3. Precarización en la pandemia Covid 19 en los trabajadores del Hospital Garrahan. <i>Cristian Albarracín, Luis González y Pablo Almeida.....</i>	52
4. Un catálogo para armar. El papel de los sindicatos del hospital Posadas durante la pandemia. <i>Ana Edith Carnero, Juan Manuel Díaz, Ignacio Rocca y Luciana Torres.....</i>	71
5. El rol del sindicato APUBA durante la pandemia <i>Germán Alvarez, Juan Esteban Barriola, Agustín Antoniaades y Carlos Enrique Senestrari.....</i>	97

Presentación

La crisis de la pandemia del COVID-19 volvió a poner en el centro de los debates la situación del trabajo y de los trabajadores a nivel local y en todo el mundo. Los bajos salarios, el fenómeno de los trabajadores pobres, la precariedad de los empleos que se consiguen, la falta de registro o los contratos a tiempo parcial, el mal llamado trabajo por “cuenta propia” o “autoempleo”, el trabajo en plataformas digitales, la feminización del trabajo, las formas de organización sindical que se dan les trabajadores, así como las luchas que emprenden para enfrentar sus condiciones adversas de trabajo y de vida, son temáticas que ganan espacio en las calles, la opinión pública y también en el ámbito académico.

La pandemia introdujo la definición de “trabajadores esenciales”, que se multiplicó en los decretos y normativas gubernamentales, circuló durante meses en los medios de comunicación y se instaló en los debates cotidianos, dejando en evidencia la centralidad de las y los trabajadores en tanto motor que hace mover el mundo. Aunque nuestro Seminario de Investigación de la Carrera de Sociología de la UBA ha tomado desde sus inicios estas y otras preguntas asociadas como núcleos centrales de sus preocupaciones, la situación generada por el COVID-19 renovó los interrogantes y abrió nuevos desafíos en torno a realizar investigación empírica en el contexto de aislamiento.

El sector de la salud se destacó dentro de los trabajos que fueron declarados como esenciales. Sin embargo, “nos dicen esenciales, nos tratan como descartables” se transformó en uno de los reclamos más sentidos en las protestas que encabezaron sus trabajadores durante este tiempo. Los bajos salarios, la falta de insumos, los planteles reducidos y la sobrecarga de trabajo, los contratos precarios, las deficientes condiciones edilicias; pero también la falta de contención en un contexto de incertidumbre, de falta de información y de respuestas por parte de las direcciones de los hospitales y los gobiernos, no se correspondían con esa definición de esencialidad que terminaba operando como propaganda vacía.

En este contexto, en agosto de 2021 y a más de un año de declarada la pandemia, decidimos orientar nuestra investigación sobre este sector tan esencial como castigado. Tomamos como casos de estudio grandes hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires: Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni, Hospital Prof. Dr. J. P. Garrahan, Hospital Prof. A. Posadas, Hospital de Clínicas J. de S. Martín, y Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich. Y dirigimos nuestra mirada hacia los puestos de trabajo más precarizados, que son también los más feminizados: limpieza, enfermería, residentes, cocina, administración, puestos técnicos, entre otros. En el marco de un sector que es central para la reproducción social de la fuerza de trabajo, las mujeres representan más del 70% del empleo total, están concentradas en los puestos menos calificados, y realizan mayormente tareas asociadas al trabajo de cuidado donde las condiciones de trabajo son peores.

Estas decisiones fueron traccionadas por interrogantes que ponían atención en los cambios que introdujo la pandemia, pero también en aquellas experiencias que forman parte de la cotidianeidad de los lugares de trabajo y sus vínculos con el ámbito de

reproducción social. Interrogantes que se derivaban tanto de la discusión teórica que proponemos en el seminario como del trabajo colectivo en las clases: ¿Cómo impactó la pandemia sobre las condiciones de trabajo en el sector de la salud? ¿Impactó en forma diferencial en mujeres y varones? ¿Cómo se expresa la división sexual del trabajo en el hospital? ¿Cómo se articularon el trabajo asalariado y el trabajo de reproducción social no remunerado? ¿Qué tensiones particulares introdujo la pandemia en esta relación? ¿Qué forma adoptaron los últimos conflictos y qué demandas los impulsaron? ¿Qué rol desempeñaron las organizaciones sindicales? Estas fueron algunas de las preguntas que orientaron el trabajo de campo que llevamos adelante, que comprendió la realización de 51 entrevistas -además de otras a informantes clave que fueron centrales para organizar el trabajo de campo en cada hospital-¹. Algunas de ellas se realizaron en modalidad virtual y otras pudieron ser presenciales. La flexibilización de las restricciones por la pandemia habilitó que algunas pudieran realizarse en el ámbito del hospital, en sus inmediaciones o en domicilios particulares de los trabajadores, lo que permitió complementar este material con observaciones de campo en los propios lugares de trabajo y de vida de los entrevistados.

En este Cuaderno N°2 del Seminario de Investigación: "Los trabajadores en la Argentina actual", podrán encontrar los trabajos aprobados y autorizados para su publicación por los estudiantes que cursaron durante el segundo cuatrimestre de 2021. Son diversos los problemas que atraviesan las preocupaciones de los informes que integran el presente documento: las estrategias de cuidado que desplegaron las trabajadoras en el contexto de la pandemia con el propósito de garantizar la salud tanto de los trabajadores como de sus familias; el problema de la jornada de trabajo total en el contexto de la pandemia (abordada a partir del cruce entre precarización del trabajo asalariado y mayor sobre carga del trabajo de reproducción social no pago) y sus efectos emocionales sobre las mujeres trabajadoras; la precarización laboral en el contexto del COVID-19; las percepciones de los trabajadores sobre la actuación que tuvieron los sindicatos durante la pandemia y cómo esta se vio permeada por experiencias de luchas previas; y las relaciones y tensiones entre las direcciones sindicales y los trabajadores en el marco de la crisis de la pandemia tratando de indagar en sus rupturas y continuidades.

Con gran alegría, entonces, presentamos los resultados del ejercicio de investigación realizado por los estudiantes, que expresan los interrogantes, reflexiones y debates que se desarrollaron al interior de los distintos equipos de trabajo. Mención aparte merecen las condiciones de producción en las que se llevaron adelante: el segundo año consecutivo de aislamiento y clases virtuales, con todo lo que esto implica en términos del empobrecimiento de las condiciones de cursada, de la calidad de los intercambios y de las propias relaciones que pueden entablarse entre docentes y estudiantes y también entre los estudiantes sin contar con el espacio del aula como instancia de encuentro. Esto en el marco de una propuesta de investigación colectiva que nuestra cátedra promueve -y a la que no renunciamos durante la pandemia-, que involucra -aunque en pequeña escala- la realización de todas las instancias del proceso de investigación: desde la elaboración del instrumento de recolección de datos y la realización del trabajo de campo; hasta la formulación de las preguntas e hipótesis, la discusión del marco teórico y la interpretación del material empírico. Por medio de esta presentación, compartimos e invitamos a leer los informes que componen esta compilación, cuyo

¹ El nombre de las y los entrevistados fue modificado u omitido para garantizar su anonimato.

objetivo es visibilizar las elaboraciones de los estudiantes y dar voz a los y las trabajadoras que nos dedicaron su tiempo, y muy amablemente han compartido sus testimonios y sus experiencias de vida y de trabajo con nosotres.

Mariela Cambiasso, agosto 2022

1. Las compañeras como redes de sostén para el desarrollo de estrategias de cuidado en el mundo laboral. El caso de las trabajadoras del hospital Tornú

Pedro Lynn, Matías Sanguina y Evelina Simonotto

Resumen

El presente trabajo busca indagar sobre las estrategias de cuidado desplegadas por las trabajadoras del Hospital Tornú, durante el periodo 2020-2021, en el contexto de la pandemia de COVID-19. Para atender la demanda de atención sanitaria, los distintos niveles de gobierno tomaron definiciones destinadas a su atención generando una fuerte modificación del mundo de vida y del mundo laboral, particularmente en los espacios de salud. En este contexto y a propuesta de la cátedra, nace el interés por indagar cómo transitaron esa experiencia las trabajadoras de la salud. La elección de mujeres no fue azarosa, partimos de entender que la opresión de las mujeres trabajadoras no siempre estuvo visibilizada y había una mirada homogénea hacia la clase que vive del trabajo (Antunes 1999).

Buscamos entrevistar a 6 trabajadoras en un intento exploratorio que represente al "conjunto de fragmentos" que forman el mosaico del mundo hospitalario, para después analizar los relatos de las entrevistas y dar una respuesta a nuestro objeto de estudio

En este nuevo escenario, encontramos 4 tipos de estrategias de cuidado distintas para garantizar la salud colectiva, clasificadas según por quién fueron pensadas, dos estructurales (verticales y sindicales) y 2 autogestivas (individuales y entre pares). Las últimas dos serán resultado de la resistencia frente a la ineficiencia de las estrategias estructurales que no tenían correlato en el día a día de las trabajadoras.

Los objetivos del trabajo fueron variando a medida que escuchábamos a les trabajadoras. Una de nosotres trabajaba en el hospital, posición que favoreció el encuentro con las entrevistadas y el conocimiento de las lógicas del hospital. Creemos que fue un factor que facilitó el conocimiento del campo donde realizamos nuestro estudio. Nos dirigimos al campo con la intención de buscar la función y las características que adquirió la acción gremial en la pandemia. Nuestras pertenencias gremiales y políticas modelaron este primer interés. Pero los relatos de les entrevistadas (informante clave y trabajadoras entrevistadas) nos fueron hablando de otras acciones, de otras prácticas y espacios de cuidado.

Problema de investigación

El problema de investigación que aborda este trabajo fue construido a partir de los aportes dados en el seminario y por nuestro interés de conocer cuál es la realidad que vivió la clase que vive del trabajo, específicamente las trabajadoras de salud, a lo largo de la pandemia generada por el COVID-19. Elegimos dar cuenta de la realidad de las

mujeres trabajadoras porque consideramos que muchas veces la mirada de género es soslayada al hablar de la clase trabajadora y se invisibiliza las diferentes formas de transitar de las mujeres por los ámbitos laborales, gremiales, y cómo los mismos abordan las temáticas y realidades de las mujeres y disidencias.

Si bien, en un inicio, nuestro interés estaba dirigido a analizar específicamente el rol de los sindicatos frente a las definiciones verticales de las autoridades, las entrevistas fueron mostrando diferentes prácticas, espacios y actores que daban cuenta de otros tránsitos en la búsqueda de respuestas a las condiciones de vida y laborales producto de la pandemia. Nuestras experiencias de vida como trabajadores y nuestras posiciones políticas nos guiaban a mirar a los sindicatos como espacios (aunque no exentos de contradicciones) a los cuales les trabajadores acudían en defensa de sus condiciones de trabajo y de vida. Los relatos de las entrevistas, si bien referían algo en ese sentido, en general lo hacían con una mirada crítica y descreída y, en cambio, nos fueron interiorizando en otras prácticas que reconfiguraron nuestro objeto de estudio.

Siguiendo ese camino, las voces de las entrevistadas nos llevaron a preguntarnos si esto podía dar cuenta de espacios y prácticas menos estudiadas dentro del mundo laboral. Quizás conocerlas y analizarlas nos permita ampliar implicancias de estos temas en nuestros ámbitos académicos, de militancia gremial y puedan ser un aporte para hablar de otras formas de solidaridad de la clase que vive del trabajo.

Supuestos que guiaron nuestro trabajo

En contexto de pandemia COVID-19, los trabajadores de la salud fueron declarados esenciales y se les exigió cumplieran un rol social fundamental para la atención salud. Los escenarios laborales y las funciones que realizan las trabajadoras se modificaron. En algunos casos, ellas no pudieron seguir con sus tareas, en otros, tuvieron diferentes funciones, a veces no muy claras, y siempre sujetas a permanentes modificaciones. En ese marco de inseguridad y riesgos, se desarrollaron diversas estrategias para el cuidado y el autocuidado de los trabajadores de la salud. Estas estrategias fueron cualitativamente distintas según por quien fueron pensadas y ejecutadas. En el ámbito de salud, estos “decisores” fueron las autoridades nacionales, las autoridades del GCABA, las autoridades hospitalarias, la representación gremial y las propias trabajadoras (individual o colectivamente).

También, la pandemia agudizó lo que Barattini llama las condiciones de precariedad de la vida. Según esta visión, son nuestros cuerpos los que corporizan la precariedad, y no únicamente nuestras modalidades de contratación (Barattini; 2009). Existen, según esta categorización, distintas dimensiones de la precariedad: primero, la vulnerabilidad, representando la continua experiencia de la flexibilidad sin ninguna forma de protección; segundo, la hiperactividad, siendo el imperativo adaptarse a la disponibilidad constante; tercero, la simultaneidad, que expresa la capacidad de manejar a la vez los distintos tiempos y velocidades de múltiples actividades; cuarto, la recombinación, como los entrecruzamientos entre varias redes, espacios sociales y recursos disponibles; quinto, la inquietud, que expone a las personas a la sobreabundancia de comunicación, cooperación, hiperactividad e intentar sobrellevarla; sexto, la inestabilidad, es decir, la continua experiencia de la movilidad a través de distintos espacios y líneas temporales; y séptimo, el agotamiento afectivo o

la explotación emocional. Octavo, la capacidad de astucia, falsedad, persistencia, oportunismo, etc. (Barattini; 2009).

En ese sentido, planteamos que las trabajadoras de la salud, enfrentadas a un contexto en el que las autoridades verticales y las representaciones gremiales no dieron respuestas lo suficientemente dinámicas y participativas, debieron construir estrategias de cuidado individuales y entre pares para enfrentar la precariedad inmanente a la pandemia y la pre-existente, buscando su salud, la de sus familiares y la de lxs pacientes.

Objetivos

General

Analizar las estrategias de cuidado utilizadas por las trabajadoras del Hospital Tornú dentro del contexto de pandemia (2020-2021), dando cuenta tanto de las creadas por ellas individual y colectivamente como las que resultan de estructuras organizativas verticales (jerárquicas) o representativas. ¿Cuáles fueron más relevantes desde la perspectiva de las trabajadoras del Hospital? ¿Qué fortalezas y falencias tuvo cada tipo de estrategia?

Específicos

1. Describir las estrategias de cuidado verticales, considerando los protocolos y estrategias definidas por las autoridades del hospital tanto para el cuidado de los trabajadores.
2. Interpretar las percepciones de las trabajadoras respecto al rol sindical en la constitución de estrategias de cuidados (gremiales), a través de sus prácticas, experiencias y resultados.
3. Describir las estrategias de autocuidado individuales desplegadas por las trabajadoras para garantizar tanto la salud propia, como la de sus convivientes y familiares.
4. Describir las estrategias de autocuidado colectivas establecidas por los propios equipos de trabajo. Considerando tanto formas de organización del trabajo como acciones de apoyo y contención entre pares.
5. Entender el balance que de estas estrategias hicieron las trabajadoras entrevistadas en su práctica diaria, como resultado de las fortalezas y falencias de cada tipo de estrategia en este contexto.

Marco teórico

En este trabajo pretendemos analizar el tránsito de las mujeres trabajadoras en las actividades de reproducción social y en los desafíos que las atravesaban al afrontar las demandas generadas por el mundo del trabajo en pandemia y específicamente por ser definidas como trabajadoras esenciales. Considerando, especialmente, un contexto en que otros ámbitos de la vida que sostienen la reproducción social (escuelas, guarderías) modificaron sus espacios de acción.

A fin de analizar el contexto de pandemia y sus consecuencias, partimos de entender que el subsistema económico del capitalismo depende de actividades de reproducción social externas a él, que constituyen una de las condiciones primordiales que posibilitan su existencia. (Fraser, 2016)

Nos parece necesario recuperar el concepto de *crisis de los cuidados* (Orozco, 2006), particularmente porque entendemos que la pandemia ha acelerado este proceso y lo ha presentado en su versión más voraz. Orozco señala que por crisis de los cuidados va a entenderse el complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados, proceso que está cerrándose actualmente de forma no sólo insuficiente y precarizante, sino reaccionaria, en la medida en que se basa en los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajos y agentes sociales que presentaba el modelo de partida.

Subsiguientemente, a modo de interpretar los cambios acaecidos en el ámbito hospitalario y para relatar la reorganización de las vidas de las trabajadoras utilizaremos el concepto de *estrategias de cuidado*. Con él intentaremos dar cuenta de las acciones desplegadas para cuidarse y cuidar en escenarios complejos donde la posibilidad de contagiarse, contagiar, enfermar e, incluso, morir estaba continuamente presente.

Para ello, utilizamos la noción de *estrategia* de Mario Testa (1989, p.3) quien sostiene que esta categoría es un término que ha sido incorporado a la terminología de diferentes disciplinas, pero en general tiene que ver con comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones donde hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo. La estrategia no es una manera de alcanzar una meta, sino de una manera de mantenerse en situación de aproximarse a alcanzar la meta, ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro propio desempeño. Estas son algunas de las afirmaciones alternativas que ejemplifican la idea de estrategia, sintetizadas en la excelente definición de Belfure, "la estrategia es una maniobra destinada a ganar libertad de acción" (Testa, 1989).

Tomamos a esta categoría entonces como una maniobra que se da en contextos desfavorecidos, hostiles donde las trabajadoras buscaron ampliar espacios de acción frente a los condicionamientos que se generaban y la falta de certezas. Nos parece que la misma da cuenta de esa posibilidad de elección y acción de las personas, condicionadas, pero no determinadas por el sistema social.

A su vez, utilizaremos el concepto de *cuidado* desarrollado por Pérez Orozco quien señala que "por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud, la necesidad más básica y diaria que permite la sostenibilidad de la vida. Presenta una doble dimensión 'material', corporal –realizar tareas concretas con

resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas– e 'inmaterial', afectivo-relacional –relativa al bienestar emocional. Cuidar es 'hacerse cargo de los cuerpos sexuados' y de las relaciones que los atraviesan". (Orozco, 2006)

En siguiente orden, construimos una clasificación de las *estrategias de cuidado* según los sujetos de su elaboración, para encontrar allí sus diferencias, particularidades y resultados. Las dividiremos de la siguiente manera: estrategias individuales de cuidado, colectivas (o entre pares), verticales (o jerárquicas) y sindicales.

a. Estrategias de cuidado individuales

Utilizamos aquí la concepción de cuidados elaborada por Liliana Álvarez Escobar (2020), quien señala la existencia de diferentes tipos de cuidados: el autocuidado, el cuidado de otras personas y el cuidado del entorno, ya sea este doméstico o fuera del ámbito de él. El autocuidado se entiende como la provisión de bienestar que una persona ejerce sobre sí misma. Cuando hablamos de autocuidado no lo hacemos desde una perspectiva individualista. En ese sentido es interesante la reflexión que realizan García y Vázquez. (2012) quienes, retomando a Eduardo Menéndez, señalan que el uso de este concepto (autocuidado) por parte del sector salud es "marcadamente individualista" (Menéndez, E. 2010) siendo el estilo de vida individual el que posibilitará reducir o eliminar las conductas de riesgo, excluyendo las condiciones socioeconómicas de vida que, a nuestro entender, influyen en dicho proceso.

Las autoras ligan el concepto de autocuidado con el de auto atención. Por este concepto se entiende "a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de auto atención" (Menéndez, E. 2010: 52).

De esta manera, utilizaremos esta categoría tanto para las estrategias del autocuidado de la trabajadora, como el de su entorno, sus familiares y convivientes.

b. Estrategias de cuidado colectivas o grupales

Definimos así a las estrategias que resultaron de actividades grupales y colectivas de los trabajadores, que fueron sostén y base para el desarrollo de las tareas y el cuidado tanto personal como de los pacientes. Dentro de ella incluimos a las creadas por los propios equipos de trabajo de manera autogestiva. Hablamos de estrategias colectivas, porque refieren a la participación de otros trabajadores en la construcción de prácticas de cuidado mutuas.

c. Estrategias de cuidado gremiales

Referimos de esta manera las estrategias de cuidado que resultaron de actividades y espacios organizativos de las distintas representaciones gremiales de los trabajadores. Sean producto tanto de la lucha y reclamos o de espacios institucionalizados o paritarios que permitan la constitución de ellas.

d. Estrategias de cuidado verticales

Entendemos las mismas como aquellas normativas emanadas por las autoridades nacionales, locales e institucionales que promovieron acciones para la no transmisión del virus. Incluyen las normativas gubernamentales e institucionales generadas por las autoridades de la esfera pública (nacional y municipal) y las autoridades hospitalarias (director, comité de crisis) que marcaron la esencialidad de los/as trabajadores/as de la salud y que incidieron directamente en sus procesos laborales y en la vida de la población. También se incluyen aquí pautas de acción como protocolos, órdenes de los superiores y la provisión de elementos de protección personal y ropa de trabajo.

Reproducción social

Para analizar las estrategias de cuidado de las trabajadoras es importante señalar los cambios ocurridos en las esferas en la que se gesta la reproducción social. Arruzza y Bhattacharya (2020) señalan que hay, al menos, tres esferas en las que se lleva a cabo la reproducción social. En estas, la esfera familiar sigue siendo la principal esfera de reproducción, pero hay toda una serie de trabajos reproductivos que han sido socializados, en los hechos, por el Estado y que se llevan a cabo a través de instituciones públicas (escuelas, hospitales, etc.). La neoliberalización de la reproducción social implica recortes en esos servicios públicos y produce un incremento de la carga de reproducción social en las familias. Esto nos sirve de sostén para leer los relatos, las reflexiones que las entrevistadas realizaron sobre el contexto en que vivían. Un contexto que se tornaba cambiante, que generaba tensiones al modificarse muchas de las prácticas estructurantes de sus vidas.

Pasamos entonces a analizar el desarrollo de estas estrategias en un sistema que, como plantean diferentes autoras, como Ferguson (2020) y Pérez Orozco (2006), no prioriza las necesidades de las personas sino las de los mercados.

Así, Ferguson reflexiona sobre cómo se da la reproducción social en tiempos pandémicos (ob cit) y sostiene que en la pandemia se refuerza la lógica del "hacer vivir o hacer morir del capitalismo". Señala que la forma de hacer morir no es una mera extensión de la producción capitalista. También es inherente a la lógica de la reproducción social del capitalismo. La lógica entre generar capital y hacer vivir siempre ha sido más evidente en las comunidades subalternas y en su lucha diaria por la supervivencia.

Fuentes y metodología

A fin de avanzar con nuestra investigación, trabajamos con un cuestionario de entrevista con 4 ejes temáticos, pero mantuvimos una estrategia de diálogo que nos permitiera alcanzar las respuestas a esas preguntas sin necesidad de seguirla estructuradamente. Fundamentalmente porque ya desde la primera entrevista notamos que nuestras expectativas no necesariamente reflejaban la realidad cotidiana del hospital. Por lo tanto, lo seguimos como hoja de ruta, pero dimos lugar a que las entrevistadas se expresen según sus perspectivas y prioridades.

Las trabajadoras entrevistadas trabajan en una misma unidad organizativa, el Hospital General de Agudos Dr. Tornú, pero tienen diferentes funciones, actividades y ámbitos de referencia. Para avanzar en ese sentido, entrevistamos primeramente a un trabajador médico integrante de la gremial del hospital, como informante clave, y a partir de esa entrevista inicial avanzamos con las entrevistas a trabajadoras del área de

Administración, Enfermería de UFU, Cuidados Paliativos, Limpieza, Residencia de Trabajo social y Alimentación.

Intentamos de esta manera, abarcar distintas realidades, según tipo de contratación y representación gremial. Las trabajadoras entrevistadas son profesionales de planta permanente, administrativas planta permanente, enfermeras residentes y de planta y también trabajadoras de alimentación y limpieza que se encuentran fuera de los convenios de empleo público, trabajando a través de contratos con empresas con las cuales el GCABA terceriza el servicio.

Ellas tienen diferentes pertenencias gremiales: APSS (Asociación de Profesionales de Servicio Social), SUTECBA (Sindicato Único de Trabajadores del GCBA), Asociación de Médicos Municipales, UTHGRA (Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos) y SOM (Sindicato de Obreros de Maestranza). Por lo que esperábamos encontraremos diversas relaciones gremiales.

Las entrevistas se realizaron todas de forma presencial en el ámbito del hospital. Habitamos junto con ellos, espacios de delegación gremiales, sus ámbitos de atención UFU/UTA consultorios y en el caso de las trabajadoras de alimentación y limpieza, optaron por hacerlo en las oficinas de servicio social. Hacemos esta aclaración porque una de las integrantes del equipo es trabajadora del hospital y esto permitió que se generara un vínculo de confianza al hacer las entrevistas. Las entrevistas tanto con el informante clave como con las entrevistadas fueron pactadas con ellos directamente, salvo en el caso de alimentación, sector al que se accedió con autorización de la jefatura de división al que pertenece la trabajadora.

El trabajo de campo nos permitió ver y vivir los espacios hospitalarios, cruzados por marcaciones en relación a distancias necesarias a sostener en la interrelación personal, banquetas en las cuales se podía sentar o no. Trabajadores y pacientes con barbijos, máscaras y vestimentas de trabajo diferentes, guardapolvos blancos se mezclaban con ambos de distintos colores, naranjas, verdes, azules, que también hablan de diferencias. Algunas de las paredes del hospital nos hablaban de consignas gremiales en relación a mejoras, pero muchas las habitaban señalamientos en relación a la pandemia.

Las entrevistas fueron realizadas por bloques temáticos donde se buscó indagar sobre las representaciones y acciones desplegadas por las trabajadoras tanto en su trabajo como en su vida fuera del mismo durante el transcurso de la pandemia (2020-2021). Posteriormente, la lectura de las mismas se volcó en un matriz de datos donde se articularon las respuestas de los relatos de las entrevistadas.

Por último, antes de proceder al desarrollo de la interpretación de las entrevistas decidimos anonimizar sus nombres. Aunque no fue planteado por las entrevistadas y accedieron a ser grabadas para este trabajo, nos pareció correcto evitar los nombres propios que puedan identificarlas. Ellas se reconocerán en sus propias intervenciones y estamos sumamente agradecidos por su tiempo y expresividad.

Las trabajadoras de la salud y las estrategias de cuidado en el hospital Tornú

A. El contexto pandémico y sus cambios.

La pandemia y el ASPO pusieron en extrema evidencia, de un día para otro, el conflicto recurrente entre la sostenibilidad de la vida y el sistema de acumulación capitalista. En primer orden, se decretó cuáles eran los servicios esenciales que debían sostenerse a pesar del riesgo, para garantizar el bien general, y allí estuvieron los servicios de salud. Esto resultaría en cambios extremos tanto en la vida familiar como en la vida laboral de nuestras entrevistadas y todas las prácticas de reproducción social deberían adaptarse a un nuevo y complejo contexto.

El camino de la casa al Hospital ya no sería el mismo, calles vacías que constantemente recordaban a las trabajadoras del virus, el riesgo y la inseguridad.

“Sabes lo que **me mataba, ver la calle desolada** cuando yo venía para acá... Está bien, siempre cuando yo vengo, siempre, hay poca gente en la calle... pero ay (...) ¿Sabes lo que es caminar 12 cuadras sin cruzarte ni con una persona? (...) Parecía esa película, *Soy leyenda*.” (A., administración).

Esto, sumado al miedo al contagio, establecía un ambiente de trabajo muy difícil para las trabajadoras de la salud². En algunos casos, las trabajadoras hacen referencia a renunciaciones de compañeres en el trabajo, pero siempre en otros hospitales:

“no, renunciar **no acá, pero en otros lugares sí**, porque yo tengo mi hija que está en el Ramos (Hospital Ramos Mejía de CABA) y hay gente que por miedo renunció, mi hermana era una de ellas y **dijo no, yo no puedo seguir con esto porque mi papá es grande y vive con él y renunció y tuvo miedo y renunció.**” (B., maestranza)

El cambio de la rutina laboral fue marcado por todas ellas. En relación a lo espacial, señalan, lo disruptivo que fue la instalación de las unidades febriles (UFU/UTA) en los jardines del hospital, el cierre de la atención por consultorios externos y los nuevos dispositivos que se abrían para el ingreso de personas (carpas de pre triage y carpas para la espera de las personas que iban a hisoparse).

“Instalar la UFU... Ver el parque cambiado con esa esa loza de cemento... cuando yo la veía me quería morir, destrozarse ese pedazo de parque que lo veía, está bien está perfecto, pero no, tener esa mole ahí, y la otra carpa para que esperen los que tenían que hisoparse... **parecía que vino la radiación**” (A., administración)

Hay coincidencias en señalar los cambios de espacios laborales y la reconversión de sus tareas. Algunas lo plantean como un desafío para poder aportar a la atención del Covid y otras marcan como intentaron continuar con sus tareas habituales, aunque había una posición oficial de no continuar con las mismas.

“Yo estaba trabajando en consultorios externos, y ahora por la pandemia cuando abrimos la unidad de febriles de urgencia, pasé a trabajar en la UFU. Pero así, a varias compañeras nos reconvirtieron la tarea, pasamos a atender distintos tipos de servicio, pensá que muchos servicios de clínica, en este y otros hospitales, se complejizaron y pasaron a ser pseudo terapias intermedias y las terapias se agrandaron, y las intermedias se convirtieron en intensivas. Hubo

² En sentido amplio, cada trabajadora aquí entrevistada será una trabajadora de la salud.

varios cambios en ese sentido, además de todo lo que es modalidad de trabajo... empezar a trabajar en una especie de área cerrada, porque **todos teníamos que trabajar en condiciones de extremo cuidado y precaución para evitar contagios y eso no es gratuito** en el sentido de que tenés que cambiar un montón de dinámicas de trabajo en una sala no reacondicionar ediliciamente, sino la tarea habitual." (D., UFU)

"Yo estaba en un centro de salud y también, salió un decreto de que todos teníamos que volver a nuestro hospital base y **tuvimos que desarmar todo lo que estábamos haciendo de un día para el otro y venir a presentarnos acá.**" (E., residencia TSI)

"El primer mes y medio no (hubo cambios en las tareas), después con la Dra., (...) ella me vino a buscar para ver (...) cómo podíamos manejanos con las planillas de las UFU, las planillas del triage. Había una carpa al principio, una carpa a la entrada del hospital, que no podías entrar al hospital si no pasabas y te preguntaban ¿qué tenés? ¿Tenés fiebre? (...) Entonces nosotras veíamos quienes estaban en la Ufu, quienes en el pre triage, a quién le tocaba. (...) **Mi trabajo cambió** en eso, más que nada en una cuestión de organizar la UFU y la carpa del triage" (A., administración)

Algunas tareas se mantuvieron, pero lo harían de una nueva manera que rompía los lazos afectivos entre personal de salud y paciente, para las trabajadoras eso no sería una diferencia sutil:

"Repartimos la comida a los pacientes, llevamos la merienda y de paso charlo con ellos, porque me gusta. (...) (Pero, por la pandemia) no, **no pude visitarlos más**, (...) solo dejábamos la comida en la puerta y las enfermeras se las alcanzaban. **Me dio tristeza**, porque era como que ellos necesitaban, si se sentían solos, para todo. Tuve un compañero que estuvo internado y él me decía: 'es feo estar solo, sin ver a nadie, sin ver a la familia sin saber que necesitan'". (F., alimentación)

En términos contractuales la pandemia trajo aparejados cambios concretos en relación a la suspensión de vacaciones, extensión de contratos de forma unilateral y pocos reconocimientos económicos en relación a la esencialidad.

"**Una extensión unilateral de mi contrato por 4 meses** por parte del Gobierno de la ciudad, yo terminaba mi residencia el 31 de mayo, y pasó al 30 de septiembre, y eso fue unilateral, el gobierno sacó una comunicación: "las residencias se extienden hasta el 30 de septiembre", primero fue hasta el 30/08 y después hasta el 30/09." (E., residencia TS)

"**Te dan un bono cada tanto**, te tiran un bono extra porque no te olvides que a nosotres nos cortaron las vacaciones a todes, en un año y medio yo me tomé 10 días de vacaciones. Primero cinco y después otros cinco más. Ahora salieron, porque bajaron los casos." (A., administración)

En síntesis, hemos planteado los cambios relacionales y materiales resultado del nuevo contexto, pero es fundamental interpretar que ninguno de estos cambios ha sido esencialmente nuevo, las entrevistadas fueron muy claras para expresar cómo los

cambios acaecidos en la pandemia eran resultado de ella, pero también de las características preexistentes del sistema de salud. Sobre ello, las entrevistadas harán distintas lecturas sobre la existencia de un vínculo *verticalismo-machismo*, algunas compañeras expresarán no ver diferencias entre hombres y mujeres en sus tareas:

“No me parece que no, o sea hay cosas que son obvias, no voy a ir a levantar bolsas de 45kg al puerto, pero me parece que ya **hoy la mujer ocupó un lugar**, que, si bien falta un montón de cosas, me parece que es muy reconocida. Se pueden dividir las tareas, cualquiera puede hacer cualquier cosa” (A., administración)

“No. Por ser paliativista sí, por ser mujer no, no no. Eso no lo he sentido para nada, porque es algo que yo, yo no me planteo tampoco una diferencia con quienes no, me parece puede estar dado más por bueno las, las subestimaciones de la especialidad nuestra o a veces las dificultades para el trabajo en equipo, hay algunas personas que son más evidentes en algunas áreas no” (C., cuidados paliativos).

En cambio, otras encuentran una relación fundamental entre las jerarquías, el verticalismo y el machismo en el hospital:

“**El sistema de salud es violento en sí**, por eso de las jerarquías, como todo sistema verticalista, es generador de violencia, y el sistema de salud es super jerárquico, es muy vertical, y tiene todo un modelo médico hegemónico que venimos arrastrando y combatiendo desde hace mucho tiempo. Y que es super machista, patriarcal, reproductor de todas las violencias y sobre todo de la violencia de género, y que la falta de reconocimiento de enfermería tiene que ver mucho con eso, con nuestra historia y con la apreciación que tiene el modelo médico hegemónico de que somos asistentes de ellos y se replica al resto de profesiones no médicas, pero con enfermería una saña particular porque de siempre es lo histórico, el médico la enfermera, y hay una cuestión súper machista que está presente, y hay muchos casos de violencia que no se han denunciado, porque las compañeras no siente que sirvan de nada. Vos lo denunciás y terminás vos saliendo del servicio, en época de pandemia y siempre, está super naturalizado, pero en época de pandemia, **la pandemia ha expuesto mucho más todos los problemas que tenía el sistema de salud.**” (D., UFU)

“**Los jefes son hombres**, los jefes médicos son hombres, incluso aun hoy que **cada vez hay más médicas mujeres**, no tengo el número ahora pero hay una estadística de cuántas médicas mujeres por sobre hombres están saliendo de la facultad, entonces todo lo que es el laburo en salud es claramente un laburo que se viene feminizando históricamente, o sea cada vez somos más mujeres ocupando puestos acá, **pero así y todo los cargos jerárquicos los siguen ocupando hombres CIS**” (E., residencia TS)

En el mismo sentido, la cuestión de la condición de esencialidad será también problematizada por las entrevistadas, con diferentes lecturas sobre la clasificación, pero la misma conclusión respecto a las nulas mejoras en las condiciones de trabajo que generó esa categoría:

“Pero después en cuanto a gobierno, vemos que es una burla lo de esenciales, desde contratar personal, sin ningún tipo de derecho laboral, porque contrataron enfermeras y enfermeros a través de monotributo, se enfermaban de covid, entraban en aislamiento y no cobraban, contrataron con contratos temporales, mes a mes se enteran si siguen trabajando o no, de hecho actualmente estamos con ese conflicto, ya salió un decreto que dice que van a dar de baja al personal contratado, eso **es claro que sos descartable**, si para una pandemia te contratan arriesgando la vida y demás y después te dejan sin trabajo al día siguiente de la pandemia, o antes de que termine.. Es terrible, y eso ya lo hicieron con todos los que contrataron para los hoteles, los testeos, ya están todos dados de baja, todos sin laburo.” (D., UFU)

“Después cuando se habilita el certificado único ahí tenías la etiqueta de persona esencial y después en realidad, la verdad, muchas preguntas internas sobre qué implicaba ser esencial y no es que era como “que honor” ser personal esencial en esta pandemia, el discurso más bien bélico de los héroes de la salud pública, al menos yo no me lo compro ni media, **si soy un héroe págame más**. No me salgas a aplaudir a las 21 horas.” (E., residencia TS)

“obviamente emm, coincido con la categoría de esenciales porque me pareció evidente la necesidad que el sistema de salud trabaje de una manera distinta, obvio que también genera esta doble sensación. sabemos que somos esenciales en cuestiones muy claves. (...) o sea, **la doble sensación de ser esenciales y que no llegas a fin de mes** (...) Yo lo siento, sinceramente, ni la sociedad ni los gobiernos tengan una política muy innovadora para trabajar en los grandes ejes de la esencialidad” (C, cuidados paliativos)

“Impactó (ser nombrada esencial) porque, bueno, era como un reconocimiento, viste, pero más allá de eso, uno quería también un reconocimiento monetario y no hubo, entonces es como que viste **sentís que das todo por nada**” (B., maestranza)

“¿Qué me pareció? Mira a mí me parece un poco mal (haber sido nombrada esencial), un poco ¿no?... pero me pareció que **el bono que habían dado a los enfermeros, a mí me pareció bien eso, porque son ellos los que están todo el día ahí**, (...) nosotros le llevábamos la comida y nada más, si preparábamos el pancito el flancito, envolver los cubiertos (...), **ellas se rompieron el lomo**” (F., alimentación)

Lo expuesto coincide con Asipiazu (2016) quien señala “La estructura fuertemente descentralizada y segmentada de nuestro sistema de salud es consecuencia, en gran parte, de las reformas aplicadas en Argentina en la década de 1990, que aún no han sido revertidas ni superadas y que impactaron tanto en la composición como en el funcionamiento, la atención y los recursos humanos del sector; proceso que fue ampliamente estudiado”.

Es en este contexto de fragmentación y precarización pre-existente, que las entrevistadas, trabajadoras de la salud, debieron exponer sus cuerpos físicos al contagio y sus psiquis al agotamiento, con tal de cuidarnos en caso de enfermedad.

1- Las estrategias de cuidado verticales. La protocolización de la vida

“La biomedicina pone al paciente entre paréntesis, y a los clínicos entre paréntesis también. Porque ellos nos prescriben lo que tenemos que hacer. Si vos no haces lo que te manda el último protocolo, estás equivocado. En verdad, pone a los sujetos entre paréntesis. Como si defendiera la hegemonía de un supuesto saber científico sobre la salud y la enfermedad. Un operador científico neutro y superior a toda coyuntura que tendría todas las soluciones.” Rosana Onoko (Onoko 2017)

Al plantear nuestros ejes de la investigación, anticipamos que a la hora de consultar sobre los protocolos y medidas implementadas para cuidar la salud de los trabajadores, encontraríamos respuestas negativas y muchos relatos sobre la falta de los elementos de protección personal. Pero, antes que eso, surgieron las dificultades en la organización de la vida familiar. Por un lado, las trabajadoras debían garantizar la provisión de sus tareas esenciales en el hospital, pero gran parte de las prestaciones sociales para garantizar el cuidado de niños y adultos mayores habían sido suspendidas. Las trabajadoras entrevistadas se encontraron con que las exigencias no iban acompañadas de ningún acompañamiento de parte de las autoridades en este sentido:

“No tuvimos ningún tipo de licencia para el cuidado de hijos. Los dejaba solos en la casa, en mi caso yo vivo en la portería del edificio donde trabaja mi marido, entonces tenían cierto cuidado, pero así muchas compañeras dejaban a sus hijos en José C. Paz y se tomaban un tren para venir a trabajar, otras los han traído al trabajo, las situaciones a las que nos expusieron e impusieron a nuestras infancias, con esto de **no tener ningún tipo de licencia, ningún tipo de contemplación cuando las escuelas estaban cerradas,** no hubo ninguna estrategia de apoyo claramente y hubo que hacer ese tipo de cosas, personal de salud que estaba en riesgo de contagio, **dejando a sus infancias al cuidado de los abuelos de la familia, exponiéndolos** y rompiendo burbujas innecesarias porque no te daban licencia, eso fue terrible.” (D., UFU)

Respecto a los protocolos, éstos eran definidos en comités de emergencia, despachos ministeriales, pero siempre lejos de las trabajadoras de base y sus compañeros.

“Se cambiaron muchos protocolos, y muchas veces, no sólo de nuestro hospital, y **no tenían en cuenta a los trabajadores de base**, los que estábamos haciendo el laburo y se cambiaba el protocolo desde el gobierno, ni te digo, pero a veces desde las direcciones, **comités donde solo se sentaban jefes de servicio**, que está bien, pero si no hay trabajadores que son los que después llevamos a cabo la tarea, algunos jefes, no se escucha a todos de la misma manera, **enfermería es un sector relegado** y después tenés de profesionales lo que no es médico, es de segunda clase, nosotras ya somos de 3ra. Es tremendo.” (D., UFU).

“Todo era sobre el pucho, esa es un poco la sensación, que nos sentíamos muy afuera de las comunicaciones institucionales, no éramos **parte del comité de crisis, el servicio social no estaba convocado**. Entonces había cosas de las que nos enterábamos cuando ya estaban resueltas y no llegábamos a dar nunca nuestro aporte. Empezamos a notar cosas que iban sucediendo en **esta cosa de armar todo muy improvisado, era como riesgoso peligroso...**” (E., residencia TS)

En uno de los casos, la entrevistada nos transmite las clarísimas contradicciones en los protocolos, resultado del concepto médico hegemónico y la designación de las enfermeras como asistentes de segundo orden, al punto que debieron recurrir a amparos judiciales para enfrentarlos:

“La enfermería trabaja muy de cerca al paciente, no es como otras profesiones que vos podés mantener otra distancia. **Nos decían que no necesitás barbijos N95 porque no estábamos expuestos**, cuando vos entrás a una sala COVID y le tenés que dar de comer en la boca al paciente, te dicen ‘que use barbijo el paciente y vos’. **¿Cómo le pongo un barbijo al paciente si le estoy dando de comer?** ¿Cómo hago que no tosa en ningún momento mientras estamos en la habitación? En la terapia intensiva del hospital, le dijo el director a una enfermera que asistía a la intubación de los pacientes que ella no necesitaba N95, que el médico sí porque era el que intubaba, pero yo lo estoy asistiendo, en el mismo lugar, en el mismo espacio. **No tiene ningún sentido, vos lo leés los protocolos del gobierno, e incluso aclaraban “enfermería no requiere N95”.** (D., UFU)

Aún la médica que plantea ciertos reparos respecto al desempeño de la totalidad del personal, encuentra que la gestión no es eficiente desde tiempos pre-pandémicos:

“A muchos del sistema de salud se los exigió muchísimo yo me incluyo porque siento que trabaje mucho, la verdad es que sería más que un gracias, entiendo que hay mucha gente que probablemente no cumple con los estándares de rendimiento y trabajo en los sistemas de salud pública eso, no dejo de reconocerlo pero me parece que tenemos una gestión no muy eficiente en ese sentido, no tiene que ver con la pandemia y **tiene que ver con años y años de problemas.**” (C, cuidados paliativos)

Se observa entonces, en el relato de las entrevistadas, que las decisiones en relación a los procedimientos o pautas dictadas no tomaban en cuenta a quienes trabajan en la base del mismo. El poder de tomar decisiones está circunscripto a comités de emergencia conformados por distintas autoridades del hospital (directores, jefes de servicios), en su mayoría por hombres médicos. Esta situación, preexistente, se profundizó en pandemia, en un contexto que requirió definiciones dinámicas y participativas, los mecanismos jerárquicos fueron los mismos de siempre.

2- Estrategias de cuidado gremiales. La organización de los trabajadores frente a la pandemia.

Nuestro análisis previo a las entrevistas, y también a partir de la entrevista al informante clave (integrante de una gremial del Hospital), nos anticipaba que éste debía ser el eje focal de nuestra investigación, ubicándolo en el centro de la disputa de las trabajadoras por mejores condiciones de trabajo. Ante las falencias de los protocolos y las imposiciones de las jerarquías, los sindicatos serían la herramienta de resolución de las complejas problemáticas que atentan contra el bienestar de los trabajadores. Entonces, analizaríamos su capacidad de respuesta y la interpretación que de ella hicieran las trabajadoras. Pero, en cambio, encontramos fuertes coincidencias en el sentido contrario.

Primero, tres entrevistadas consideran que sus sindicatos que no representan las demandas de sus afiliadas:

“En SUTECBA no hay asambleas no sé cuántos años hace que no hay una asamblea, para preguntar qué salario queremos, qué estamos dispuestos a luchar, de hecho, **durante la pandemia bajaron la persiana por riesgo de contagio**” (D., UFU)

“Yo estoy afiliada porque es una manera de participar y colaborar pero no tengo expectativas con la conducción general que hemos tenido hace montones de años entonces trato de participar un poquito, pero no me imagino la verdadera defensa por ahí, **yo siento palabras vacías**, seguramente, privilegios las personas que mantienen esos puestos y no mucho más” (C., cuidados paliativos)

“Somos todos muy buenos, somos todos compañeros pero no... **ellos se representan ellos** (...) yo, antes de entrar acá yo entré al Hospital **** (Privado) y si yo tengo que comparar las condiciones del hospital con este, yo acá me habría tenido que pegar un tiro hace 17 años.” (A., administración)

Luego, sindicatos de trabajadores tercerizados que directamente no tienen presencia real en el Hospital:

“Sí, o sea, viste como todo, **no lo conocemos bien (al delegado)** porque no es de acá digamos pero bueno a veces hay cosas que hay que preguntar. (¿por qué no tienen delegado en el hospital?) porque dicen que es una política de la empresa y **cuando tienen delegado los echan.**” (B., maestranza)

“Sí, a gastronómicos. (E: ¿en esas cosas el gremio se pone las pilas?) No no no. (E: ¿tienen acá algún delegado delegada?) No. (E: a la empresa no le debe gustar mucho eso). Ehhh... no, no.” (F., alimentación)

La única diferencia la encontramos en la residente de trabajo social, ella sí señala el acompañamiento de su gremio a través de asambleas virtuales, donde se daban espacios de escucha a las demandas de las trabajadoras y la provisión de EPP (mascarillas, barbijos, vaporizadores con alcohol):

“Cualquier cosa que estuviera pasando en cualquier hospital **había un espacio de comunicación directa con el gremio**. Falta de suministro de EPP, dificultad para organizarse con horarios, de acuerdo a cada hospital las compañeras tuvieron la posibilidad de sentarse y hablar con representantes del gremio ahí, 2 veces por semana. Un nivel de accesibilidad inusitado. Así que en ese sentido yo, por supuesto que es recontra subjetivo, no tengo nada malo que decir de mi representación gremial directa. Para mí fue eso, aparecieron con máscaras en el momento que no las teníamos. No tengo nada malo que decir ahí, capaz otras compañeras sí.” (E., residencia TS)

Sindicalismo y género

Este descreimiento en las organizaciones sindicales, en su propósito y resultados, nos llevó a indagar un poco más sobre ellas. Ya no para detectar los mecanismos de resistencia frente a la precarización, sino para entender por qué eran considerados otro mecanismo jerárquico poco eficiente.

De la misma manera que encontramos jerarquías médicas masculinas, la problematización de los sindicatos está atravesada por la composición genérica de sus representantes, como era previsible, la gran mayoría de estos son hombres.

“No, en general los delegados del gremio mayoritario **son todos varones**, es algo que se reproduce, es fácil, vos ves las profesiones, ves el sector de trabajadores de la salud, ¿cuántas son mujeres?, 70%, ¿cuántas de las jefaturas están a cargo de mujeres? Si tenés suerte un 30%, eso en cuanto al nivel jerárquico, ¿pero cuántos delegados gremiales son mujeres? Prácticamente no hay. **Es algo que se replica y se replica.**” (D., ufu)

“Si, si, **es todo bien machista...** date cuenta que en todo nuestro gremio en ninguna lista hay una mujer” (A., administración)

Incluso cuando una de las entrevistadas no plantea la inequidad de género en la representación gremial como un problema, tampoco expresa haber encontrado un cambio en el rol del sindicato frente a la pandemia:

“Hasta ahora mayormente hombres, ahora me decían que está por haber en una de las listas como se llama, una presentación a elecciones o algo así y me contaban que son mayormente mujeres, más del 80% mujeres” Pero ante la consulta de la modificación del rol del sindicato en pandemia: “no, me parece que fue similar” (C., cuidados paliativos)

Por el contrario, en APSS, el único gremio mencionado como predispuesto a resolver problemas en pandemia, este problema no existe: “No, son todas mujeres. Tenemos un compañero varón. **Amplia mayoría femenina.**” (E., residencia TS)

En un sistema en el que las tareas de cuidado están asimétricamente distribuidas entre los géneros, quizá no deba sorprendernos que un sindicato de hombres no se haya enfocado en el cuidado afectivo y emocional de sus afiliadas y que, en cambio, en el único que encontramos mayoría femenina se observa lo contrario. Será interesante profundizar en otra investigación al respecto, no contamos con más aportes que estas entrevistas para dilucidar esta cuestión.

A pesar de estas dificultades, la pandemia también ha llevado a que algunas de las entrevistadas vean en el sindicato una herramienta a apropiar, repensar y reconstruir desde nuevas perspectivas:

“A partir de la pandemia a mí lo que me cambia es que me meto mucho más de lleno, y empiezo a ver la manera de construir un gremio, **de fortalecerlo para que la enfermería tenga una opción de representación real**, pero a mí me cambió en el sentido de que yo empecé a tener mi vida, día a día, es la lucha, todos los horarios, toda la agenda está marcada por la lucha de enfermería, por el reclamo de trabajadores sobre todo el sector salud. Y eso me lo hizo porque la pandemia te hace darte cuenta, de que **si no luchas no vale nada**, que no les importa un carajo lo que hagas. Así que fue duro. Nos ha cambiado la vida a todos. También a las enfermeras en general, creo que se replica, hay toda una nueva generación no por las edades, una nueva un movimiento dentro de la enfermería de mayor empoderamiento dentro de la enfermería, de mayor empoderamiento, creo que también **tiene que ver con la ola feminista** y eso

que las enfermeras en general no son muy del pañuelo verde, **hay todo un debate al respecto, pero la realidad es que todo eso también fue parte de que la enfermería empezara a empoderarse y hoy en día tenés más compañeras que empiezan a ser referentes en sus lugares de trabajo, que empiezan a hacer reclamos y que se empiezan a sumar a la organización de la lucha más política y sindical.** Hay un cambio en se sentido, pero bueno, se lucha contra, como te digo, contra una tríada de poder fuerte, que además está muy instalada en los hospitales.” (D., UFU)

3- Las estrategias de autocuidado individuales desplegadas por las trabajadoras para garantizar tanto la salud propia, como la de sus convivientes y familiares.

En un escenario de incertidumbre, protocolos inaplicables y definiciones tomadas a mucha distancia del mundo del trabajo, las trabajadoras debieron recurrir a diversas estrategias para cuidarse y cuidar a sus convivientes y familiares. En general, no fue tan recurrente la expresión del miedo individual, el riesgo personal, sino más bien el riesgo a contagiar a familiares.

La trabajadora de administración será quien exprese explícitamente el miedo de los primeros días:

“**Era horrible, era horrible.** Salías del pabellón y tenías que entrar y volver a ponerte otras botitas limpias. Una persecución, (...) **la persecución de que vos mismo te perseguías** en el sentido de que ¡ay toqué esto alcohol, ay! toqué un picaporte... alcohol... ¡ay!... aléjate no me hables. Era una cosa enfermante, por **el miedo al principio.** Y encima, saber que estás en un hospital que es exclusivo de COVID peor... que la ropa, sacate la ropa, no te lleses el ambo, mejor dejalo acá, cambiate, llegar a casa... bañarme, (...) Al principio ni aros te podías poner.” (A., administración)

Pero aunque no expresaran el miedo individual en detalle, en el desarrollo de algunas de las entrevistas encontramos un cambio marcado al mencionar la vacunación, que trasluce el miedo que soportaron:

“Sí, porque encima en terapia estuve de lunes a viernes porque una compañera, se había agarrado covid y me mandaron ahí y fue lo peor porque era el principio y veía como moría gente era llegar **al otro día y se murió, se murió y viste como decís estas ahí y te da como un miedo viste,** pero bueno y **después nos vacunaron también entonces ahí como que bueno te sentías un poco más protegido**” (B., maestranza)

“Detonada. Llegaba a mi casa, me bañaba y me quedaba dormida, era mucho cansancio. Y muy difícil de explicar por qué, porque capaz habíamos estado a la mañana, no venía nadie al hospital, era atender llamados, responder mails, armar una pieza comunicacional, no es que tampoco estábamos... (...) Nunca se volvió a sentir como el primer momento, nunca se volvió a sentir como el primer momento. Los primeros 3-4 meses fueron los más difíciles. (...) Si, pero también, no sé si influye o no, pero al menos en mi caso, estar vacunada... arrancó enero y arrancó la vacunación del personal de salud, **ya tener vacunas, para nosotras**

era otra... Para mí, cambió un montón, en términos personales, **nos cambió la existencia, yo para marzo tenía esquema completo de Sputnik.**" (E., servicio social)

Distinto a los relatos previos es el que hace la trabajadora de alimentación, con una confianza especial. Ella seguía con su rutina habitual de cuidados e incluso pensó en no vacunarse, aceptando sólo antes la presión de sus jefes:

"(¿No tenías miedo de contagiarte?) No, no, gracias a Dios no. (...) La ropa directamente la ponía en un tacho para lavar y lavaba eso solo para no mezclarla con otra cosa en el lavarropas... es más, mi ropa de trabajo lo pongo en un tacho aparte (...) **siempre no sé por qué pero siempre lo hice. Primero no quería** (vacunarme), no sabía bien de dónde venía ni qué era que nos ponían. Y bueno después hablando con mis compañeros, bueno dije sí bueno, es mejor ponérmela a la vacuna, porque **desde la empresa nos decía que si no nos vacunábamos no podíamos trabajar.**" (F., alimentación)

Las trabajadoras no sólo ponían el cuerpo, sino toda su salud emocional, cada día que se presentaban en el hospital y lo notaban:

"Yo no sé, psicossomático, pero parecía que cada vez que salía, de las 5 a las 6 **me agarraba dolor de cabeza, dolor de garganta,** entonces yo me quería ir a hisopar porque digo seguro que tengo algo, y no, era el barbijo también te cansa mucho la respiración, nono por suerte nada." (B., maestranza)

Por otro lado, la mayor parte de las estrategias de cuidado que fueron implementando de forma individual estuvo más relacionada con el cuidado de familiares y convivientes. El sentirse, ciertamente, más cercanas al contagio por trabajar en un hospital, asumió en ellas una idea de responsabilidad del cuidado hacia sus seres queridos, condicionando todos los cuidados al llegar a su casa.

"Estuvimos solas, sin recursos, sin representación real, sin reconocimiento, y eso es como inaudito, que ni siquiera poniendo en riesgo todo, no la vida propia, también la vida de las familias, **porque acá era el riesgo de llevar el contagio**" (D., UFU)

Trabajadoras que dejaron de ver a sus familias, que tomaban todas las precauciones, sin saber si era suficiente:

"Yo vivo con mi pareja y para mí había mucho cuidado respecto a su seguridad, yo llegaba y hacía todo ese despliegue porque no sabía qué podía implicar para él mis movimientos, pero después yo tengo a mi viejo que era persona de riesgo porque es mayor de 65 y yo no lo vi hasta septiembre, digamos, durante todos esos meses yo no lo vi a mi viejo. Porque también desde él estaba como la pregunta de '¿no me ves porque no me querés ver?' y yo decía 'no te veo porque no sé efectivamente en cuánto riesgo te pongo y **porque lo que menos quiero es ponerte en riesgo**'." (E., residencia TS)

Trabajadoras que no tuvieron otra alternativa, pero intentaron por todos los medios minimizar el riesgo hacia sus familias:

“En mi casa **tengo a mi hija con asma**, encima, y yo le planteaba a la supervisora que no me ponga en ese sector porque yo tengo mi hija así. Y me dijo bueno... había poco personal y, bueno **tenía que ir, así que tomando todas las precauciones** de dejar los zapatos afuera, sanitizarme con el alcohol 70/ 30 las manos. Yo siempre decía esto que **no hay que tener miedo** porque es que como cuando vos tenes miedo te bajan las defensas y ahí es en donde el bicho entra y te contagias y tenes que estar muy bien mentalmente digamos, bueno eso fue que me ayudó digamos” (B., maestranza)

En algunos de los casos, se contagiaron COVID trabajando en el hospital y debieron asumir el aislamiento como el resto de la sociedad, con la prioridad siempre puesta en no contagiar a sus familiares:

“(¿Cómo manejaban la posibilidad de contagiar a un familiar?) Cada uno como pudo. Con muchas medidas de seguridad y si, cuando a mí me tocó estar con aislamiento por contacto estrecho, a principios, pues obviamente también tenía COVID. Tuve covid leve, pero me di cuenta al final cuando me hago el hisopado para volver a hospital y, obviamente, esos 15 días encerrada en un cuarto donde me pasaban, era julio así que era bastante reciente, donde me pasaban la bandeja nomas y **querer dar tranquilidad** de la baja probabilidad de contagio, **pero también el temor al contagio de seres queridos**. Yo creo que fue lo universal, **era bravísimo, bravísimo.**” (C., cuidados paliativos).

4- Estrategias de cuidado colectivas, entre pares y autogestivas.

“No todos los aspectos de la vida están entera y directamente regulados por el capitalismo. Hay un montón de cosas que pasan en la esfera de las relaciones personales que están constreñidos por ciertos horizontes de posibilidad pero que también están definidos por nuestra interacción libre. No me refiero solo a lo que pasa en la familia, también en las comunidades de amistad que son repositorios de afectos, de relaciones no mercantilizadas y espacios de creación de lazos de solidaridad. Hay allí, sin lugar a dudas, un elemento de “comunalidad”.” (Arruzza, 2020 p. 29).

Por último, fue entre pares donde encontramos la constitución de la mayor parte de las estrategias de cuidado tanto afectivas como de protección frente al virus. Considerando que eran ellas quienes estaban trabajando en pandemia y quienes mejor conocían las condiciones en las que realizaban su trabajo, tanto en el ámbito laboral como en el hogareño, encontramos allí una libertad de acción que permitió redefinir espacios de trabajo y espacios de contención, siempre con la presencia del consejo y la escucha mutua.

Es fácil encontrar en las narraciones de nuestras entrevistadas cómo ante las insuficiencias de las estructuras jerárquicas y las sindicales actuaron de manera grupal para poder mejorar sus condiciones de trabajo cotidianas.

Respecto a los protocolos, si estos no se relacionaban con las posibilidades concretas y la mejora de las condiciones, las compañeras reclamaron alternativas:

“**Empezamos a insistir con el tema del tabicamiento**, se los deben haber nombrado ya. El tema de dividirnos en cohortes, había mucha incertidumbre y había muchas dudas respecto a lo que era bioseguridad y empezamos a insistir en que nos dividan en dos equipos tabicados, para que, si en alguno había algún contacto estrecho, no tener que dar de baja la atención absoluta del servicio social. Sino que podíamos, que el otro equipo podía cubrir mientras el equipo estaba aislado.” (E., residente TS)

Ante EPP insuficiente o inadecuado, se organizaron para reclamar y conseguirlo, también entre pares:

“acá igual la peleamos mucho, de hecho, yo tengo el uniforme de quirófano porque acá, discutimos mucho y logramos eso, que nos dieran uniformes de quirófano. (...) Eso fue una pelea del hospital, **no trabajamos hasta que nos den uniforme**, pero ahí porque los médicos también se sumaron y logramos hacerlo de conjunto.” (D., UFU)

Frente a la suspensión de las licencias para el cuidado de niñas, por ser consideradas esenciales, se organizaban entre ellas para cubrirse y posibilitar el cuidado:

“Sí, fue un despelote total. No, intentamos no hacerlo, intentamos que cuando a una compañera le tocara de 16 a 20, al día siguiente no tuviera que entrar a la mañana, como **intentábamos hacer esos arreglos, pero todo de manera interna**” (E., residencia TS)

“**Organizábamos las cosas, hay una cuestión de compañerismo** y de cómo se llama... de colaboración, que acá se sintió menos porque hubo acompañamiento y también en nuestros casos quienes tienen hijos chiquitos que no son tantas, no tienen hijos o tienen hijos grandes, los que tenían hijos chiquitos obviamente hubo, me parece, un cuidado y sus maridos también tuvieron una como división como días de trabajo. **Entonces hubo en estos casos que son tres casos, una participación bastante equitativa en las familias** entonces esto fue bueno nos ayudó a nosotros en lo que pudimos ayudarnos con nuestras compañeras, pero no hay que desconocer que sus familias tenían otra, **una dinámica de co-cuidado muy fuerte**. (C., cuidados paliativos)

Ante una priorización considerada injusta por las trabajadoras para la vacunación del personal, se organizaron y reclamaron en conjunto para su solución, incluso, sin vacunarse:

“A mí me la ofrecieron el primer día, porque UFU y las terapias eran prioridad, yo no me vacuné en el primer momento, porque la guardia estaba muy expuesta, porque a la guardia, en la guardia había muchos compañeros queriendo vacunarse y les decían que no eran prioridad, porque además UFU y terapia trabajamos completamente cubiertos todo el tiempo y en cambio en guardia no y eso me parecía muy injusto, que la guardia, entonces de conjunto estuvimos trabajando con la compañera que estaba a cargo de la guardia en ese momento, Alejandra, e hicimos mucho reclamo en ese sentido y por eso **no me vacuné en un principio porque lo reclamé es que vacunarán primero a la guardia**.” (D., ufu)

En algunos momentos, aparece también el consejo de les compañeres, que comparten la misma realidad y buscan prevenir dificultades:

“yo tengo un barbijo que decía Hospital Tornú, **me decían mis compañeros, sacate eso porque capaz te trae problemas en la calle**, porque claro ver que sos del hospital... la gente viste como que te discrimina a veces” (B., maestranza)

Los equipos de trabajo encontraron momentos de distensión, a veces incluso sin proponérselo intencionalmente, a veces a través del WhatsApp, y cuando se pudo, de manera presencial:

“después había un grupo, boludeces, para encontrar lugares de bienestar, un grupo de residentes y concurrentes del hospital y los lunes a la tarde-noche, **sin planearlo, sucedió**, se volvieron como tarde-noche de memes y había un bombardeo de memes de parte de todes y estabas juntando la semana y el lunes era el día que nos mandábamos todos los meses y **era como ir armando espacios de contención** para poder como tener algún tipo de catarsis respecto a lo que estaba pasando. Esas cosas como que iban pasando, esas pequeñeces. Nosotras una vez que pudimos retomar nuestro día de ateneo, después de los primeros dos meses que estuvo más intenso, cuando lo pudimos retomar, **empezamos a implementar una sección que se llamaba mimito de amor**, que alguna de nosotras, éramos 7, se hacía preparar alguna boludez cariñosa para las compañeras, tipo un jueguito un poema, algo del orden del cuidado y de la necesidad de **sentirnos refugio un rato, porque era un montón.**” (E., residencia TS)

“(¿Te sentiste cuidada?) **Me sentí cuidada por el equipo, con los compañeros del hospital con quienes hicimos esto.** Por el sistema no particularmente, con las grandes esferas diría, sobre todo yo siempre siento que los gestores de las políticas institucionales no hablo de los ministerios eh pero los gestores de las política institucionales nunca me parece que están muy cerca de los trabajadores y de los pacientes.” (C., cuidados paliativos)

Cuando los protocolos no eran aplicables en la realidad concreta del trabajo, las trabajadoras hacían lo posible para adaptarlos en equipo, para cuidar su salud, teniendo además que lidiar con el hecho que ante el contagio en un área se las responsabilizaría a ellas:

“**Acá pudimos reorganizar y readaptar** con lo que teníamos el sistema de trabajo para evitar los contagios, de todas maneras, vos tenés **un protocolo pero después es irrealizable**, por ejemplo, para darte una idea, estas en una sala de internación, llega el momento de la comida, coman en momentos separados, si pero yo a las 12 tengo que medicar, a las 2 de la tarde me tengo que ir, no hay muchos horarios disponibles porque a las 11 tengo que hacer los hemoglucos y hay que hacer las higienes antes de entregar la guardia. Entonces comés en el horario en que todos pueden comer, no es que se puede cuidar esa cuestión de la separación y los espacios son los espacios que hay disponibles, y entonces **si hay contagios entre compañeros, te dicen se relajan no se cuidan**, pero no es eso, **no hay forma física realmente de cuidarse, no te da el espacio las condiciones edilicias.** En la unidad 8 no hay ventana, el área donde está

enfermería, después el área médica, hay ventanas, aire acondicionado, un espacio más grande.” (D., ufu)

En una respuesta a una pregunta que refería a otro tema, en particular a las autoridades, encontramos la síntesis de esta comunalidad que surgió entre pares internamente a los equipos, pero también con otros servicios del Hospital, en el peor momento de la pandemia:

“Creo que nos costó mucho como hospital organizarnos, sentirnos entre todos acompañados y al principio creo que hubo mucho desconcierto, mucha sensación de inseguridad, de falta de protección y de acompañamiento. Después (...) lo que yo siento es que en el hospital alguna de las cuestiones de participar en las distintas áreas para COVID, triage, ufu y las distintas salas y el programa estar, también **nos permitió mucho acercamiento entre los distintos servicios que en otro momento no teníamos y se lograron cosas muy interesantes**. Esto, para mí, es un efecto beneficioso de la pandemia, acercó a los colegas, hubo mucha gente que mostró muchas ganas de trabajar, de sumar y de construir y **eso fue valiosísimo** y para mí fue uno de las cosas, de las realidades que **más me sostuvieron en pandemia**. Ver que no todo el mundo estaba aterrado o criticando negativamente, que hubo un movimiento de construcción entre distintos colegas (...).” (C., cuidados paliativos).

En las entrevistas, cuando hablábamos de la organización entre pares, para acompañarse, cuidarse y cuidar, hubo muchas referencias a lo hecho para mejorar la atención de los pacientes, relacionándolo directamente con mejorar sus propias condiciones de trabajo, la salud de sus pacientes es también la salud de las trabajadoras. Quienes concurren al sistema de salud en tiempos pandémicos ocuparon entonces un lugar central en las estrategias desplegadas por las trabajadoras.

“Empezó el frío en mayo y la gente estaba haciendo cola para la UFU al aire libre en este hospital, es **cómo puede ser que no se pensó que la gente tenía que esperar un resultado o esperar que las atiendan a la intemperie con un cuadro viral, y te lo digo sin ser médica, no tenía sentido**. Todas esas cosas eran disputas que íbamos dando, a veces como servicio entero, y a veces teníamos algunas disputas particulares como de la residencia.” (E., residencia TSI)

La médica de cuidados paliativos hizo mucha referencia a ese esfuerzo, por ejemplo al detallar haber tenido que recurrir grupalmente a gastos económicos para comprar un equipo y pagar una línea de celular para garantizar el contacto de sus pacientes con sus familiares:

“Hay que decir que el equipo, que nosotros **compramos el aparato, pagamos la línea** pero es algo, no es para marcar, yo creo que nunca ni fui a pedir a otro lado esto, no nos pagan esto, no nos dan el teléfono son cosas que debería ser una institución que se aggiorna me parece porque claramente necesitamos tener otras vías de contacto que hace 50 años, pero en lo que hace **mejor trabajo para los pacientes, para nosotros bueno**, a veces uno pone algo para contribuir a la parte del sistema que no se adecúa, antes de ir a pelearme y desgastarme preferimos eso.” (C., cuidados paliativos)

En el servicio social, construyeron herramientas comunicacionales propias pensando en lxs pacientes y sus familias, buscando orientarles en su visita al hospital y los posibles escenarios:

“Sí, mucho de armado interno digamos... nosotras empezamos a hacer mucho más uso de las redes sociales, del Facebook, del Instagram, del mail, para comunicarnos con la gente y para hacerle llegar comunicación a la gente. **Armamos un montón de piezas comunicacionales**, en el sentido de, por ejemplo, había mucha incertidumbre sobre qué pasaba cuando venías a la UFU, ¿sí o sí me mandan a un hotel?, ¿tengo que ir con cosas? ¿con qué cosas voy? Por ejemplo, madres mujeres con niños era un re tema, ¿qué hago?, ¿dejo a los chicos? ¿los llevo conmigo a la UFU?. Era un re tema y para todo eso hicimos piezas comunicacionales del tipo: “¿Qué pasa cuando venís a la UFU? Pasa esto (...). **Sí, todo autogestionado.**” (E., residencia TS)

Los testimonios hablan también de cómo fue la asistencia a las personas, pero también a los familiares de las mismas, dado que en la cultura hospitalaria está muy instalada la presencia de los familiares, particularmente mujeres para el acompañamiento y el cuidado de las necesidades de quienes están internadas.

En relación a las familias, los relatos señalan cómo las visitas de familiares fueron suspendidas, incluso en el fin de vida. Este fue un punto que generó la creación de diferentes estrategias. Se generaron llamados telefónicos de información, video llamadas para les pacientes y finalmente permitir la visita en situación de inminencia de fin de vida. Aquí una entrevistada señala:

“durante un tiempo (les pacientes) morían bastantes solos, aunque se hicieran algunas medidas, **esas medidas de mínimas eran angustiantes, terriblemente angustiante**, aunque se hicieran las visitas era desgarrador, **era volver a la medicina de hace 50 años y para nosotros particularmente algo insoportable no tener las familias con libertad en la sala**” (C., cuidados paliativos).

Esto movilizó cambios en la carga laboral:

“cada médico tenía, con acuerdo de sus pacientes la disponibilidad las 24 hs de atención telefónica, todo el mundo podía estar interrumpido digamos en horarios en teoría extra hospitalarios pero a su vez podían resolver mejor las situaciones, cambiamos horarios, cambiamos modalidad de trabajos en este sentido con el pasaje en algún momento a 80% a telemedicina.” (C., cuidados paliativos)

Señalan sobre esto que fue distinta la intensidad que se daba en el trabajo “porque antes por su puesto manteníamos mucha carga presencial y se transformó en una carga telefónica mucho más grande” (C., cuidados paliativos). Como señala Aspiazu (2016), recuperando a Novick y Galín, el de salud es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as.

También, hubo lugar para pensar a la población que vio postergada su atención sanitaria al cerrarse esos servicios, tanto en internación como en consultorios externos:

“Por los pacientes y por lo que uno veía en el triage, cuando venía la gente a pedir otras consultas... **a mi lo que me pareció serio y grave es que no se organizaran dispositivos para seguir atendiendo sobre todo por ambulatorio otras consultas** de salud que yo, en mi opinión, creo que se podría haber atendido, que no era una cuestión. Es más, creo que **es una responsabilidad** que no se tuvo globalmente en distintos hospitales y en éste, que es los consultorios externos mantener una cosa tal vez similar o alguna cosa distinta a la que hicimos nosotros que hizo onco, que hizo dermatología que siguió atendiendo y reumato y otras especialidades no atendieron, cerraron, **me impresiona que fuera una falla de la respuesta del sistema a la situación de otros pacientes**” (C., cuidados paliativos)

Conclusiones

El mundo ha sido afectado tanto por la pandemia como a través de las medidas implementadas en consecuencia. Todos hemos vivido tiempos cruzados por la angustia, el miedo y la ruptura de nuestras prácticas de socialización. Las esferas de la reproducción social y el ámbito de la producción se vieron modificados por nuevas lógicas de relación mediadas por el aislamiento, el distanciamiento y el miedo a un virus casi desconocido.

En el ámbito de salud, sus trabajadores debieron desarrollar estrategias para sostener las tareas de cuidado de las personas con COVID y a la vez sostener la reproducción de la vida sin los sostenes usuales, como la escolaridad, central en los procesos de cuidado. Sus integrantes, pertenecientes a la-clase-que-vive-del-trabajo, fueron categorizados como esenciales, lo que les permitió acceder a la movilidad y al trabajo, pero no les brindó estrategias de cuidado particulares para ellos ni para sus familias; sólo en el acceso priorizado a la vacuna pudieron encontrar un respiro.

No es menor que esta situación se dio, a su vez, en un sector altamente feminizado, que vive las consecuencias de la precarización laboral, que asume mayores tareas de reproducción social que los hombres y esto en un mundo donde avanza la pauperización de las condiciones de vida.

Coincidiendo con la invitación de la cátedra “a no disociar artificialmente la vida del análisis sociológico”, y a “hacer sociología situados desde las preguntas, las contradicciones y las reflexiones que esta pandemia ha provocado a nivel mundial” decidimos entrevistar a diferentes trabajadoras pertenecientes a una misma unidad hospitalaria, pero con diferentes posicionamientos y funciones en relación a sus funciones en el abordaje del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Desde una perspectiva cualitativa, buscamos ver cómo las trabajadoras construyeron acciones y estrategias de cuidado que les permitieron atravesar estos tiempos. Partimos de entender que estas estrategias de cuidado podían ser individuales, colectivas, gremiales o verticales.

Lo que observamos es que las entrevistadas soportaron la responsabilidad recurriendo más a sus compañeres de trabajo que a los protocolos, las autoridades e, incluso, a su representación gremial. Los gremios que entendemos como espacios estructurados a los que les trabajadores acuden frente a problemáticas laborales, no fueron ámbitos donde ellas encontraron respaldo. La burocratización en el funcionamiento de esas organizaciones, en algunos casos, y la prohibición implícita a la representación de base, en otros, imposibilitaron esa función. Esto, sumado a la constitución de espacios “masculinos”, en un ámbito laboral feminizado, fueron algunos factores que interpretamos afectaron esta relación.

Su posición en relación a lo que denominamos estrategias verticales, fue mayormente crítica y muchas de ellas remarcaron su cuestionamiento frente a protocolos inaplicables y a la ausencia de participación de los trabajadores de base en las mesas que definían las medidas sanitarias institucionales. También aquí señalan las tendencias preexistentes de un sistema de salud fragmentado, autoritario y patriarcal.

Las estrategias de cuidado más presentes durante la crisis fueron las de autocuidado, y las construidas colectivamente. Al fallar la respuesta institucional, la respuesta fue colectiva.

Por último, es fundamental remarcar la preocupación que repetidamente manifestaron frente a la población atendida. La conmoción del mundo laboral y el corte que significó la pandemia para el cuidado de pacientes hizo que buscaran también estrategias para la atención de los mismos, muchas veces, excediendo su horario laboral, extendiendo horarios, acomodando espacios y aprovechando tecnologías para acompañar a quienes lo necesitaban.

Bibliografía

Aspiazu, E. (2017) Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud Revista *Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias* NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) N° 28, Verano 2017, Santiago del Estero, Argentina ISSN 1514-6871 - www.unse.edu.ar/trabajosociedad

Arruzza, C. y Bhattacharya, T. (2020) Teoría de la Reproducción Social. Elementos fundamentales para un feminismo marxista- ARCHIVOS de historia del movimiento obrero y la izquierda ISSN 2313-9749 ISSN en línea 2683-9601 Año VIII, n° 16, pp. 37-69 marzo de 2020-agosto de 2020

Barattini, Mariana (2009); "El trabajo precario en la era de la globalización ¿Es posible la organización?"; Polis Revista Latinoamericana N° 24; Publicado el 28 abril 2012, consultado el 09 noviembre 2015. URL: <http://polis.revues.org/1071> ; DOI : 10.4000/polis.1071

Fraser, N. (2016) El capital y los cuidados 111 new Left review 100 septiembre - octubre 2016

Testa, M. (1989) - Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud- Organización Panamericana de la Salud .Oficina Regional para la organización de salud Series Representación OPS/OMS Argentina;(11), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18750>

Onocko, R. (2017) - Clínica Reformulada para una Clínica Ampliada - Conversación con Rosana Onocko.02 MAY 2017 Una clínica de la encrucijada. *Entrevista online a Rosana Onocko Campos - 9/09/14. Médica, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina. on [clínica reformulada](#), [clínica ampliada](#), [rosanaonocko campos](#)*

Pérez Orozco, Amalia (2006) * AMENAZA TORMENTA 1: LA CRISIS DE LOS CUIDADOS Y LA REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA ECONÓMICO 2006

Vázquez, A. y García, D. (2012) Procesos de Autoatención. Reflexiones en torno a la Capacitación en Servicio. Revista Margen N° 67 – diciembre 2012

2. Precarización, pandemia y reproducción social: el caso de las trabajadoras del Hospital Santojanni.

Agustín De Marco, Adrián García, Cecilia Lerda, Jonathan Smith

Resumen

La sobrecarga laboral, la falta de equipamiento e insumos, los bajos salarios y la falta de acceso a los derechos laborales de los trabajadores de la salud, son condiciones que forman parte de su día a día. Este nivel de precariedad se vio notablemente incrementado ante la crisis sanitaria del COVID-19. Afectando particularmente a las trabajadoras mujeres, que constituyen el 70% de la fuerza de trabajo de este sector.

El objetivo del presente estudio es analizar cómo afectó la pandemia a las mujeres trabajadoras del hospital Santojanni, a partir de indagar la jornada total del trabajo y el impacto emocional. Con este fin, la pregunta que motorizo esta investigación es: ¿Cómo afectó la pandemia a las mujeres trabajadoras? Para ello, el trabajo se basa en el análisis de entrevistas en profundidad a las trabajadoras de diferentes sectores del hospital.

Consideramos que las precarias condiciones de trabajo han empeorado, complementándose en nuevas formas características del contexto de pandemia como el aumento de las actividades domésticas incorporadas a partir del Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) y el miedo diario procedente de los trabajadores a enfrentarse todos los días a un ambiente laboral donde peligran su vida y la de sus familiares.

Palabras clave: precarización – jornada total de trabajo - reproducción social – impacto emocional – pandemia

Problema de investigación

El problema de investigación tratará de explorar la pregunta: ¿Cómo afectó la pandemia a las mujeres trabajadoras? La pregunta estriba en analizar cómo la pandemia potenció la precarización de las mujeres trabajadoras, partiendo de un estudio de caso centrado en el Hospital Santojanni³ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El interés en indagar esta unidad de análisis se funda, en que el sector de salud ha estado

³ El Hospital General de Agudos Francisco Santojanni es un hospital público de la ciudad de Buenos Aires ubicado en el barrio Mataderos.

en el centro de la escena desde el inicio mismo de la Pandemia desde marzo del 2020⁴. Tras más de un año de estar “en la primera línea”, consideramos que las precarias condiciones de trabajo han empeorado. Afectando particularmente a las trabajadoras mujeres, que constituyen el 70% de la fuerza de trabajo del sector salud y quienes son mayoritariamente las que se encargan del trabajo de reproducción social asalariado (salud, educación) como también de los trabajos de reproducción en el ámbito privado del hogar.

En aquellos países en los cuales el virus tuvo mayor impacto, las normas y presupuestos hasta entonces vigentes de la vida cotidiana se vieron removidos, modificados, transformados. Ahora bien, gran parte de estos flagelos no significaron una novedad, por cuanto la pandemia echó (aún más) luz sobre los profundos y complejos procesos de desigualdad que habitan y, en gran parte, definen las sociedades capitalistas. Esta desigualdad, si bien presenta una faceta material, que transmuta en lo “económico” y que resulta fácilmente rastreable, encumbra otro tipo de desigualdades de tipo estructural, allí donde las mujeres se han visto doblemente afectadas; en parte, por la afectación del contexto laboral que les es propio; además, por la carga de familia y de tareas domésticas.

Así, el elemento novedoso del trabajo aquí dispuesto es aquel de volver tanto más visible dicha problemática, aduciendo los propios dichos de las implicadas, a saber: médicas, enfermeras, ordenanzas, etc.; todas ellas padeciendo en dos tiempos los desmanes de la pandemia y la desigualdad estructural del sistema de producción capitalista (esto último viéndose particularmente reflejado en la profundización de la reproducción social).

Hipótesis

El aumento de las tareas en el lugar de trabajo y la dificultad de trabajar en relación directa con las muertes que trae una pandemia a nivel mundial, ha potenciado la precarización laboral tanto respecto de la jornada total como del impacto emocional.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar cómo la pandemia potenció la precarización de las mujeres trabajadoras del Hospital Santojanni.

Objetivos específicos:

1. Indagar cómo la pandemia impactó en la jornada total de trabajo de las mujeres trabajadoras del Hospital Santojanni;
2. Describir el impacto emocional que produjo la pandemia en las mujeres trabajadoras del Hospital Santojanni.

⁴ El 12/3/2020 a partir del Decreto 260/2020 se establece la Emergencia Sanitaria en Argentina: “Ampliase la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19”.

Marco teórico

Partimos de una noción ampliada de la clase trabajadora, en palabras de Antunes (2005); "la clase que vive del trabajo", que incluye a todos aquellos que venden su fuerza de trabajo a cambio de un salario, incorporando, además del proletariado industrial, a las asalariadas del sector de servicios, al proletariado rural, proletariado precarizado, o subproletariado moderno, part-time, trabajadores tercerizados y precarizados de las empresas, trabajadores de la "economía informal y trabajadores desocupados.

Entender a la clase que vive del trabajo de ese modo amplio, como sinónimo de la clase trabajadora, permite reconocer que en el mundo del trabajo se vienen sufriendo transformaciones importantes (Antunes, 2005). Una de las características centrales de esta nueva morfología de la clase trabajadora es la precarización.

El concepto de precariedad laboral surge en la década de 1970, pero es a partir de los '80 y particularmente en los '90 que se extendió ganando peso en las ciencias sociales del trabajo.

En principio se definió al empleo precario como contrario del empleo "típico", haciendo hincapié en la variable jurídica contractual como la característica principal; contrato por tiempo completo, protegido por la legislación o la negociación colectiva, seguridad y estabilidad, por lo tanto, los trabajos "atípicos" estaban signados por la inestabilidad y la falta de seguridad en el trabajo. En esta misma línea luego se comenzó a identificar la precariedad con el trabajo desprovisto de seguridad social, y por lo tanto entendiendo a los empleos precarios como aquellos empleos "no registrados". Asociar la precariedad con el empleo no registrado implica desconocer las reformas en el mercado laboral que hicieron que la precariedad no constituya una "ilegalidad" (Longo, 2012).

La modificación en las condiciones de acumulación y competencia del capital durante las últimas décadas, generó nuevas presiones sobre las formas de contratación y uso de la fuerza de trabajo. La precariedad se presentó como la materialización de una nueva relación de poder entre el capital y el trabajo, dejando de ser una característica residual del mercado laboral, para transformarse en condición estructural del modelo de acumulación (Longo, 2012).

Dado el carácter multidimensional y heterogéneo del concepto pretendemos dar cuenta de algunos aspectos centrales en el cual se enmarca el concepto de precarización. Podemos decir con Longo que la precariedad constituye una forma histórica de la relación de fuerzas entre capital y trabajo, donde el capital avanza y dispone más enteramente de la fuerza de trabajo, pese a lo cual, no existe un momento de no-precariedad versus un momento de precariedad en el mercado laboral, sino distintos grados de precariedad en esta relación de poder. Se entiende asimismo a la precariedad como una forma histórica que adquiere la experiencia de la explotación, y por lo tanto se plantea la necesidad de pensarla no como una característica individual de los trabajadores sino como particularidad de los lugares de trabajo. En este sentido la autora introduce el concepto de "ámbitos laborales precarios". Estos ámbitos son los que configuran las relaciones entre los trabajadores. Relaciones que atraviesan las fronteras contractuales, influyen sobre las percepciones y subjetividades de los trabajadores, y condicionan sus marcos de acción y organización (Longo, 2012).

Otro aspecto a destacar en cuanto a la modificación de la morfología de la clase trabajadora, junto con su precarización, es su proceso de feminización. Dentro de los ámbitos particularmente feminizados están aquellos dedicados al trabajo de reproducción social, como es el sector salud.

La Salud es una actividad que se caracteriza por su heterogeneidad, por tener una gran carga de cuidado en sus tareas y estar compuesta mayormente por mujeres, a la vez que es atravesada por múltiples déficits en las condiciones laborales y profundas desigualdades de género (Aspiazu, 2016). El deterioro de las condiciones de trabajo del sector salud, como consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales, se caracteriza, entre otras cosas, por la desequilibrada relación entre trabajadores de la salud y población que asiste al hospital; que impone al personal de servicios de salud jornadas laborales insalubres, incremento en la intensidad del trabajo, aumento de la carga de trabajo, multiplicidad de tareas, entre otras. También repercute en la percepción que tienen los trabajadores de su propio trabajo, por ende, impactando negativamente en la calidad del servicio.

Para dar cuenta y abordar el uso del tiempo en la vida cotidiana, el análisis y conclusiones a las que arriba Teresa Torns sobre el uso del tiempo, nos interpelan como posible superación de las condiciones de trabajo que afrontan los trabajadores de la salud y la sobrecarga laboral a la que se ven sometidos. Las políticas de tiempo pueden ser una buena herramienta para repensar el bienestar cotidiano de la ciudadanía. Debe considerarse, sin embargo, que el tiempo hegemónico es el tiempo de la jornada laboral y las políticas de regulación del tiempo de trabajo (asalariado) son las que deben centrar los mayores esfuerzos. La flexibilidad y la desregulación de esa jornada, comenzó en tiempos de bonanza económica y, en la actualidad, hay que continuar ese camino para superar la crisis (Torns, 2004).

El proceso de acumulación en la actualidad no puede ser indiferente a las categorías de clase, sexualidad o género, pero busca organizar y dar forma a esas categorías que actúan en la determinación de la extracción de plusvalor. La relación salarial impregna los espacios no-asalariados de la vida cotidiana. Nos paramos en la teoría de la reproducción social entendiendo que el ámbito de producción de valor y de reproducción de la fuerza de trabajo son espacios que están unidos tanto en sentido teórico como operacional (Bhattacharya, 2015). A partir de allí podemos vislumbrar las condiciones de vida que los trabajadores de la salud sostienen para afrontar la pandemia del COVID-19.

La reproducción social se desarrolla no solo en la familia y el hogar, sino que hay toda una serie de trabajos reproductivos que han sido socializados por el Estado y que se llevan a cabo a través de instituciones públicas, como es el trabajo en un hospital. La neoliberalización de la reproducción social implica recortes en esos servicios públicos y produce un incremento de la carga de reproducción social en las familias (Arruzza y Bhattacharya, 2020). Esta "crisis de la reproducción social" (Fraser, 2015) repercute principalmente en las familias trabajadoras, obligando a que esas tareas sean cubiertas por medio del mercado o mediante el trabajo no pago de miembros de la familia trabajadora, lo que implica, en la mayoría de los casos, una sobrecarga extra de trabajo para las mujeres (Varela, 2020).

Varela entiende que la lucha contra la opresión de las mujeres no puede separarse de la

lucha contra el capitalismo, pero hay que distinguir entre la producción de valor y la reproducción de las condiciones sociales. La fuerza de trabajo es endógena al ámbito de la producción por su necesidad de un salario como costo mensurable y exógena ya que el ámbito doméstico se reproduce por fuera de la producción de valor y plusvalor. Esto posiciona a las mujeres actualmente en una doble opresión, pero también las posiciona como puentes entre la producción y la reproducción. La condición de "trabajadora asalariada de la reproducción social" permite pensar como dice la autora en luchas de clase de la fábrica al barrio y del barrio a la fábrica ya que la reproducción de la fuerza de trabajo es dual al lugar de producción, en su doble condición de producción y reproducción de la fuerza de trabajo (Varela 2020).

Consideramos las tareas de reproducción social como un elemento que hace más precarias las condiciones de trabajo y vida de la clase trabajadora, principalmente de las mujeres. Por ello retomamos el concepto de Jornada total de trabajo.

Tomando el informe de la OIT, entendemos que el Trabajo total: "Comprende todas las actividades realizadas por personas de cualquier sexo y edad con el fin de producir bienes o prestar servicios para el consumo de terceros o para el uso final propio" (2013). Por lo tanto, la dimensión de jornada de trabajo total incluiría tanto el trabajo de reproducción social remunerado como el trabajo no remunerado del hogar.

La OIT en su publicación "Mujeres en el mundo del trabajo" (2019) realiza un análisis sobre el trabajo no remunerado y la participación laboral. En el establece que las tareas de cuidado de personas y del hogar son distribuidas desigualmente siendo las mujeres que realizan casi cuatro quintas partes del total de trabajo no remunerado. Esta cuestión es considerada una barrera al acceso de las mujeres al mercado laboral. Pero también afecta directamente en el mercado de trabajo en producto de inserciones laborales más precarias o inestables ya que no se pueden conciliar las responsabilidades familiares con las obligaciones del trabajo remunerado. Por tanto, hay una carga de trabajo no remunerado que afecta a las condiciones.

Esto se vio aún más agravado, durante la pandemia, ya que ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, aumentando así el tiempo que las familias dedican a este trabajo no remunerado, que recae mayoritariamente sobre todo en las mujeres. Una situación que se agrava si tenemos en cuenta que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con niños, niñas y adolescentes a cargo. La falta de alternativas para hacer frente a esto, aumenta el riesgo de infección (por ejemplo, al recurrir a familiares que pueden integrar grupos de riesgo) y exacerba los altos niveles de estrés y desgaste emocional que enfrentan (OIT, 2020).

El estudio de la OIT (2020) expone también los riesgos psicosociales del personal de salud. Al ser las trabajadoras las que están más en la primera línea de respuesta sanitaria tienen que asumir los costos físicos y emocionales viéndose en situaciones traumáticas y enfrentándose a decisiones difíciles.

A los fines de abordar la dimensión de "impacto emocional" habremos de tomar la definición provista por Susana Sainz (2000) en su trabajo "Situaciones de emergencia social: un estudio sobre el impacto emocional en trabajadores de emergencias y sus estrategias para enfrentar los efectos". Allí, define el impacto emocional como una:

Fuerte repercusión psicobiosocial producida por un estado afectivo intenso y de breve

desarrollo (emoción). Ese complejo proceso es iniciado por diversos factores incluidos en una situación, significativa para la persona y/o los grupos humanos. Es una cualidad de los estados emotivos, personales y/o grupales y masivos y tiene manifestaciones a diferentes niveles: subjetivo, neurofisiológico e interaccional. Incide positiva o negativamente en funciones de: adaptación corporal; comunicación social y registro subjetivo cognitivo (Sainz, 2000).

En el caso del presente trabajo, asociamos el impacto emocional a la repercusión que tuvieron las muertes, ya sea de pacientes o de compañeros/as de trabajo, en las trabajadoras del Hospital Santojanni en el marco de la pandemia por COVID-19. Para ello, nos servimos de los aportes de Susan Ferguson (2020), quien manifiesta que existe una dependencia reacia entre el capitalismo y la vida: "el sistema, a la vez que privilegia la acumulación de capital por sobre los medios para "hacer vivir", no podría prosperar sin reproducir la vida humana".

La pandemia del COVID-19, en este sentido, trajo consigo un enorme aumento de la presión sobre las tareas reproductivas, dejando más expuesta tal contradicción. Más aún, tal contradicción se envuelve con las complejidades propias del mundo sanitario, el cual estuvo inmerso más que ningún otro sector en el proceso que implicó la Pandemia. Cierto es, como indica Ferguson, que la contradicción entre generar capital y hacer vivir siempre ha sido más evidente en las comunidades subalternas y en su lucha diaria por la supervivencia; sin embargo, la pandemia vuelve todavía más visible esta lógica en el ámbito de la salud.

Así, el impacto emocional recibido por las trabajadoras en el marco de la pandemia no obedece, al menos no simplemente, a un motivo urgente y coyuntural; más bien se trata de un efecto esperado en el marco de un sistema que ha operado de manera injusta, inadecuada, temporaria, reacio (en términos de Susan Ferguson) al sostenimiento del "hacer vivir".

En otras palabras, explica la autora, "la meta no es salvar vidas" (Ferguson, 2020). Se trata más bien de asegurarse de que haya una reserva suficiente de trabajadores y trabajadoras dispuestos a vender su fuerza de trabajo al capital, tanto en el presente como en el futuro. Es importante destacar, en este sentido, que los trabajadores de la salud fueron uno de los primeros grupos en haber sido considerados como esenciales. La diferencia dada entre quienes son esenciales y quienes no lo son viene dada, a los ojos de Ferguson, por el hecho de que "las metas capitalistas, por más limitadas que sean, implican que algunas personas arriesguen más su vida que otras".

Al frente de este grupo están quienes limpian, cocinan y atienden a las necesidades físicas y mentales de otras personas. Se les unen quienes trabajan en el cultivo y en el transporte de personas y mercancías, junto a quienes distribuyen y procesan el alimento. Debe señalarse que estos empleos garantizan de una u otra forma las actividades que "hacen vivir" y son, también en tiempos no pandémicos, completamente infravalorados (con bajos salarios, inseguros y no regulados o regulados de forma deficiente) (Ferguson, 2020).

De lo anterior se desprende el hecho de que, justamente, quienes mayormente se encargan de las tareas de cuidado (no solamente en el ámbito laboral, sino en el ámbito de la vida cotidiana), resultan ser las mujeres. Es esperable, entonces, encontrar que el impacto emocional al cual hacemos referencia en este trabajo se propague hacia el

ámbito de la vida privada, donde las trabajadoras continúan llevando adelante tareas de cuidado y mantención del hogar.

De la mano del concepto de impacto emocional, es preciso indagar acerca de sus efectos, en este caso, el "sufrimiento mental", el cual se origina ante una disminución del contenido significativo del trabajo por la rigidez de la organización laboral cuando ésta provoca una descualificación que deshumaniza al obrero y resta importancia a la tarea que realiza (Dejours, 2009). La deshumanización a la cual se refiere Dejours es rastreable, particularmente en quienes realizan la labor de enfermería, dado que no ven reconocido su trabajo en el ámbito profesional, lo cual repercute directamente en su bienestar físico, mental y material, donde, de manera manifiesta, pareciera restarle importancia a la labor realizada. En este punto, Dejours define tres elementos fundamentales para compensar el sufrimiento mental generado en el trabajo; la satisfacción laboral que puede suponer el acceso a determinado estatus o el interés por las tareas desarrolladas; el grado de motivación del trabajador y la predisposición a generar contenido significativo satisfactorio desde la estructura mental del trabajador.

Va de suyo que en el contexto de la Pandemia por COVID-19, ninguno de estos elementos ha sido de la partida; por un lado, por el mero hecho de encontrarse sumido (el sector "salud") en un marco de por sí infausto y por demás complejo; por otro, por la inacción estatal en garantizar mejores y mayores condiciones materiales de trabajo, lo cual ha dado como resultado un mayor impacto emocional en las trabajadoras, en este caso, del Hospital Santojanni.

Como expresa Lola Loustaunau (2021), la emocionalidad es clave para pensar la precariedad. Incluir la dimensión emocional en general, y cómo esa dimensión emocional es co-producida en el lugar de trabajo y opera, volviéndose parte de las condiciones de trabajo, de la "calidad de trabajo".

Tener presente a las emociones como un aspecto co-constitutivo de la relación de explotación y de las condiciones laborales, permite expandir las dimensiones de la precariedad que atañen al trabajo, a sus condiciones de vida y de reproducción social.

Fuentes y metodología:

En términos metodológicos, este es un trabajo exploratorio-descriptivo que utiliza técnicas cualitativas de recolección y construcción de datos.

Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a once trabajadores⁵ de diferentes sectores del Hospital Santojanni (Guardia pediátrica, hemoterapia, maestranza, residencia, cocina, enfermería). Las mismas fueron realizadas de manera presencial en el lugar de trabajo y a través de plataformas virtuales, durante los meses de septiembre y octubre del 2021. Las entrevistas se desarrollaron en base a una guía semi estructurada confeccionada por estudiantes de sociología del seminario "Los trabajadores en la Argentina actual. Recomposición social y conflictividad laboral de 2003 en adelante" de la Universidad de Buenos Aires.

Para poder llevar adelante nuestro análisis en relación a los objetivos planteados,

⁵ Los nombres de las entrevistadas fueron reemplazados por nombres de ficción a los efectos de mantener el anonimato.

elaboramos una matriz de datos con las dimensiones a indagar, que se anexa al final del informe. A partir de los elementos teóricos antes citados y de una lectura minuciosa de las entrevistas, se identificaron ciertas categorías que permiten sistematizar la información.

Análisis de las entrevistas:

Para realizar el análisis nos valimos de las entrevistas realizadas a once trabajadores de diferentes sectores del Hospital Santojanni; Guardia pediátrica, hemoterapia, maestranza, residencia, cocina, enfermería.

Si bien la muestra no es representativa de todo el sector salud consideramos que es un incipiente análisis para conocer la realidad de los trabajadores del sector. Ya que las condiciones de las trabajadoras del hospital Santojanni se asemejan a las del resto de los otros trabajadores de salud. La necesidad de tener más de un empleo, el poco o nulo tiempo de descanso, las guardias y jornadas laborales extensas sumado a las actividades de reproducción social en el hogar. Todas estas situaciones se agravaron durante la pandemia repercutiendo en el tiempo libre y recreativo de los trabajadores. Las medidas de prevención, la protección de la familia, la complejidad de las actividades y el temor a enfrentarse a la muerte fueron causantes de condiciones mucho más precarias.

El análisis se centró en relación a las dos dimensiones que nos propusimos abordar; cómo la pandemia impactó en la jornada total de trabajo y el impacto emocional que está produciendo.

La jornada total de trabajo - más trabajo y menos tiempo

Por jornada total de trabajo nos referimos tanto a la jornada laboral remunerada, en este caso en el hospital, y al trabajo correspondiente a las tareas del hogar y de cuidado. Se pretende indagar las modificaciones que se llevaron a cabo producto de la pandemia en este aspecto y como fue vivido por sus protagonistas.

La jornada de trabajo remunerado es el tiempo que los trabajadores se encuentran a disposición del empleador, en tanto no pueden disponer de su tiempo en beneficio propio. Esto quedó aún más en evidencia durante la pandemia, haciendo que los trabajadores de salud en su rol de "esenciales", "vivan (aún más notoriamente) exclusivamente para el trabajo", repercutiendo directamente en sus tiempos personales, recreativos y de organización.

"Dijimos: vamos a organizarnos de esta manera, yo trabajo un día, vos trabajas al otro día, los chicos siempre se quedan con uno y siempre están con nosotros. Así que hicimos como una pequeña burbuja en casa, y a partir de ahí dijimos bueno, busquemos una red de contención, si a vos te pasa y vos te infectas y quedas internado, o yo me quedo internada o lo que fuera, vos quedas en terapia intensiva o yo quedo en terapia intensiva, quién se va a hacer cargo de los chicos. Y buscar contactos de referencia, hablé con mi cuñada, hablé con mi hermano, por si nos pasaba algo. Eso fue lo más difícil, decir "vos te tenés que encargar de mis hijos si

me pasa algo", y no todo el mundo quiso". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

"Tengo dos hijos, en ese momento tenía una de casi 2 años, y uno de 7 años, así que era como medio difícil porque tenía que estar con los chicos en casa y cumplir con la carga horaria. O sea que era más complejo". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

"Cuando estoy trabajando, estoy de guardia, mi marido está en casa y no está de guardia; cuando yo estoy en casa, él está de guardia, nos vemos los fines de semana como familia, por así decirlo, los cuatro juntos, y durante la semana en algún que otro momento tengo una niñera que va y viene, me ayuda con alguna que otra cosa. Por ejemplo, hoy vine a trabajar, la nena está enferma y la dejé con la niñera. Como que tenemos una ayudita, una persona que nos ayuda porque si no es imposible". (Pamela, entrevista 7 sector pediatría)

Citando a Teresa Torns, el tiempo hegemónico de la jornada laboral cotidiana de las trabajadoras ejerce dominación sobre los demás usos del tiempo. Esto quedó totalmente evidenciado durante la pandemia, y se agravó aún más.

Como lo menciona Mabel del sector de enfermería, sumado al pluriempleo y el esfuerzo de mantener las tareas domésticas tuvo el adicional de cumplir con el teletrabajo que antes realizaba en el hospital:

"Nosotros por ahí estamos de las 8 de la mañana hasta las 16hs, en una policlínica que tenemos y guardia de 12 horas, de 8 a 20, las guardias se hicieron igual, pero las policlínicas no se hicieron porque no teníamos aulas, entonces hicimos todo a través de online que hasta el día de hoy que se está recién remodelado el hospital adaptándose previo a la pandemia, estábamos haciendo todo online" (Mabel, entrevista 2, sector enfermería)

En cuanto a este tema, Cecilia comenta cómo esto repercutió entre las alianzas, vínculos y solidaridad entre los propios trabajadores:

"Era un conjunto de cosas que no podíamos dormir y veníamos igual, obviamente. Porque sabíamos que, si yo no iba, estaba sobrecargando a mi compañera que me está bancando a mí porque yo no estoy, y gracias a que ella va, yo puedo quedarme en mi casa. Era una cadena, nos ayudábamos entre todos. No fue así, de que no en todos los sectores fue así, pero bueno, dentro de todo... lo hemos charlado mucho, somos poquitos y nos tenemos que ayudar". (Cecilia, entrevista 2, sector hemoterapia)

Uno de los aspectos que transcurre fuera del ámbito laboral pero que afectó a las trabajadoras precarizadas, fue la cuestión del transporte. Como se desprende del testimonio recabado en la entrevistada, y teniendo en cuenta que mediante el Decreto N° 297/20, se dispuso el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" (ASPO), y el transporte público fue reducido en frecuencias y al mismo tiempo se extremaron los controles en los accesos a la Ciudad de Buenos Aires. Las medidas dispuestas para contener la pandemia provocaron que la llegada al lugar de trabajo insuma mucho más tiempo, recortando el tiempo libre que se articula entre la jornada laboral y las obligaciones domésticas.

"El tema fue el transporte, fue un desastre para nosotros el viaje, donde tardabas

una hora, tardabas hasta 4 horas después, porque iban todos sentados, porque no podías ir más parada, porque tenías que tomar distancia, el colectivo no llevaba mucha gente o sea, hubo organización por un lado y desorganización por el otro lado. El tema de tomar distancia, de tener cuidado, en ese sentido estaba perfecto, pero no se tomó conciencia de todo el problema que nos acarrió al agente que usamos transporte público. Porque nos llevó muchísimo, muchísimo tiempo de viaje, donde tardabas una hora ya te digo tardabas el doble". (Andrea, entrevista 1, sector limpieza)

Andrea del sector limpieza hace hincapié en esta cuestión como un problema fundamental, ya que ella se organizaba con las tareas del hogar con ayuda de sus hijos y como consecuencia de las medidas dispuestas por el Gobierno Nacional, salir de trabajar y volver al hogar le representaba el doble de tiempo que antes de la pandemia.

Un caso similar es el de Patricia del sector cocina, que relataba la desmoralización que le generaba esta situación, ya que ella terminaba su jornada laboral por la tarde, horario en el cual se dificultaba conseguir transporte para volver a su casa.

"Verdaderamente fuimos esenciales, trabajamos mucho, había que lidiar con el transporte, en una época no tenías, los que no tenían auto ni remises ni nada por el estilo, no tenías cómo llegar, me ha tocado irme y salir de acá a las 7 de la tarde y no tener nada, nada para irme, sino venias con plata te quedabas boyando, y bueno, eso fue lo más difícil, el transporte". (Patricia, entrevista 6, sector cocina).

Teniendo en cuenta estos testimonios, se puede observar cómo este tema repercute en las trabajadoras que no cuentan con movilidad propia, lo cual no es casualidad que sean trabajadoras pertenecientes al sector cocina y limpieza, ambos sectores tercerizados.

Como consecuencia de las medidas impuestas para controlar la irrupción de la pandemia, el ámbito de la reproducción social sufrió un gran impacto, especialmente respecto de aquellas mujeres que tienen personas a cargo y llevan adelante tareas de cuidado.

"Antes gracias a dios tenía a mi abuela que me ayudaba muchísimo. Después de que ella partió, y bueno, tuvimos que repartir las tareas con mis hijos. Mis hijos son adolescentes grandes y me dan una mano terrible. No sé qué haría si tuviera en este momento un niño de 3 años, sería imposible poder hacer los tres trabajos que hago, no podría. Si no tendría que contratar una niñera 24hs por día, cambiaría la plata...Me voy muy temprano, a las 6 de la mañana, y vuelvo... hoy volví temprano, sino generalmente vuelvo entre las 8 y las 9 de la noche". (Verónica, entrevista 8, sector enfermería)

Como lo manifiesta Verónica esta situación impediría en la actualidad la posibilidad de cumplir con la jornada laboral si sus hijos fueran más pequeños ya que no tiene la posibilidad de contar con su abuela.

Esto también revela que cuando una mujer no puede hacerse cargo de los cuidados y las tareas del hogar, estas recaen en otras mujeres de la familia, o si tienen la posibilidad de no realizar ese trabajo, este es desarrollado por otras mujeres de forma remunerada.

"Por ejemplo, hoy vine a trabajar, la nena está enferma y la dejé con la niñera. Como que tenemos una ayudita, una persona que nos ayuda porque si no es

imposible". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

En relación a esto, Juana y Mabel ilustran, coincidiendo con las otras entrevistadas, que son mayoritariamente las mujeres las que se encargan de los cuidados y tareas domésticas dentro del hogar:

"Trabajo de 6 a 14. Salgo de acá, llego a mi casa, limpio, hago lo que tengo que hacer. Si mi hija tiene que ir a entrenar, la acompaño. Somos tres solitas". (Juana, entrevista 4, sector limpieza)

"¿Y vos cómo te organizas para cumplir con el trabajo acá en el hospital, en tu hogar, con tu familia? "Multitask, pulpo. Pulpo multitask". (Mabel, entrevista 2, sector enfermería)

El incremento de tareas en el hogar producto de mayor tiempo confinado en casa fue un grave perjuicio en algunos casos, como fue para Verónica que en un principio se tuvo que aislar y no pudo vivir con su familia, pero sí tuvo que sostener las tareas de reproducción social en el hogar.

"Imaginate que yo estuve dos meses sin venir a mi casa hasta que encontramos la manera de ver cómo iba a hacer para que mis hijos no tuvieran peligro. Después se terminaron contagiando, pero bueno. Era todo, ¿cómo te puedo decir? Yo llamaba por teléfono, llamaba y les decía "chicos, estoy llegando", ellos se metían a la pieza, yo llegaba, me sacaba toda la ropa, al baño, me bañaba, la ropa y el ambo todo eso en una bolsa roja para lavar. Hasta recién no podía darles un beso a mis hijos". (Verónica, entrevista 8, sector enfermería)

"Yo estaba en el departamento con mi marido, mis hijos en lo de mi hermana junto a mi papá. O sea, yo iba por semana, les llevaba mercadería, les dejaba en la puerta, saludaba a mis hijos por la ventana y me iba. Te digo, un dolor que no se lo deseo a nadie. Estuve casi un año sin mis hijos...". (Eliana, entrevista 2, sector enfermería)

En el caso de las trabajadoras que tuvieron que adecuar sus ocupaciones en el hospital, el problema más recurrente fue la mayor intensidad en las tareas y las extensas jornadas de trabajo, en particular debido a que muchas trabajan en más de un establecimiento para llegar a fin de mes:

"Yo que trabajo en tres lados distintos, porque para sobrevivir en este país en donde vivo tengo tres trabajos aparte de uno" ("Por la tarde, salgo de ahí y por la tarde tengo a cargo el geriátrico familiar, toda la parte clínica, y sábados, domingos y feriados trabajo de 7 a 19hs en el hospital Santojanni. ¿Por qué trabajo tanto? Porque de esta manera puedo pagar todas mis deudas a fin de mes y no le debo dinero a nadie". (Verónica, entrevista 8, sector enfermería)

Definitivamente esta situación impacta en su labor debido a la sobre exigencia. Junto con esto surge, como problema generalizado la falta de protocolos adecuados o de medidas de protección sanitarias efectivas, y la "obligatoriedad" de prestar servicio por el mandato social instalado en el sentido común de la "vocación" del personal de salud. Así lo resaltan varias trabajadoras.

Por su parte, Pamela agrega:

"Y, la verdad que esto del trabajo, de justificar la carga horaria por la vocación, de

usar ese recurso tan, no sé, de ningunear al médico, de decir "vos sos médica, vos estás obligada a atender", y es el concepto que todo el mundo tiene. Y no, no estoy obligada a atender, si quiero te atiendo, ¿me entendés? Esa cuestión, de decir "bueno, pará, no me ningunees", soy médica, pero soy un ser humano, soy mujer, soy madre, o sea tengo responsabilidades, no solamente soy médica. No por ser médica dejo de ser mujer o madre, ¿entendés? Entonces esa cuestión me parece que no está visibilizada, entonces es una cosa tras la otra". "Tengo cuatro trabajos. Porque no me alcanza". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

La idea fundamental de la TRS es que el trabajo humano está en el corazón de la creación y reproducción de la sociedad como un todo. De este modo, poner el foco en una perspectiva de la reproducción social, admite llevar el análisis más allá de las nociones de cuidados y trabajo doméstico. Implica comprender tanto la reproducción de las trabajadoras como de la fuerza de trabajo en el marco de determinadas condiciones de producción y división social-sexual del trabajo. En este sentido la pandemia expuso notoriamente las condiciones en que realizan sus tareas las trabajadoras del hospital Santojanni

"Claro, es que en el shockroom del Santojanni son 5 camas. Supuestamente hay una cama especial para pediatría, pero en realidad, cuando mudan la guardia de pediatría a otro lado, esa cama se usaba para pacientes adultos. Entonces cuando yo llego a decir que tengo que meter un paciente ahí urgente, que necesito el respirador para ventilarlo, y para que me den una mano porque yo estaba sola, la respuesta fue "no, no tengo lugar", bueno, haceme un lugar, "no, no puedo porque están todos los pacientes ventilados", pero ese lugar es de pediatría, "no, pero yo ya lo usé". (Pamela, entrevistada 7, sector pediatría)

Los equipos de salud desempeñan un papel fundamental a la hora de moderar el impacto de la pandemia dado que para prevenir y gestionar las emergencias sanitarias se requiere una fuerza laboral de salud adecuada, bien distribuida, motivada y apoyada. Frente a la calamidad del coronavirus, la crisis crónica de la fuerza laboral en salud se profundiza y pone de manifiesto las debilidades del sistema.

Impacto emocional - la presencia del miedo en la labor

El impacto emocional, tal como fuera definido previamente (Sainz, 2000), ha causado una fuerte presencia en las trabajadoras del Hospital Santojanni. Esto se ha hecho evidente en múltiples aspectos, tanto en estados afectivos primarios (miedo, tristeza, angustia, etc.) como en los marcos relacionales (no solo a nivel profesional, sino también a nivel familiar). Asimismo, y retomando la definición aludida, el impacto emocional no ha sido cualidad unívoca de estados personales, sino también grupales. En el marco del sector salud, prima el factor subjetivo e interaccional del impacto emocional, donde se reconoce un colectivo en una situación particular y por ende diferenciada de otras profesiones. He aquí el principal motivo por el cual hemos identificado el factor emotivo, traspolado en el denominado "impacto emocional", como un aspecto "potenciador" de la precarización.

"Yo la pasé mal todo el año. Somos médicos, pero también somos mamás, papás, docentes, somos todo. Y creo que nos pasó a todos, no había posibilidad de hacer

home office, había que ir sí o sí a trabajar. A mí me hubiera gustado hacer home office, pero no se pudo". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

Así, va de suyo que una de las primeras emociones "detectadas", producto del impacto que ha producido la pandemia en las trabajadoras, ha sido el miedo:

"Con el miedo de que no sabíamos qué era la cuarentena, con el miedo, sabíamos, escuchábamos que se moría toda la gente, viste, no sabías si llegabas a tu casa, que nada, si nos teníamos que quedar en el hospital". (Mabel, entrevista 5, sector enfermería)

"La verdad que uno tenía miedo, por más que seas personal de salud y tengas los insumos y demás, tenés miedo igual. En el más mínimo error te tocás la cara, o por ahí no te lavas bien las manos, el miedo estaba igual". (Eliana, entrevista 3, sector enfermería)

Se trata, según podemos identificar, del miedo a lo desconocido, a todo cuanto se sabía por entonces (nos referimos, aquí, al comienzo de la pandemia) del COVID-19, lo cual resultaba insuficiente de cara a la urgencia que representaba la atención médica del mismo.

"Mira, yo no tomé conciencia de esto hasta los primeros días de abril, mayo, que dentro de la salita de Alejandro Korn falleció Silvio, que por eso salió la ley Silvio. Que era el único enfermero que teníamos que, por contacto, cuidándose y todo, por contacto con un paciente se contagia COVID y a los 5 días fallece, y a los 2 días fallece un colega mío, un pediatra que también, de la misma manera, súbitamente, lo veo a la mañana y a la noche estaba muerto. A partir de ahí fue como un quiebre para mí, dije: bueno, esto no es el N1H1". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

En este sentido, es preciso tener en cuenta que tal afectación excede lo meramente laboral, dado que el miedo impactó relacionalmente, a nivel de la estructura familiar. Esto generó en no pocas oportunidades que las médicas, enfermeras, mujeres trabajadoras del sector de limpieza, tuvieran que aislarse de sus afectos, justamente, por miedo a contagiarlos.

"Fue como un quiebre en cuanto a lo que fue mi vida personal, a decir bueno, tengo que buscar una estrategia, estoy expuesta 24hs, yo en ese momento trabajaba casi 120 hs por semana, y dije bueno, tengo que buscar la estrategia de cómo voy a hacer para organizar mi vida personal con mi trabajo, teniendo dos nenes chiquitos. Entonces me aislé de mi familia, me aislé de mi hermana, de mi mamá, de mi papá, de toda la familia de riesgo, me aislé, hicimos como una pequeña burbuja en casa". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría)

Asimismo, el miedo no se limita a una respuesta primaria, sino que sus efectos se extienden y profundizan la susodicha precarización (Ferguson, 2020). Esto se refleja, principalmente, a nivel de la estructura familiar y distribución de las responsabilidades:

"En este sector fue bastante con miedo, como en todos, porque teníamos que ir a los pisos a entrar en una sala con pacientes que no sabíamos bien lo que era el COVID, y el tema de sentirnos que llevábamos el virus a la casa. En mi caso, yo tuve que aislarme de mis hijos, los aislé con mi suegra, estuve 9 meses sin ellos. Mi exmarido es policía, entonces también tenía que trabajar y ninguno de los dos podía tener a los nenes". (Cecilia, entrevista 2, sector hemoterapia)

"Te digo, vivimos momentos de angustia, momentos de preocupación, muchos nos tuvimos que mudar por una cuestión de que teníamos familiares de riesgo, y tuvimos que mudarnos, alquilar otro lugar y separarnos de nuestras familias".
(Eliana, entrevista 3, sector enfermería)

Es curioso cómo incluso las condiciones de trabajo se vieron comprometidas por el factor emocional del miedo, dado que, para el caso de sectores como el de hemoterapia, la hemodonación se vio ostensiblemente disminuida, lo cual afectó doblemente las condiciones de trabajo de quienes se desempeñan en dicha área.

"Después acá, en el área del hospital donde estoy yo [inaudible] si bien los donantes también que son voluntarios o familiares, no venía nadie a donar. Los pacientes se seguían transfundiendo, [inaudible] siguieron existiendo, la parte respiratoria exige que haya un aporte de oxígeno y transfusiones. No teníamos con qué responder, fue muy estresante". **(Cecilia, entrevista 2, sector hemoterapia)**

Claro que, en la medida en que se avanzó hacia una "nueva normalidad", el impacto del miedo como factor emocional preponderante se "estabilizó" en función del mayor conocimiento de la enfermedad y su tratamiento:

"Al principio fue la etapa del desconocimiento, del miedo, del qué iba a pasar. (...) Ahora ya estamos en una etapa de tranquilidad [inaudible] pero el miedo de cuando llego a casa, si contagio a mi familia, yo contagié a mis dos hijos, me contagié yo, así que el miedo siempre está". **(Verónica, entrevista 8, sector enfermería)**

En referencia a otro factor emocional que tuvo enorme impacto y que coadyuvó en la potenciación de las condiciones de precarización de las mujeres trabajadoras, fue la soledad producto del aislamiento, no solo en términos efectivos (es decir, que las trabajadoras efectivamente hubieran contraído el virus), sino – y, a lo más – en términos potenciales: esto es, la posibilidad existente de permanecer aisladas, y las implicancias que ello traería aparejado respecto de sus responsabilidades en general: léase trabajo, hogar, familia, etc.:

"Yo estuve internada, no sé si tuvieron la posibilidad de estar con alguien que estuvo internado, pero lo peor de esta enfermedad, y creo que lo pasaron todos los enfermos si tuvieran la posibilidad de hablar, es el aislamiento, la soledad. La soledad de saber que estás encerrada en cuatro paredes, aislada, y que el que ingresa, ingresa con todo un disfraz, para la gente que no conoce, pero que se está cuidando, obviamente. Y vos imagínate, para mí era un colega, o sea fue muy difícil para ellos tener que atenderme y, de repente, ponerte una vía o saber que estaba mal y no me lo podían decir, y querían estar conmigo y no podían. Pero la falta de la familia y la soledad que genera esta enfermedad es terrible. Yo creo que es lo peor". **(Verónica, entrevista 8, sector enfermería)**

Igualmente, y atendiendo aquellos factores que desde el impacto emocional que han generado han potenciado la precarización, es preciso indicar cuánta preponderancia ha tenido el mote ya conocido de "esencial" / "no esencial". Con tales categorías se decidió identificar y diferenciar a aquellas personas cuya labor era imprescindible en el marco de la pandemia, de aquellas que no. Al respecto, Ferguson (2020) afirma que la "esencialidad" no fue sino un método discrecional de parte de las autoridades para sostener el andamiaje capitalista, de modo que no fueron las "vidas" (literal y

metafóricamente hablando) aquellas que ocuparon un lugar de prioridad, sino el sistema de producción y sus relaciones.

No obstante, el mayor factor de discrepancia (y que afecta de modo directo la condición de precarización) tiene que ver con que, en el caso de las enfermeras, si bien eran consideradas esenciales, no se encuentran incluidas en la ley de profesionales, lo cual tiene un doble impacto: para empezar, en términos salariales, dado que ocupan una categoría menor a la de un profesional; luego, en términos simbólicos, dado que no se acusa el reconocimiento debido a quienes se encuentran en la "trinchera" en la lucha contra el COVID-19.

"En la ciudad de buenos aires somos esenciales, pero no estamos incluidos en la ley de profesionales, entonces está perfecto y todo, pero no fuimos reconocidos como tal y valorados como tal. Así que seguimos peleando. Somos esenciales igual que un médico e igual que todo, y sin embargo tenemos un sueldo mucho más bajo que todos ellos por no estar en la ley profesional, en la ley 6035, que es por la que están luchando tanto los enfermeros". (Verónica, entrevista 8, sector enfermería)

"Yo creo que en realidad lo que nosotros siempre pedimos y por lo que creo que nosotros siempre luchamos fue porque nos reconozcan como profesionales, que no fuimos reconocidos y no somos reconocidos hasta ahora, como profesionales. Y, de hecho, hemos perdido muchos compañeros, no acá en el hospital, algunos, sino en otros lugares perdimos muchos compañeros por esta pandemia. Y aun así no somos reconocidos como profesionales. Y la verdad que a uno le duelen estas cosas, porque uno estuvo ahí, y de hecho todavía sigue ahí, y estamos pensando "¿vendrá la otra ola del Delta?". (Eliana, entrevista 3, sector enfermería)

A su vez, incluso dentro del sector salud, la diferenciación entre quiénes eran esenciales y quienes no generó aún mayor diferenciación interna. Si, acaso, de por sí la "esencialidad" no es

"A mí me pasó un domingo que venía a trabajar y le digo "soy esencial ¿me dejas pasar?", y me dice "¿sos médica?", "no, soy de limpieza", "bueno, no sos esencial". A ver, trabajo en un hospital". (Juana, entrevista 4, sector limpieza)

Además del miedo, en general, de las implicancias factuales e hipotéticas del aislamiento y su afectación respecto de la jornada total de trabajo, otro factor emocional que hemos identificado ha sido la incertidumbre, particularmente respecto de las condiciones de trabajo. Esto se ha traducido en un gran agotamiento por parte de las trabajadoras entrevistadas, producto de los cambios constantes en los protocolos, lo cual anuncia una sobrecarga en sus tareas (otra faceta no menos importante de la precarización):

"Y después tenés las condiciones que fueron las que más nos agotaron en la pandemia, que fue esto de que todos los días saliera un nuevo protocolo, que todos los días, sobre la marcha, dijeran "bueno, ahora no se hace esto, se hace tal cosa", y la exigencia de "¿cómo no te lo sabés? Te lo tenés que saber". Y no, no tengo ganas de leerme todos los días un nuevo protocolo, ponete de acuerdo. Eso también fue desgastante". (Pamela, entrevista 7, sector pediatría).

Conclusiones:

A lo largo del presente trabajo hemos intentado analizar cómo la pandemia potenció la precarización de las mujeres trabajadoras del Hospital Santojanni. Si bien, como dijimos anteriormente con este informe no podemos generalizar todo el sector salud, consideramos que es un pequeño aporte para poder problematizarlo.

De acuerdo a los objetivos propuestos y al análisis de las entrevistas realizadas a las trabajadoras del hospital consideramos que el aumento de las tareas y la dificultad de trabajar en relación directa con las muertes que trajo aparejado la pandemia potenció la precarización laboral tanto respecto de la jornada total de trabajo como del impacto emocional. A continuación, desarrollamos en detalle algunas de estas conclusiones.

En relación a la "jornada total de trabajo", se pudo observar que las mujeres trabajadoras que estuvieron "en la primera línea" desde que comenzó la pandemia, fueron las más afectadas. A sus extensas jornadas de trabajo y la necesidad de contar con más de un empleo, se sumaron todas las tareas de reproducción social y de cuidado. Esto sumado a que la pandemia ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, aumentando así el tiempo que las mujeres dedican a este trabajo no remunerado. Una situación que se agrava si tenemos en cuenta que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con niños, niñas y adolescentes.

Incluso las trabajadoras, que cuentan con "ayuda", ya sea de familiares o de manera remunerada, estas tareas son llevadas a cabo también por mujeres.

Otra consecuencia de la pandemia fue el servicio de transporte, que debido a las medidas de la ASPO, se vio restringido, repercutiendo en las trabajadoras, aumentando el tiempo dedicado a la jornada de trabajo, restando tiempo para el descanso y el esparcimiento. Este aspecto afectó principalmente a las trabajadoras que no cuentan con movilidad propia y que pudimos observar, pertenecen a los sectores más precarizados del ámbito hospitalario.

En cuanto a la dimensión "impacto emocional", el miedo a la muerte y al contagio estuvo presente en todas las entrevistas. Como dicen las citas expuestas, el personal de salud no estaba preparado para enfrentar una situación así, no contaban con información, protocolos ni insumos. Esto generó preocupación, cansancio y mayoritariamente miedo al contagio y lo desconocido. Generando, en no pocas oportunidades que las trabajadoras tuvieran que aislarse de sus afectos. Además del miedo, otro factor emocional que hemos identificado ha sido la incertidumbre, particularmente respecto de las condiciones de trabajo. Esto se ha traducido en un gran agotamiento por parte de las trabajadoras entrevistadas, producto de los cambios constantes en los protocolos, lo cual anuncia una sobrecarga en sus tareas.

A pesar del importante trabajo que desempeñan en el día a día, las trabajadoras de la salud aún no reciben la valoración que merecen, ni al interior del sector sanitario ni en la sociedad en su conjunto. Y se encuentran desarrollando su tarea en un contexto de alta vulnerabilidad sanitaria, social y económica.

A demás, nos parece importante destacar que en los relatos de las entrevistadas surgieron otros elementos que hacen a un ambiente laboral precario, como la suspensión de licencias y vacaciones, el aumento de tareas y reacomodación de las mismas, la falta de insumos y malas condiciones edilicias, la invisibilidad ante los

reclamos y la ausencia del sindicato, maltrato e incluso violencia de género. Principalmente, dos aspectos nos parecieron relevantes en sus discursos, en primer lugar; el cansancio acumulado debido a una sumatoria de nuevas tareas y responsabilidades que trajo la pandemia, y segundo; percibimos la necesidad de parte de ellas de transmitir las experiencias y vivencias que transitaron durante toda la pandemia.

Con todo esto, queremos exponer con ello que la precariedad se potenció, complementándose en nuevas formas características del contexto de pandemia como es la propia a las actividades de reproducción social no remuneradas incorporadas a partir del ASPO, y visibilizadas gracias a esta, como también el miedo procedente de los trabajadores a enfrentarse todos los días a un ambiente laboral donde peligran su vida y la de su familia. Siendo las mujeres las más afectadas por estos modos de precariedad.

Por todo esto, creemos que sería relevante para futuras investigaciones analizar las estrategias individuales y colectivas que implementaron los trabajadores para afrontar estas situaciones. Como también el rol de los sindicatos ante estas necesidades.

Para finalizar, queremos retomar una frase que representó al sector salud durante estos casi dos años de pandemia y que sintetiza, a nuestro entender, la realidad de este sector; "Nos dicen esenciales, nos tratan como descartables".

Bibliografía

Antunes, R. (2005) Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo. Buenos Aires: Herramienta-TEL.

Arruzza, C. y Bhattacharya, T. (2020) Teoría de la Reproducción Social. Elementos fundamentales para un feminismo marxista. Archivos de Historia del Movimiento Obrero y la Izquierda, 16, 37-69.

Aspiazu (2016). "Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo".

Bhattacharya, T. (2015) "Como no saltarse la clase: la reproducción social del trabajo y la clase obrera global", en Revista Intersecciones <http://www.intersecciones.com.ar/index.php/articulos/43-como-no-saltarse-a-la-clase-la-reproduccion-social-del-trabajo-y-la-clase-obrera-global>

Dejours, C (2015). "El sufrimiento en el trabajo", Topia.

Ferguson, S (2020). ¿Hacer vivir o hacer morir? Capitalismo, reproducción social y COVID-19. Jacobin América Latina, N°1.

Fraser, N. (2015). Las contradicciones del capital y los cuidados. New Left Review, 100, 111-132

Longo, J. (2012). Las fronteras de la precariedad: Percepciones y sentidos del trabajo de los jóvenes trabajadores precarios de hipermercados. Revista Trabajo y Sociedad, N° 19.

OIT (2019). Panorama laboral temático 5: Mujeres en el mundo del trabajo. Retos pendientes hacia una efectiva equidad en América Latina y el Caribe. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2019.

OIT (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina.

Sainz (2003). Tesis "Estrategias de afrontamiento del impacto emocional y sus efectos en trabajadores de emergencias". Carrera de posgrado de Doctorado en Psicología. Programa de Consolidación Académica. Rosario, Santa Fe.

Torns, T. (2004). Las políticas del tiempo: Un reto para las políticas del estado de bienestar. Trabajo: Revista Iberoamericana de Relaciones Laborales, 13, 145-164.

Varela, P. (coord.). (2020). Mujeres trabajadoras: puente entre la producción y la reproducción. Lugar de trabajo y militancia en la Nueva Ola. CEIL CONICET. Buenos Aires, Argentina.

www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/actualizacion

www.laizquierdadiario.com/Entrevista-Trabajar-con-miedo-la-precariedad-migrante-y-sus-emociones

3. Precarización en la pandemia Covid 19 en los trabajadores del Hospital Garrahan.

Cristian Albarracín, Luis González y Pablo Almeida

Resumen

El objetivo general de esta investigación es analizar la precarización laboral en el ámbito del Hospital Garrahan durante la pandemia de Covid 19 desde marzo de 2020 hasta octubre de 2021.

Las dimensiones de esta investigación son la intensidad y cambio en las tareas de los trabajadores, los cambios en la vida laboral (a saber: cambios de tareas, incremento de la jornada laboral) y en las afectaciones sociales (entendidas como el tiempo que el trabajador está fuera del hospital: su relación con los familiares más cercanos) y psicológicas en los trabajadores de la salud dentro del Hospital Garrahan.

Para ello esta investigación busca describir la intensidad del trabajo y la extensión de la jornada laboral durante la pandemia, indagar cuáles fueron los cambios en las tareas que tuvieron lugar durante la pandemia y cómo fueron vividos por los trabajadores, e indagar sobre la afectación en la salud de los trabajadores.

En este trabajo sostenemos que durante la pandemia se abre un proceso de precarización en el sector salud, sector caracterizado por su conformación mayoritaria de género femenino, característica que conlleva por parte del hospital a brindar infraestructura como por ejemplo el crecimiento de la guardería para los hijos de las trabajadoras. La precarización se ve manifestada en el aumento de las tareas, la intensificación de la jornada de trabajo que sumadas al riesgo de contagio por contacto con los pacientes afectados por el virus Covid 19 se constituyen en un elemento de presión que afecta sobre la salud de los trabajadores de la salud.

Problema de investigación

El problema de esta investigación es la precarización durante la pandemia Covid 19 en los trabajadores de la salud en el Hospital Garrahan durante el año 2020 y hasta octubre de 2021.

Para poder desarrollarlo tomamos tres dimensiones que son: la intensidad y cambio en las tareas de los trabajadores, los cambios en la vida laboral y en las afectaciones sociales y psicológicas en los trabajadores de la salud en el Hospital Garrahan. Estas dimensiones surgen de lo relevado en las entrevistas, junto a algunos de los aspectos señalados en el Informe de la OIT sobre las consecuencias en los trabajadores de la salud.

La pandemia por la Covid-19 develó con enorme claridad muchos de los fenómenos sociales y laborales que se vienen dando en el mundo desde varias décadas atrás, muy relacionados con la precarización laboral, la vasta desprotección social y las enormes desigualdades e inequidades sociales, fenómenos estos producto de la

desestructuración de importantes políticas sociales y laborales, iniciadas a finales de los años setenta y comienzos de los ochenta del siglo XX, que habían sido conquistadas por la movilización ciudadana y obrera. De manera específica, la pandemia por la Covid-19 ha tenido un impacto muy severo en el mundo del trabajo, dadas las medidas de salud pública utilizadas para enfrentar el fenómeno sanitario, relacionadas, inicialmente, con el confinamiento obligatorio y, posteriormente, con el denominado confinamiento selectivo, medida vinculada con la idea de cuarentenas desarrolladas por la salud pública desde hace varios siglos como mecanismo sustancial para cortar la transmisión de microorganismos responsables de procesos epidémicos (Luna-García y Torres-Tovar, 2020a).

En Argentina, la pandemia por Covid-19 se suma a un largo proceso de debilitamiento del sector de la salud agravado por medidas entre las cuales se puede mencionar el recorte del presupuesto nacional destinado a salud durante el periodo (2015-2019) que impactaron en el deterioro de hospitales condicionando el escenario laboral y asistencial que tiene como resultado la precarización de las condiciones laborales de las/os trabajadoras. En ese sentido el proceso desencadenado con la pandemia presenta grandes desafíos y dificultades para el sector de la salud. El aislamiento preventivo y la declaración de la emergencia sanitaria trastocaron las formas en que se ejecuta y organiza el trabajo, se suspendieron actividades; aumentó el teletrabajo, cambiaron los protocolos de higiene y seguridad. Estas transformaciones impactaron fuertemente en el sector de la salud porque su trabajo se orientó esencialmente al abordaje de problemáticas ligadas al Covid-19. De esta manera sumado al riesgo del medio ambiente de trabajo aparecen otras problemáticas asociadas a los cambios en la organización. los tiempos y los ritmos laborales y a las exigencias emocionales que supone la atención de pacientes durante la pandemia. Ante la emergencia de una situación inédita en el mundo se trastocan las actividades cotidianas dentro del sector salud que se organizó en términos de adecuarse a la atención de personas en relación a la posibilidad de que estas tuvieran covid-19 Este panorama abre un escenario totalmente nuevo para los trabajadores de la salud que se enfrentan por un lado con el incremento de riesgos que se asocian con la posibilidad de contagio del virus y, por otro lado al aumento de los riesgos psicosociales como resultado de las elevadas exigencias emocionales y las transformaciones que se producen en el entorno laboral.

Las preguntas que guían nuestro trabajo son: ¿la intensidad del trabajo durante la pandemia afectó a los trabajadores? ¿Los cambios en las tareas fueron vividos como una degradación? ¿el miedo fue una emoción central de la precarización en los trabajadores?

Hipótesis

Durante la pandemia provocada por la propagación de virus del Covid 19 se da un proceso de incremento, cambio e intensidad de las actividades que favorecen a la precarización laboral de los trabajadores de la salud dentro del Hospital Garrahan.

Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es observar cómo afectó la precarización en la pandemia Covid 19 a los trabajadores del Hospital Garrahan. En este estudio nos centramos en sectores feminizados y precarizados del Hospital.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que guían esta investigación son:

- Describir la intensidad del trabajo y la extensión de la jornada laboral durante la pandemia,
- Indagar cuáles fueron los cambios en las tareas que tuvieron lugar durante la pandemia y cómo fueron vividos por los trabajadores,
- Indagar sobre la afectación en la salud de los trabajadores.

Marco teórico

Antunes (2009) señala: " Los servicios públicos, como los de salud, energía, educación, telecomunicaciones, jubilación, etcétera, también sufrieron, como no podía ser de otra manera, un notable proceso de reestructuración y se subordinaron a la máxima de la mercantilización que viene afectando fuertemente a los trabajadores del sector estatal y público. Siguiendo esta línea de análisis sobre la precarización Julieta Longo (2012) propone revisar el concepto precariedad, para ello hace un recorrido histórico para explicar que la precarización en la Argentina tiene sus orígenes a comienzos de la década del 70 y que se fue acentuando en la década del 90 y agudizando en los comienzos del 2000. De esta manera la precariedad laboral se presenta como la forma histórica que adquiere la relación de poder entre capital y trabajo que se expresa en la precariedad del trabajo, del empleo y de las relaciones laborales donde estas terminan constituyendo ámbitos laborales precarios. Con la flexibilización laboral como tema cada vez más presente, la precariedad se empieza a instituir y naturalizar teniendo como consecuencia la inestabilidad laboral que se instala como característica principal en el ámbito laboral. En ese sentido la precarización se conceptualiza en términos de temporalidad y pérdida de los derechos laborales. La flexibilización como política que tiene como fin la desregulación del mercado de trabajo de todas aquellas instituciones o regulaciones que garantizan mejores condiciones a los trabajadores a través de la reducción de la acción del Estado como de los sindicatos favorece el debilitamiento de las relaciones colectivas de trabajo que conduciendo a significativas transformaciones en el mundo laboral que se asocian a una mayor inestabilidad. incertidumbre y desprotección de los trabajadores lo cual se reduce a un aumento de la precarización del trabajo. Como señalan Julia Campos y Luis Campos (2010) ese fue el fin de la flexibilización que se introduce en los noventa, medidas que apuntaron a reducir requisitos en las modalidades de contratación de los trabajadores, eliminar trabas que impedían el aumento de la intensidad de la explotación de la fuerza de trabajo y la disminución de los costos de despido derivando todo esto en una mayor precarización laboral. Tanto Eliana Aspiazu como Julieta Longo concurren en un punto de análisis sobre el fenómeno de la precariedad laboral en la Argentina señalando que a partir de los noventa se producen una serie de cambios: "reformas del sistema" Aspiazu (2017),

“un cambio de escenario para el mundo de los sectores productivos” Longo (2012). Transformaciones que tuvieron como resultado un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo y de sus regulaciones impactando negativamente sobre la clase trabajadora. En ese sentido entendemos que con la pandemia del Covid se abre un nuevo proceso de precarización del trabajo.

Esta investigación deja planteada la siguiente pregunta ¿cuáles fueron los cambios que con la crisis del Covid-19, fueron modificando como es el caso de la intensidad del trabajo, los cambios en las tareas, las formas habituales del desarrollo laboral como un mecanismo de fragmentación y control sobre los trabajadores.? Julieta Longo subraya que la precarización en Argentina es el resultado de la derrota del movimiento obrero iniciada con la dictadura del 76 articulada en tres dimensiones: La precariedad del empleo, precariedad del trabajo y la precarización de las relaciones laborales. Este trabajo toma como guía para ver cómo se da el proceso de precarización en el Hospital Garrahan el concepto de “flexibilidad interna” planteado por Longo que implica la flexibilización de la jornada laboral en el espacio de trabajo y en las tareas. También en relación a la degradación de los trabajos y la influencia de esto en la percepción que construyen los trabajadores sobre el trabajo en relación a esa situación, la inestabilidad laboral no está dada sólo por el tipo de contrato, sino también por qué tan atravesados estén los trabajadores por políticas que precarizan el mercado laboral de forma legal. (Sobre este punto es interesante ver que en el caso del Hospital Garrahan en el sector transfusiones de sangre y donantes de sangre los contratos son por tiempo determinado y con la modalidad monotributistas), sino también por las condiciones y calidad del trabajo.

La categoría de empleo precario como venimos observando y analizando está relacionada con el avance del capital sobre el trabajo. En ese sentido las crisis recurrentes del modelo de acumulación capitalista juegan un papel fundamental en el proceso de constitución de espacios laborales precarizados porque como señala Longo (2012) la precariedad representa una respuesta a esas crisis del proceso de acumulación limitado por la rigidez del sistema productivo tanto en los mercados de suministro y consumo como en el mercado de trabajo, en relación a este último la precarización representó la forma por medio de la cual se avanzó sobre derechos y conquistas del movimiento trabajador. Partiendo de lo que dice Longo (2012), los cambios que planteó en el ámbito laboral la expansión del virus del Covid 19, donde se fueron visibilizando importantes cambios en diversos aspectos del sistema de salud que fueron afectando a las y los trabajadores de la salud como por ejemplo: intensidad de las tareas en la jornada laboral, incertidumbres sobre la estabilidad laboral, aumento de niveles de riesgo de tipo ambiental y aspectos emocionales o psicosociales pueden ser entendidos como la respuesta inmediata a la crisis que planteó al sistema capitalista la emergencia de una pandemia que paralizó el proceso de valorización a nivel mundial.

Aspiazu (2017) sostiene que la enfermería es una de las “ocupaciones del cuidado” que dentro del complejo entramado de las y los trabajadores de la salud tiene su particularidad, por ser la actividad con más alto nivel de feminización, constituido aproximadamente del 85 % de mujeres y con mayor carga de cuidado directo de sus tareas. Señala la autora que esta problemática afecta a las y los enfermeros e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de atención en salud, ya sea, por la sobrecarga laboral, el pluriempleo y las diferencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios.

Destaca también que todas estas particularidades colocan a las y los trabajadores de salud en una situación de vulnerabilidad. Según Aspiazu, el sistema de salud argentino, aún dista de basarse en un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios. Falencias que también se trasladan a las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de la salud.

Subraya que, en comparación con otros sectores, el sector de la salud en Argentina se caracteriza por poseer una fuerza de trabajo altamente calificada: el 70 % de las y los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnicos y profesionales especializados.

"El resultado parece evidente: se intensifican las formas de extracción de trabajo, se amplían las tercerizaciones, las nociones de espacio y de tiempo también fueron metamorfoseadas y todo eso cambia mucho el modo en que el capital produce las mercancías, sean ellas materiales o inmateriales, corpóreas o simbólicas."

y continúa:" En este marco de precarización estructural del trabajo es que los capitales globales están exigiendo a los gobiernos nacionales el desmonte de la legislación social protectora del trabajo. Y flexibilizar dicha legislación significa aumentar aún más los mecanismos de extracción de plustrabajo, ampliar las formas de precarización y destrucción de los derechos sociales que fueron arduamente conquistados por la clase trabajadora desde el inicio de la Revolución Industrial en Inglaterra, y especialmente post-1930 (tomando el caso brasileño). Y todo eso en plena era del avance tecnocientífico, con el desmoronamiento de tantas (infundadas) esperanzas optimistas pues, en pleno avance informacional, se amplía el mundo de la informalidad." (Antunes: 2009)

Haciendo alusión a la situación de las y los trabajadores de la salud en la pandemia Covid 19, la OIT destaca que los principales sectores laborales que enfrentaron este virus están altamente feminizados. Afirma que las mujeres desempeñan roles que a menudo las exponen a riesgos para sus vidas, su salud, la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares poniendo énfasis sobre la situación de las trabajadoras en la Argentina. Sostiene que las mujeres constituyen el 70 % del empleo en el sector de la salud. La que a su vez representa un 9,8% del total de las mujeres ocupadas en el país. De acuerdo al informe técnico sobre la crisis generado por el Covid 19 resalta la situación de las trabajadoras de la salud en la Argentina. Las coloca en una situación de agravada vulnerabilidad. Con respecto a la jornada laboral destaca que las trabajadoras de la salud realizan casi una hora más por día de trabajo doméstico no remunerado en comparación con sus colegas varones y que dado sus bajos ingresos, muchas trabajadoras de la salud deben acudir a sus redes familiares para el cuidado de sus niñas y niños. Además, destinan en promedio más tiempo que el resto de las trabajadoras en el traslado de sus casas al trabajo; realizan más horas extras que sus colegas varones; son proclives al posible riesgo de contagio con el virus, están más expuestas a agentes que pueden estar infectados. También están expuestas a múltiples formas de violencia.

Estos son algunos de los factores de riesgo psicosociales: factores del entorno y del puesto de trabajo según lo señala el informe de la OIT:

a. carga de trabajo excesiva (exigencias psicológicas)

- b. jornadas largas y horarios irregulares o extensos de trabajo
- c. mal diseño del entorno y falta de adaptación ergonómica
- d. falta de autonomía y control en la realización de tareas
- e. ritmo de trabajo elevado
- f. falta de claridad en las funciones
- g. Factores organizativos
 - Supervisión y estilos de dirección inadecuados
 - Estructura organizativa deficiente y ausencia de trabajo en equipo
 - Falta de apoyo social
 - Clima y cultura organizativa
 - Ausencia de cultura de prevención de riesgos
 - Salario insuficiente y valoración inadecuada de puestos de trabajo
 - Discriminación [1]

Los factores de riesgo psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que se llama estrés. Podemos entender mejor la palabra PSICOSOCIALES si la descomponemos: PSICO porque nos afectan a través de la psique (conjunto de actos y funciones de la mente) y; SOCIAL porque su origen es social (determinadas características de la organización del trabajo).

Estos factores, no está señalado el miedo que sí aparece mencionado en las entrevistas, influyen en la precarización laboral y algunos de los mismos serán analizado en esta investigación.

Fuentes y metodología

Desde sus orígenes el Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan ha sido pionero en la atención de la salud de la población infantil de Argentina y de Latinoamérica. "El Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P Garrahan" es una entidad jurídica administrativa descentralizada, bi jurisdiccional con dependencia del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue inaugurado el 25 de agosto de 1987" (Mastropasqua & Farizano, 2008), y cuenta ya con más de 30 años de historia. Es un hospital de 3º Nivel especializado en salud infantil de alta complejidad y es de referencia nacional para la atención de la salud de niños desde su nacimiento hasta los 16 años.

"La organización fundacional se basó en el concepto del cuidado del paciente, lo que significaba que 'la estructura de los servicios del hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad', al tiempo que implicaba 'modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico'. Como resultado de esto, se constituyeron equipos de trabajo para realizar tareas asistenciales en todas las áreas del hospital"

(Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", 2018). Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"



Informe de situación Semana 25

22/06/2021

PACIENTES SARS COV 2 (+)	
Positivos	Recuperados
310	1203
Total: 1513	

Internados actualmente: 33

Derivados a Hoteles y otros hospitales: 217

Fallecidos: 5

PERSONAL DEL HOSPITAL					
INFECTADOS SARS COV 2 (+)			FUERZA LABORAL		
(+) ACTUALES	Esperan alta ART	Rein corporados	Planta	Personal asistencial en formación	Tercerizadas (Vigilancia, Alimentación, Limpieza)
8	47	932	4200	1800	700
Total: 987 (14,7 %)			6700		

Cursando enfermedad: 0,11 % de la fuerza laboral

Hisopados realizados a la fecha: 45.696 (aprox)

Fuente: Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD 2019, v. 10, n. 1, 62-69
<https://doi.org/10.20318/recs.2019.4471>

Según indica el cuadro que obtuvimos de nuestra informante clave, extraído de Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", El Hospital tiene una fuerza laboral de 6700 trabajadores. De esos, 4200 son planta permanente, 1800 son personal asistencial en formación y 700 son tercerizados (incluye a los sectores de vigilancia, alimentación y limpieza).

El hospital es un ente que recibe aportes de dos jurisdicciones: Nación y CABA y además recibe donaciones especiales y aportes de pacientes que se atienden por su obra social. Es un Hospital de alta complejidad, es asimismo un Hospital escuela que tiene convenio con la Facultad de Medicina de la UBA para que los estudiantes/pasantes desarrollen sus tareas de formación en la institución.

Por su complejidad, atiende las más diversas patologías en niños que vienen de todo el país, y recibe también pacientes de países de América Latina.

Para alcanzar nuestros objetivos hemos recurrido a fuentes secundarias. Haciendo una revisión de la producción de trabajos de investigación teóricos-empíricos existentes; así como trabajos de información documentada con datos y registros públicos por instituciones y organismo oficiales. Hemos utilizado fuentes de la OIT, de la Oficina de Comunicación del Hospital Garrahan.

Fuentes primarias a través de relevamiento de datos obtenidos por el trabajo de campo en base a la observación in-situ y mediante entrevistas semi-estructuradas a trabajadores de la salud en cuatro sectores: enfermería, servicio de limpieza, servicio

de camilleros y sector administrativo. En esta investigación se realizaron siete entrevistas a personal que trabajó durante la pandemia Covid 19.

La elección de estos sectores tuvo la intención de abarcar sectores más afectados por su contacto con los pacientes, y por su tipo de relación contractual con el hospital (planta permanente y tercerizados a través de una empresa). Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de octubre y noviembre de 2021.

A partir de una estrategia metodológica cualitativa se realizó una investigación situada, es decir: en relación espacio (territorio del hospital) y tiempo (contexto de pandemia).

La unidad de análisis es cada uno de los trabajadores de la salud de los sectores más precarizados del Hospital Garrahan, específicamente de tres sectores: enfermería, servicio de limpieza, servicio de camillero. También se entrevistó a personal administrativo.

El tamaño de la muestra fue reducido debido a las características propias de esta investigación que se da en un marco de un seminario de investigación.

Análisis de las entrevistas en base a los objetivos

Lo que vamos a realizar a continuación es el análisis de las entrevistas siguiendo el esquema de las tres dimensiones que guían a esta investigación.

Vamos a analizar la intensidad y extensión de la jornada de trabajo, los cambios en las tareas durante la pandemia, **cambios psicosociales y la afectación psicológica durante la pandemia.**

La Salud es una actividad que se caracteriza por su heterogeneidad, por tener una gran carga de cuidado en sus tareas y estar compuesta mayormente por mujeres, a la vez que es atravesada por múltiples déficits en las condiciones laborales y profundas desigualdades de género (Aspiazu: 2017).

Haciendo alusión a la situación de las y los trabajadores de la salud en la pandemia Covid 19, la OIT destaca que los principales sectores laborales que enfrentaron este virus están altamente feminizados. Afirma que las mujeres desempeñan roles que a menudo las exponen a riesgos para sus vidas, su salud, la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares poniendo énfasis sobre la situación de las trabajadoras en la Argentina. Este es un aspecto que esta investigación tuvo en cuenta (el género feminizado de las trabajadoras de la salud) para seguir el criterio de selección de personal femenino para la realización de las entrevistas.

1.1. Intensidad del trabajo y extensión de la jornada

Una de las dimensiones que tomamos en nuestro trabajo es la intensidad del trabajo y la extensión de la jornada laboral durante la pandemia.

Señalamos el testimonio de Juana. Trabaja como enfermera permanente en el hospital Garrahan en el año 2017 entró por concurso como enfermera de la Ciudad. Ingresó al Instituto autárquico de trasplante de CABA que pertenece al INCUCAI: Este Instituto

tiene una base operativa en el Hospital. Su funcionamiento es el siguiente: ante el llamado de cualquier paciente con diagnóstico de posible muerte cerebral, el personal se moviliza al lugar para corroborar la situación y determinar si el paciente es un posible donante. Si se comprueba que el paciente está en situación de muerte cerebral, se incorpora a la base de datos de donantes. Tienen prioridad los receptores ubicados en CABA. Si no existe compatibilidad del receptor en CABA, se incorpora al sistema nacional de donantes.

Ante la pregunta referida a si se incrementaron las tareas durante la pandemia Juana, enfermera en el sector donación de órganos, responde: "por suerte no. Porque nos pusimos firmes como de no aceptar" Sin embargo esa afirmación se vuelve relativa cuando la entrevistada refiere al tema del no reconocimiento como profesional de la salud, ahí se advierte que se le suman tareas ajenas a su función:

"no nos reconocen profesionalmente y ahora nos dan tareas, con la pandemia como que nos sumaron tareas. Hacemos el trabajo de la extraccionista de sangre, de la camarera porque no quiere entrar (a la sala de cuidados de pacientes con Covid), tiene miedo. Ese trabajo extra que no nos corresponde y que no nos pagan hasta ahora lo seguimos haciendo porque la parte de la administración de arriba, de los jefes, lo permite y ya está quedando así" (Juana, enfermera en el sector donación de órganos)

Dentro de la dimensión de la intensidad del trabajo y la extensión de la jornada laboral incluimos las licencias y las vacaciones debido a que ese aspecto es una forma que se manifiesta la precarización. Tal como lo señala Julio Campos (2010) la flexibilización laboral iniciada en los 90 durante la presidencia de Carlos Menem generó condiciones laborales de flexibilización de los derechos laborales que se profundizaron durante toda esa década.

Sobre este punto vemos distintas situaciones. En algunos casos, como en el de Pedro (camillero), que en el caso de las licencias se caracterizó porque fueron suspendidas, en otros casos como los de María ella pudo tomarse la licencia por maternidad ya que tuvo a su hijo durante el período de la pandemia, pero se vio afectada por tener que realizar teletrabajo y eso se superpuso con las tareas de cuidado de sus niños. En conclusión, vemos que en este hospital en relación a las vacaciones y licencias durante la pandemia ocurrieron suspensión de las licencias, cambios en las tareas de los trabajadores, suspensión de las vacaciones, realización de teletrabajo.

Pedro nos cuenta la rigidez con que el acceso a licencias se caracterizó a partir de que la pandemia por el virus del Covid hizo evidente la necesidad de contar con la mayor cantidad de personal posible. Esto se ve reflejado en el relato de Pedro cuando es consultado por las licencias durante la pandemia.

"No, ninguno tomó licencias. Los únicos compañeros que no podían trabajar eran graves, o tenían una enfermedad o algo de base, eran más grandes, tenían más de 60 años, eran los únicos que no venían a trabajar. Los otros ninguno se tomó nada" un elemento que permite dar cuenta del proceso de intensificación laboral se registra en el incremento de la presión sobre las tareas que se realizan. En ese sentido al igual que en el relato de Pedro encontramos que una gran parte de los entrevistados percibe que la presión sobre sus tareas se ha incrementado durante la pandemia.

María cuenta cuáles licencias se tomó debido a que fue madre en pandemia, pero al mismo tiempo señala que estas no fueron fáciles de conseguir. La categoría de "privilegiada" que surge en su testimonio se convierte en un disparador de tensiones dentro del ámbito de trabajo, construyendo nuevos sentidos que legitiman o naturalizan lo inevitable de la intensificación de actividades en el trabajo.

"Esta pandemia me afectó. Yo estuve once meses de licencia, estuve al cuidado de mis hijos, yo fui mamá en la pandemia. En xx nació mi hijo, me dan la licencia por embarazo, después por maternidad y luego solicité por cuidado de niños. De hecho, yo fui una de las privilegiadas porque muy pocas pudimos tener la licencia. Si bien soy esencial, no soy esencial, yo no soy una médica."

Es interesante que en su relato María hace alusión a una cierta diferenciación dentro de los mismos esenciales lo cual hace suponer que la pandemia habilitó la construcción de nuevos sentidos sobre la esencialidad relacionados con el rol y la función que cumplen los trabajadores para combatir al virus del covid-19

Aquí surge, desde nuestro análisis, lo conveniente o no de ser un trabajador esencial. Ya que al declararte como trabajador esencial casi que se pierden todos los derechos conquistados como son las vacaciones y las diferentes licencias.

Asimismo, surgen posibles interrogantes, a saber: como consecuencia de la pandemia ¿se reabrieron diferencias entre los profesionales médicos y lo no profesionales?

Respecto al sector limpieza tenemos el testimonio de Leila (Leila trabaja en el hospital desde 2007 y vive relativamente cerca es por eso que al hacer mención a ese "pequeño cambio" este no parece tener ninguna incidencia). Sin embargo, al mencionar que la mayoría de sus compañeros vienen de lejos: Catan, Ezeiza, Laferrere puede tomar una dimensión más amplia ese estar un ratito antes para cubrir los cambios de turno entre compañeros lo que resulta en una intensificación del tiempo de trabajo: porque al fin son los propios trabajadores los que con la intensificación de su labor hacen posible sortear las dificultades que presenta el trabajo en pandemia:

"A nosotras nos habían pedido en ese sector los supervisores de ahí si podíamos entrar un rato antes cosa que la persona que estaba, la que se retiraba de la tarde que hace el horario hasta la 10 de la noche, antes de que ella se vaya que estemos nosotras por cualquier cosa que se necesitaba así no quedaba ese huequito"

En relación a las vacaciones, Leila, personal de limpieza, afirma que en su caso las vacaciones fueron respetadas en tiempo y forma pero no así con otros trabajadores, médicos y enfermeros, a quienes el periodo vacacional, por lo que nos comenta, no les fue respetado, de lo que surge la posibilidad de pensar que con la pandemia se afirma una diferenciación entre distintos sectores marcada por la función que cumplen los trabajadores dentro del hospital, donde parece que el modo en que se organiza la jornada de trabajo (sus tiempos, descansos, etc.) se relaciona con las características del puesto de trabajo. En ese sentido una función principal es la relacionada con la atención de pacientes, en segundo lugar, estarían las tareas de interacción con pacientes vía medios electrónicos (WhatsApp, mail) otras tareas como la coordinación de equipos y servicios, si bien como funciones necesarias dentro del contexto de pandemia son relevantes parecen no tener el grado de demanda que la atención de pacientes. El

sector de limpieza, por lo expresado por Leila, en términos de la característica del trabajo aparece con menos presión en relación a demanda e intensidad de tareas.

“No no. Tuvimos las vacaciones como tienen que ser. Ahora este año me toca en diciembre, tengo 21 días porque hace 14 años que estoy trabajando. En ese sentido no. A los médicos y enfermeros a ellos sí sé que les cambiaron, que algunos no tuvieron vacaciones. No sé muy bien, pero sé que no estuvieron saliendo de vacaciones.”

La intensidad del trabajo no solo se manifestó como resultado del aumento, cambio de tareas o extensión de la jornada de trabajo medible en tiempo, sino en el aumento de tensiones que surgieron derivadas de problemáticas que con las transformaciones que impuso la pandemia en el sector salud se hicieron más visibles dentro del lugar de trabajo. Como bien señala Martina con la pandemia se hicieron más visibles la falta de condiciones edilicias adecuadas para los trabajadores ya que con la intensidad y la extensión de la jornada quedó al descubierto la precariedad de infraestructura y el deterioro de las condiciones necesarias para poder llevar adelante el trabajo en pandemia. En relación a este punto Martina hace referencia a las luchas y reclamos que tuvieron que realizar, que se suman, durante la pandemia. Profundizando sobre las condiciones en las que se trabaja en el hospital nos señala la carencia de algunas cuestiones básicas de las que se carece.

“¿Qué pediríamos? Pediríamos vestuarios, no hay vestuarios para que la gente pueda cambiarse y bañarse. Si ustedes entran y filman los vestuarios que nosotros tenemos son unas condiciones inmundas. Hay ratas, no hay inodoros. Hay ratas dentro del hospital, en el baño. Nosotros trabajamos en una tira donde hay sólo dos baños, que comparten casi tres servicios. Los baños viven tapados y es real, no es que nos falta. En el segundo piso o en el tercer piso es donde están todas las oficinas de los jefes, vos subís y los baños son un lujo. Es poner la mano y que el agua caiga con esas canillas que...”

Aquí la entrevistada también hace mención a ciertas diferencias relacionadas con la jerarquía dentro del ámbito laboral que con la pandemia aparecen como un factor que se suma a la percepción de los trabajadores de habitar un espacio laboral precarizado.

Martina, asistente de Transfusión en Hemoterapia, se refiere a los cambios en sus tareas:

“y como estos la ponen en un lugar de mayor intensidad de trabajo diario. A mí me cambiaron todo. Yo tenía un horario de 13 a 21, cuando empieza la pandemia, somos tres ayudantes del servicio en ese lugar... Cuando comienza la pandemia una de las ayudantes de servicio se va con licencia por tener un hijo menor en edad escolar, como no había clases entonces la mayoría de los padres con niños chicos quedaron en sus casas haciendo “teletrabajo (con los dedos el gesto de las comillas) y los que teníamos hijos más grandes, yo tengo una hija de 16, o sea que me tocó trabajar toda la pandemia, cambiar mi horario. El servicio requirió que yo ya no venga de 13 a 21 sino que venga de 6 a 14. O sea que durante esos dos años trabajé de 6 a 14, lo que el hospital necesitó en ese momento porque era la única que había quedado, mi otra compañera era paciente de riesgo, es una señora mayor, con diabetes y un montón de cosas que también la mandaron a la casa, o sea que tuve que ocuparme de eso...”

"Se me sumaron muchísimo las tareas. Trabajé el triple. Nosotros al ser ayudantes de servicio tenemos. Es una de las categorías más bajas dentro del hospital, o sea, es uno de los sueldos más bajos. Entonces para hacer más dinero hacemos horas módulo que podemos hacer en otro servicio."

1.2 Cambios en las tareas

Otra dimensión que abordamos en nuestra investigación se refiere a los cambios en las tareas cotidianas y cómo esos cambios fueron vividos. Se trata de indagar si hubo cambios de sector de trabajo, en las tareas. Esta dimensión de las tareas fue abordada en el punto anterior, pero desde el punto de vista de la intensificación o no del trabajo. Aquí nos interesa centrarnos en el modo en que estos cambios impactaron en la subjetividad de los trabajadores, generando miedos, inseguridades, reclamos, etc.

Y en el sector administrativo:

María estuvo de licencia por ser madre, pero debido a los cambios que plantea la pandemia en el hospital la modalidad del teletrabajo se transforma en una problemática difícil de resolver y al mismo tiempo las necesidades inmediatas en términos de necesidad de personal hacen que las licencias sean vividas con un sentido estigmatizante no solo por el sentido de "privilegio" sino por el hecho de la invisibilización existente en términos de sexos de la clase trabajadora:

"Esta pandemia me afectó. Yo estuve once meses de licencia, estuve al cuidado de mis hijos, yo fui mamá en la pandemia. En xx nació mi hijo, me dan la licencia por embarazo, después por maternidad y luego solicité por cuidado de niños. Ahí mi jefa me pidió teletrabajo y era muy complicado hacer teletrabajo. Acá vemos como el cambio de forma de trabajo presencial a teletrabajo afectó a la entrevistada, de manera tal que sus tareas de cuidado de los niños en su casa se superponían con sus obligaciones laborales a través del teletrabajo.

Al regresar de su licencia por maternidad sus tareas en el Hospital fueron modificadas.

Según señala la OIT en su informe técnico COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina: " Las implicancias de la pandemia muestran, una vez más, el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de la atención sanitaria y social. Los principales sectores laborales que enfrentan este virus están altamente feminizados. Las mujeres desempeñan roles que a menudo las exponen a riesgos para sus vidas, su salud y la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares (ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful, 2020)." Abajo con un nene de tres meses y una nena de cinco años. Volví a trabajar cuando dijeron que ya podíamos volver y cuando llegamos, llegas al hospital y es un poco como que te denigran. Te pasan de lugar a lugar, de puesto en puesto."

Por otro lado, es interesante a partir de esta cita hacer un cruce puntual en relación al género.

Y en el sector limpieza, a través de lo que relata Leila se puede observar como ella vive esta situación de pandemia enfatizando, justificando de alguna manera la situación de "compromiso extra" que deben tener quienes trabajan en salud porque es la vida la que

está en juego." Este comentario de la entrevistada se relaciona con la dimensión de aceptar los pedidos de los jefes de trabajar más tiempo para cubrir a sus compañeras que vivían más lejos que ella del Hospital. El testimonio de María se refiere a los trabajadores contratados, el género femenino y sus condiciones durante la pandemia.

Ante la inquietud del entrevistador de si fueron mayoría de mujeres o de varones los contratados refiere:

"la mayoría somos mujeres la proporción exacta (...) no se bien porque fue creciendo el último tiempo también porque hubo mayor contratación como esto de la pandemia hubo una parte del hospital que se licenció, otra parte del hospital que ya se jubiló y una parte importante que ingresó porque faltaba mucho personal, si bien ingreso personal, no ingreso puntualmente en la enfermería sino en 'las faltas Covid' todo ese personal entro como contratado y con una gran mayoría de mujeres...si"

Predominantemente mujeres, ahora un alto porcentaje no sé si entre ochenta/setenta por ciento, pero sí un porcentaje muy alto. Después obviamente tenes en otras áreas también médicos o enfermeros, técnicos, que se yo en cada una de las áreas tenes hombres: como administrativo, en limpieza."

Acá podemos observar sobre la precariedad y las tareas durante la pandemia. Esta investigación está buscando cambios en las tareas, sin embargo, esos cambios en las tareas pueden estar relacionados con la falta de personal en determinadas áreas. Esa falta de personal se cubrió con cambios arbitrarios en las tareas y en sus horarios de los trabajadores ocupados y con la contratación precaria de nuevo personal (como en el sector de extraccionista de sangre), todo abocado al sector Covid.

En lo referente a las condiciones de trabajo, existe una serie de particularidades que provocan que las trabajadoras de la salud estén más expuestas al riesgo de infección, al estrés y a otros riesgos laborales que se pueden exacerbar en el actual contexto de crisis sanitaria.

Uno de los principales peligros que acechan al personal sanitario durante esta pandemia es el fuerte aumento de la carga de trabajo y la realización de jornadas con un excesivo número de horas trabajadas. En este sentido, es importante tener en cuenta que, si bien las trabajadoras de la salud realizan más horas extras que sus colegas varones (una brecha superior a los 10 puntos porcentuales), la diferencia en la remuneración de estas horas no es tan amplia. "

Aquí la entrevistada señala que las horas extras son un elemento importante de sus ingresos y para poder obtenerlas tiene que aceptar trabajar en su sector si el mismo posee horas módulo, o tener que cambiar a otro sector que sí tenga horas módulo.

Esta brecha en las horas de trabajo se observa también cuando se considera el número de horas totales, es decir la suma del empleo principal y el resto de ocupaciones. Esto es importante si se tiene en cuenta la fuerte incidencia del pluriempleo en el sector. El 23,6 por ciento de las trabajadoras de la salud y el 26,2 por ciento de los varones tienen más de un empleo, mientras que este porcentaje baja al 15 por ciento en el resto de las actividades (Sol East: 2021 informe OIT)

Camila, enfermera, ante el requerimiento del entrevistador de si se modificó en algo el régimen de trabajo la entrevistada refirió: "no, no, nuestro régimen siempre trabajamos

así desde antes de la pandemia. Sí cambiaron es que a veces hicieron teletrabajo. Cerraron la terapia. El tema es este: el hospital es un hospital de alta complejidad que es de cuarta categoría. Al ser de cuarta categoría lo que tendría que pasar es que los pacientes que atiende que son derivados o ya son propios del hospital. No es necesario que el hospital tenga una guardia tan grande, es de alta complejidad." Este comentario es una explicación que hace la entrevistada de la situación laboral durante la pandemia implicó una disminución de las cirugías y eso hizo que se cerrara una terapia intensiva.

Según los sectores del Hospital se presentaron diversas situaciones, en algunos casos se agregan tareas con el aval de las autoridades del Hospital, en otros se aumentan porque la pandemia introduce cambios en el normal desarrollo del área como son las cirugías y las terapias intensivas asociadas, y se introducen modificaciones, aunque no hay más carga de trabajo.

Sin embargo, más allá de la percepción de Camila notamos que las modificaciones en la intensidad y la modalidad de trabajo estuvo dada no solo por la reorganización de tareas para evitar contagios, y mejorar la organización del trabajo por medio de la distribución de funciones, la rotación de personal o el evitar el entrecruzamiento y la concentración de personas en un mismo espacio. Los efectos de la pandemia en la sociedad jugaron un rol importante alterando prácticas sociales cotidianas que tuvieron un impacto sobre la intensidad y la modalidad del trabajo en el sector de la salud como puede apreciarse en el siguiente fragmento de Camila, enfermera.

"Somos una terapia que recibe a todos los pacientes que son derivados. Los chicos con patologías cardíacas los tenemos que atender, no los dejamos de atender. Se dejó un poco de operar porque una de las primeras complicaciones en las primeras semanas es que el banco de sangre se fue agotando, porque la gente no iba a donar. Entonces vos no podés hacer una cirugía cardíaca mayor que vas a usar, ese chico se complejiza más de lo normal, vas a necesitar plaquetas. Y la verdad que no se podía. Entonces de esa manera lo que hicieron fue parar las cirugías muy complejas porque la verdad era una problemática. La gente no salía, no donaba, los pocos enfermeros, médicos, cirujanos que podían donar, no era suficiente. Porque el banco era para todo el hospital, no es solamente para una terapia.

Entonces lo que pasó es que teníamos menos pacientes, entonces pudieron hacer como dos grupos, y hacía teletrabajo. Estás de guardia, viene uno, viene el otro" ...

1.3 Cambios psicosociales y afectación psicológica durante la pandemia

En este apartado nos interesa centrarnos en los riesgos sobre la salud y la afectación psicológica de los trabajadores de la salud durante la pandemia. En relación con este punto, algo que surge mucho en las entrevistas es lo referido a las relaciones familiares de los trabajadores en el contexto de Covid, el hecho de estar trabajando en un lugar donde siempre se está corriendo el riesgo de contagio tuvo una carga sobre la subjetividad de estos, que se manifestó entre otras cosas en el miedo y la incertidumbre.

Juana, enfermera, comenta al respecto cómo vivió esa experiencia: " me afectó casi un 100 %. En mi estado emocional, yo sentía miedo de contagiar a mi familia, o sin darme

cuenta estar contagiada, porque muchos son asintomáticos, pero también los asintomáticos contagian, eso era lo que teníamos miedo”.

Pedro, camillero, soltero. El Entrevistado refirió ante la manera que impactó la pandemia en sus condiciones de trabajo y en el ambiente laboral: “[la pandemia] afectó bastante, muchísimo, porque afectó el desarrollo habitual del trabajo. Hay una estructura que ya está armada en el hospital y esto como que transformó todo. Todo lo que fue sucediendo era muy nuevo para todos y es como que no estábamos preparados para nada. Eso nos afectó mucho mentalmente a mí.”

Lo que señala el entrevistado nos permite ver que hay dos tipos de motivos del miedo: uno que se refiere a cómo hacer frente a lo nuevo, a una situación que cambia de raíz la estructura del Hospital y por ende de las tareas cotidianas. El otro es el miedo al contagio, que aparece no tanto referido a él como camillero, sino a su hermana.

Este comentario del entrevistado se refiere a cómo la aparición del virus provocó transformaciones estructurales en la vida del hospital. Se manifestó en los cambios de las tareas que tuvo que desplegar. Pasó a tener que desarrollar más tareas debido a que sus compañeros de trabajo cambiaron de turno por problemas de convivencia. Todos esos cambios que transformaron la cotidianidad de la vida laboral de Pedro aparecen descritos nuevamente en algo que se repite. El miedo, que como en otros casos se transforma en un elemento más con el que se convive y que es probable que en el transcurso del tiempo vaya aminorando su intensidad y relevancia: “al principio tuve mucho miedo, pero después no, me fui amoldando, no me pasó nada. Francamente sentí que ya no me afectaba en nada. Sí le pasó a mi hermana que labura en el hospital, le agarró mucho miedo por ser consciente de que estaba expuesta a un posible contagio Covid, le agarró un temor muy grande.”

Respecto a cómo afectó a su vida en los aspectos sociales y psicológicos, Martina, señala en relación los efectos que tuvo en ella todas las transformaciones que implicó la pandemia como el aumento de la cantidad de trabajo, de tareas y los cambios en la organización y prevención a través de protocolos:

“sí, al principio creo que fue muy difícil para todos, tengamos o no contacto con el paciente. Creo que todo el mundo, desde el médico más profesional acá adentro tenía miedo porque no sabíamos qué estaba pasando en realidad. Los primeros días era todo improvisado, creo que todos los días llegaba algo nuevo al hospital y era caminar por el hospital y ver a todos disfrazados, con esa cosa. Después las cosas fueron calmándose a medida que todos se fue sabiendo más de lo que era este virus. Pero al principio todos teníamos miedo y nos íbamos muy angustiados, llorando, si nos habríamos lavado bien las manos, si habremos hecho algo malo y no nos dimos cuenta. Todo ese estrés, creo que el primer año fue muy difícil, todos llorábamos mucho. En relación a los efectos psicológicos que experimentó Martina afirma al igual que otros entrevistados que la angustia permanente provocada por la incertidumbre y el desconocimiento le afectaron bastante a ella y sus compañeros:

“sí, sí, psíquicamente muchas cosas. Yo tengo compañeros que ven de todo. Hay casos acá dentro que uno no las puede creer, pero al haber algo desconocido que nadie tenía idea de qué pasaba con eso, que todos los días te salía algo nuevo, todos teníamos miedo” Mucho personal de la salud se vio afectado, Tengo una tía que es enfermera y falleció por Covid, fue mucho para todo el mundo. Fue muy

difícil llegar a casa y, yo viajo en transporte público, llegar a casa y ver esto de sacarnos toda la ropa, fue un estrés a medida que fue pasando el tiempo."

Leila, personal de limpieza, señala los cambios vividos en su rutina diaria al volver a su casa como algo que era necesario llevar adelante, con esta afirmación nos muestra una mirada particular anclada en su "seguridad" para enfrentar la pandemia. en relación a la pregunta por el miedo responde:

"Sabés que, yo no tengo ningún problema de ir, me sé cuidar. Yo creo que hay que hacerlo, alguien tiene que ir a hacerlo. Y no podemos todos estar diciendo no no y con el miedo. Si vamos a tener miedo no vamos a avanzar en ningún lado. Porque es lo mismo que los médicos, enfermeros, y todos tengan miedo, entonces: ¿quién atiende al paciente? ¿Qué vamos a dejar a un ser humano ahí se muera porque todos tienen miedo? Entonces me digo, hay que actuar diferente. ¿Qué hice? Yo me ofrecí, yo puedo ir. Una compañera me dijo: ¿vos vas a ir? Yo te acompaño voy con vos. Digo ¿estás de acuerdo? Vamos."

El testimonio de la entrevistada señala otra forma de enfrentar al miedo de contagiarse que tuvieron los trabajadores del Hospital.

Respecto al impacto emocional o psíquico, las trabajadoras de la salud en esta situación de pandemia, hay un aumento del estrés y mayores riesgos psicosociales sometidas a un enorme volumen de trabajo y en ocasiones se ven envueltos en situaciones traumáticas y frente a decisiones difíciles en su actividad laboral y relación familiar.

Conclusiones

Al momento de entrega de este Informe (19 noviembre 2021) el Hospital de Pediatría Garrahan no tiene niñas, niños ni adolescentes internados con coronavirus por primera vez desde el comienzo de la pandemia, informaron María Rosa Bologna, jefa del Servicio de Control Epidemiológico e Infectología del centro de salud y Oscar Trotta, médico pediatra y miembro del Consejo de Administración del Hospital.

Trotta, dijo a Télam Radio: "Después de 20 meses de pandemia, podemos informar que no tenemos ningún paciente Covid positivo en internación", y consideró que el dato demuestra que "las medidas de control y mitigación de la pandemia y la campaña de vacunación que se está llevando adelante con niños, niñas y adolescentes, dio resultados y demostró la efectividad de esta campaña".

En el desarrollo de esta investigación se realizaron 7 entrevistas a personal que trabajó en el Hospital Garrahan durante la pandemia Covid 19.

Las emergencias globales, como lo es la pandemia por coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés), suponen escenarios complejos que implican un desafío para la salud pública. A las necesidades de organización de los recursos disponibles, se les suma la urgencia y la incertidumbre frente a un virus de alta contagiosidad del cual nada se sabía y que se va aprendiendo sobre la marcha. Al mismo tiempo, al miedo generado en la población mundial por la realidad vivida en cada país afectado, así como el exceso de información, generan presión desde la sociedad para que la medicina ofrezca una rápida respuesta a esta agresión, pero se desconocen los tiempos necesarios para poder producir un avance científico de eficacia y seguridad comprobadas.

Nuestro trabajo de investigación se desarrolló durante el segundo cuatrimestre del año 2021, que abarcó parte del invierno y de la primavera en la Ciudad de Buenos Aires.

Esa condición climática, sumado al efecto positivo de la vacunación sobre la población, nos permitió realizar la mayor parte de las entrevistas en forma presencial. de esa manera, el contacto directo con el entrevistado facilitó el intercambio fluido en la conversación generando un flujo empático muy satisfactorio para todos los participantes.

Aspiazu (2017) sostiene que la enfermería es una de las “ocupaciones del cuidado” que dentro del complejo entramado de las y los trabajadores de la salud tiene su particularidad, por ser la actividad con más alto nivel de feminización, constituido aproximadamente del 85 % de mujeres y con mayor carga de cuidado directo de sus tareas. Señala la autora que esta problemática afecta a las y los enfermeros e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de atención en salud, ya sea, por la sobrecarga laboral, el pluriempleo y las diferencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios.

Destaca también que todas estas particularidades colocan a las y los trabajadores de salud en una situación de vulnerabilidad. Según Aspiazu, el sistema de salud argentino, aún dista de basarse en un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios. Falencias que también se trasladan a las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de la salud.

Subraya que, en comparación con otros sectores, el sector de la salud en Argentina se caracteriza por poseer una fuerza de trabajo altamente calificada: el 70 % de las y los trabajadores cuenta con un nivel de calificación entre técnicos y profesionales especializados.

En Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud, lo que a su vez representa un 9,8 por ciento del total de las mujeres ocupadas del país. Si bien son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector de la salud, el porcentaje de mujeres es significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (enfermeras, parteras, etc.), las profesiones vinculadas a la gestión administrativa y en los servicios de limpieza y gastronomía. Por el contrario, la gran mayoría de varones del sector de la salud se dedica a ocupaciones profesionales (médicos, farmacéuticos, etc.) o de gerencia como, por ejemplo, jefes de servicio (Sol East: 2021, informe OIT)

Con este trabajo buscamos conocer la situación de los/as trabajadores/as durante la pandemia en el Garrahan, durante ese proceso se hicieron visibles formas de precarización laboral relacionadas con la organización del trabajo que demandó para el sector de la salud el contexto de pandemia. Nuestro trabajo tiene un carácter exploratorio que puede contribuir a hacer una primera caracterización de la situación que vivió el sector de la salud con la emergencia de covid-19 en relación a la precarización laboral.

Los objetivos específicos que guiaron esta investigación son: describir la intensidad del trabajo y la extensión de la jornada laboral durante la pandemia, indagar cuáles fueron los cambios en las tareas que tuvieron lugar durante la pandemia y cómo fueron vividos por los trabajadores, e indagar sobre la afectación en la salud (física y psíquica) de los trabajadores.

Durante la pandemia provocada por la propagación de virus del Covid 19 se da un proceso de incremento, cambio e intensidad de las actividades que favorecen a la precarización laboral de los trabajadores de la salud dentro del Hospital Garrahan.

La hipótesis de esta investigación es que durante la pandemia la precarización laboral de los trabajadores de la salud asumió formas específicas (nuevas tareas tales como el denominado teletrabajo, se anularon las licencias y se suspendieron las vacaciones durante el primer año de la pandemia, particulares) dentro del Hospital Garrahan.

Creemos que esta hipótesis está corroborada por los testimonios de los trabajadores que pudimos realizar en los diversos sectores del hospital.

En ese sentido vimos que se produjeron cambios en las tareas de los trabajadores. Esto es un punto que pudimos observar puntualmente en distintos relatos de los entrevistados que aumentaron su carga laboral. Este es otro punto que surge en paralelo con los cambios de tareas que relatan los trabajadores donde la intensidad del trabajo, el trabajo más intenso, aparece mencionado, en algunos relatos de manera explícita y en otros implícitamente.

Ese cambio de tareas también tuvo un impacto sobre los aspectos psicosociales tales como incremento del miedo a contagiar a sus familiares, aumento de la angustia en el ámbito laboral.

Al comienzo de esta investigación la abordamos con una mirada de género que consideraba que a igual tarea le corresponde igual salario sin importar el género de quien la ejerza. Lo que a lo largo de la investigación es que hay tareas dentro del Hospital que son realizadas mayoritariamente por varones, como ser el sector camilleros.

Las trabajadoras de la salud enfrentan una combinación de mayor exposición y menor protección, que multiplica los riesgos ante la actual pandemia.

La crisis del coronavirus afecta particularmente varias dimensiones del trabajo de las trabajadoras de la salud en Argentina que van más allá de los aspectos sanitarios. Al igual que en la mayoría de los países de la región, las mujeres son mayoría en el sector de la salud en Argentina. Además, un porcentaje muy alto de estas mujeres está económicamente a cargo de un hogar con presencia de niñas y niños. Esto introduce una vulnerabilidad que se ve reforzada por los relativamente bajos salarios que reciben y la precariedad laboral que enfrentan. Todos estos factores hacen relevante esta investigación en cuanto al aporte de conocimiento respecto a la precarización laboral en los trabajadores de la salud del Hospital Garrahan.

Surgen nuevas preguntas a partir de esta investigación como, por ejemplo: ¿existe alguna relación entre la feminización del sector salud y la precarización laboral? ¿La precarización en el sector salud se apoya una concepción de las tareas de cuidado asignadas tradicionalmente a las mujeres y eso constituye la raíz cultural de la precarización?

Bibliografía

ANTUNES, R. (2005) "La clase-que-vive-del-trabajo. La forma de ser actual de la clase trabajadora", en Ricardo Antunes Los sentidos del trabajo, Herramienta, Buenos Aires.

ANTUNES, R. (2018) "Quem é a classe trabalhadora hoje?" (capítulo 4) en Antunes, R. *O privilegio da servidão. O novo proletariado de servicios en la era digital*. San Pablo: Boitempo.

ASPIAZU, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado de la salud, *Revista Trabajo y Sociedad*.

Campos Julia, Campos Luis, "Hay que dar vuelta el viento como la taba, el que no cambia todo no cambia nada" Recuperado de: <https://revistaryr.org.ar/index.php/RyR/article/view/59/59>

LONGO, Julieta (2012) "Las fronteras de la precariedad: Percepciones y sentidos del trabajo de los jóvenes trabajadores precarios de hipermercados", en revista *Trabajo y Sociedad*, N° 19, Santiago del Estero, Argentina.

Luna-García y Torres-Tovar, "Impactos de la crisis de la pandemia en la salud de los trabajadores. Lineamientos sindicales para su enfrentamiento", Misión alternativa para una Colombia incluyente, 2021

Mastropasqua & Farizano, 2008 Mundo Garrahan (Información Institucional de Prensa y Difusión). Buenos Aires: Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

<https://mundogremial.com/paro-en-el-garrahan-exigiendo-un-aumento-del-50-para-alcanzar-salario-inicial-de-99-mil/>

<https://www.garrahan.gov.ar/nayo-2021/mayo/covid-19-en-primera-persona-medico-del-garrahan-cuenta-como-vivio-la-enfermedad>

https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf

4. Un catálogo para armar. El papel de los sindicatos del hospital Posadas durante la pandemia

Ana Edith Carnero, Juan Manuel Díaz, Ignacio Rocca y Luciana Torres

Resumen

A partir de febrero del 2020 con la llegada de la pandemia originada por el COVID-19, en el mundo en general y en Argentina en particular, surgió un proceso social nuevo en la modernidad. Ciudades enteras fueron sometidas a un proceso de confinamiento extremo. Se implementó desde el gobierno nacional criterios sobre la libertad de los ciudadanos, se dictaminó cuándo y quiénes podrían salir de sus casas, se declararon actividades esenciales y se otorgaron permisos especiales para determinadas ramas de producción. El sistema de salud en Argentina registró un cambio sin precedentes que afectó a los trabajadores y a los pacientes que fue articulado a través de una participación conjunta entre gobiernos, tanto provincial como nacional, y los sindicatos.

El propósito de nuestro trabajo es analizar las percepciones de los trabajadores del Hospital Profesor Alejandro Posadas sobre la actuación que tuvieron los sindicatos en el contexto de pandemia, considerando si esta percepción se vio permeada por la importante historia de lucha sindical del hospital y más precisamente por el desarrollo del conflicto causado por políticas de ajuste que toma notoriedad en el año 2018.

Problema de Investigación

La pandemia expuso las fragilidades del sistema de salud argentino y la precariedad en las condiciones laborales de sus trabajadores⁶. Y para pensar cómo se defienden las condiciones hay que pensar las organizaciones que cumplen ese rol, en este caso los sindicatos. Es necesario pensar, reflexionar, y observar si los trabajadores ven en los sindicatos una vía para organizarse por sus demandas. El presente trabajo busca analizar las percepciones que tienen los trabajadores del hospital Posadas acerca de la actuación de los sindicatos durante la pandemia.

Este Hospital Nacional se encuentra en la provincia de Bs. As., perteneciente al AMBA. Tiene una superficie de 80.000 m², con más de 8 edificios, externos. Su área de influencia abarca aproximadamente 6.000.000 de habitantes, y comprende a los partidos de Morón, Ituzaingó, 3 de febrero, Hurlingham, La Matanza, Merlo, San Miguel, José C. Paz, Moreno⁷. En cuanto a su infraestructura comprende alrededor de 530 camas para adultos, niños y gestantes, 146 camas de cuidados críticos, 12 quirófanos, 8 hospitales de día, con alrededor de 20.000 egresos anuales, 950.000

⁶ "Informe Técnico. Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina" OIT. https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf.

⁷ <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/acerca-del-hospital>

consultas anuales, 19.000 cirugías, 3.500 partos. En el hospital trabajan 5.300 personas, 570 en condición de residentes y becarios (canal Hospital Posadas, 2021, om47s)⁸. Por medio de un informante clave aproximamos que, del total de trabajadores, solo un 10% es planta permanente, con contratos por tiempo indeterminado, con todos los beneficios de un empleado en blanco. Un 80 % de los trabajadores del Hospital se encuentran contratados, con contrato que son de renovación anual, con recibo de sueldo, antigüedad y aguinaldo. El 10% restante, está contratado como monotributista, perdiendo así todos los beneficios de un empleado en blanco. Algunos de los trabajadores entrevistados remarcaron que desde los años 90 no se establecen masivamente las plantas permanentes y que por ejemplo que vieron la forma de contrato precario: lo que llaman contrato 48, fue más extendida bajo el macrismo, pero que aún se sostiene. Los trabajadores que fueron despedidos bajo el gobierno de Macri, en el 2018, fueron reincorporados por este tipo de contrato precario, de renovación anual.

En cuanto a su composición gremial, el hospital Posadas se caracteriza por poseer una importante presencia de sindicatos. Las organizaciones gremiales principales son cinco: UPCN (Unión Personal Civil De La Nación) representa el sindicato paritario, mayoritario al interior del hospital, con 2500 afiliados y más de 360.000⁹ afiliados en todo el país. Este es el sindicato que representa a los trabajadores dependientes del estado nacional; en segundo lugar, se encuentra ATE (Asociación de trabajadores del Estado), que también es un sindicato con importante representación en el hospital, paritario con alrededor de 2.000 afiliados. Actualmente cuenta con más de 300.000¹⁰ afiliados en todo el país del sector docente y en salud. Ambos gremios representan a trabajadores profesionales y no profesionales dentro de la salud, es decir, que representan al personal de enfermería, de administración, de seguridad, personal no médico. Durante la década de los 90, UPCN tuvo un rol activo en el reparto menemista a través de privatizaciones, mientras que ATE se mostraba como opositor¹¹.

Por otro lado, aparecen dos sindicatos de profesionales de la salud, CICOP (Asociación sindical de profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires), que definimos como una vinculada más a la centro izquierda, aunque no realiza directamente una actividad partidaria, se ajusta al criterio asociativo según rama de actividad, profesionales y técnicos. A su vez en lo práctico no participa de las negociaciones salariales por falta de marco legal dentro del hospital para hacerlo. Cuenta con 500¹² afiliados dentro del hospital y más de 13000 en toda la provincia de Buenos Aires. Este gremio surge en los años ochenta y profundiza su accionar como respuesta al avance menemista en los noventa. Logra su personería jurídica en 2007. El STS (sindicato de trabajadores de salud del Hospital Posadas) fue fundado en el año 2000. Es un gremio propio del hospital Posadas, que tiene una presencia minoritaria. Aún le es negada la personería jurídica, por lo tanto, no es reconocido por los gobiernos ni tiene poder de negociación sobre el tema salarial. Por último, se encuentra APROSAN este sindicato

⁸ Hospital Posadas (24 nov 2021). Lic. Graciela Adriel: El rol de la enfermería ante la COVID-19. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=EBJLg7HyKho>

⁹ <https://www.upcndigital.org/capital/institucional/historia>, Página oficial UPCN

¹⁰ <https://ate.org.ar/ate-supero-los-300-000-afiliados>, Página oficial ATE.

¹¹ Etchemendy, Sebastián. "Construir coaliciones reformistas: La política de las compensaciones en el camino argentino hacia la liberación económica", 2001.

¹² <https://www.facebook.com/cicop.salud>. Página oficial Facebook de CICOP

agrupa gremialmente a todos los profesionales que cumplen funciones en Hospitales, Institutos y entes descentralizados dependientes del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, posee una delegación en el Hospital Posadas.

El hospital Posadas es un estandarte del primer gobierno peronista. Se fundó a finales de 1950 por el Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Argentina. Se trata de uno de los hospitales más grandes del país y cuenta con equipamiento de alta complejidad. Históricamente se caracterizó por ser un hospital con una marcada trayectoria de lucha, tradición que se remonta a los años setentas. Hacia 1976, el hospital fue intervenido por grupos de swat de la dictadura militar de Videla. Un pequeño edificio dentro del hospital, llamado el Chalef fue utilizado como centro clandestino de detención y hubo 11 desapariciones forzosas de trabajadores del hospital, registradas y efectuadas por el terrorismo de Estado.

La ley de contrato de trabajo (Ley 20.744) promulgada en septiembre de 1974 bajo el gobierno de Isabel de Perón intentaba regular las relaciones laborales. Garantiza entre otras cosas el derecho a huelga y el contrato por tiempo indeterminado. Sin embargo, durante la dictadura se avanzó sobre los derechos de los trabajadores anulando los artículos de la ley sobre el derecho a huelga y afiliación de los trabajadores a los sindicatos. Durante los años ochenta, con la vuelta a la democracia, el gobierno de Raúl Alfonsín revirtió estos puntos tan importantes de la ley relativos a la libertad sindical.

Hacia los años noventa, las políticas de flexibilización laboral implementadas por el gobierno menemista como la ley 24.013, sancionada en 1991, implicaba el nacimiento del contrato temporario, eliminando la indemnización por despido cuando el contrato finalice, algo que se implementó en el hospital Posadas.

Con los gobiernos Kirchneristas, si bien hubo avances en los salarios reales, en un primer momento, no se modificaron los contratos temporales y comenzó a profundizar el proceso de precarización con la implementación de monotributistas en los planteles médicos y no profesionales.

Con la llegada del gobierno de Mauricio Macri, comenzó a realizarse una revisión de los contratos con el objetivo de reducir el plantel de trabajadores del Hospital Posadas. Para el año 2018, se despidieron más de 300¹³ médicos de todo el hospital con la estrategia de "goteo", que consiste en generar los despidos de manera paulatina. Dado el prestigio de muchos de los médicos y médicas despedidas el conflicto tomó relevancia mediática. Este conflicto, que comienza en agosto de 2018, generó la reacción por parte de los trabajadores. Estos pedían la reincorporación inmediata de los despidos y buscaba visibilizar cómo el nuevo gobierno implementa políticas abusivas. Se organizaron asambleas dentro del hospital, muchas de ellas numerosas e históricas, se reclamó en la calle y se organizaron huelgas.

El Hospital Posadas tiene una gran presencia de organizaciones gremiales que deben haber cumplido algún rol, a favor o "contra la lucha". Los gremios CICOP y STS fueron mencionados por algunos trabajadores de base, como parte de la lucha contra la persecución sindical, los despidos y por la reincorporación de los trabajadores, También otros gremios más oficialistas tuvieron su actuación en el conflicto.

¹³ <https://www.pagina12.com.ar/141710-ajuste-en-salud-mas-despidos-en-el-hospital-posadas>

Los años de macrismo fueron definidos por algunos trabajadores de base del hospital, como de ajuste y persecución sindical. La pandemia irrumpe introduciendo además de problemas específicos en el hospital, es el momento en que se produce una reincorporación de un sector de los despedidos. Todo esto anterior nos lleva a preguntarnos:

¿Cuáles son las percepciones de los trabajadores del Posadas sobre la actuación que tuvieron durante la pandemia los sindicatos que intervienen en el Hospital?

¿En qué medida el conflicto por despidos que tuvo lugar en 2018 en el hospital permeó la percepción de los trabajadores sobre el accionar que tuvieron los sindicatos durante la pandemia en el hospital?

¿Las percepciones son homogéneas respecto de los distintos sindicatos que intervienen en el hospital?

Hipótesis

En el acercamiento al hospital fue realmente llamativo como la historia de lucha que atraviesa al hospital reverbera constantemente en el discurso y en el espacio institucional. Fue notorio en aquellos trabajadores con mayor antigüedad, en algunos casos con más de 20 años de experiencia en el hospital que han podido experimentar conflictos históricos y, que a su vez conviven con nuevos trabajadores que sin haber vivido esos antiguos conflictos se orientan a empatizar, reproducir y tomar como propios esos reclamos y exigencias. Es esta historia común que los une como una memoria colectiva que pasa de generación en generación.

En nuestro breve proceso de investigación pudimos observar en las distintas entrevistas, que el conflicto que se produce frente a los despidos que se llevan adelante bajo el gobierno de Macri y es así que reverbera en la percepción que tienen los trabajadores de base, y activistas, de la actuación de los sindicatos durante la pandemia.

Nuestra hipótesis es que: la historia de la conflictividad laboral en el Hospital Posadas y en particular del conflicto del 2018, tiene un impacto en la subjetividad de los trabajadores, y puntualmente en sus percepciones en torno al accionar de los sindicatos en la pandemia.

Objetivos generales

1. Analizar cómo permea el conflicto del 2018 durante el macrismo en la percepción que tienen los trabajadores de la actuación de los sindicatos en la pandemia.
2. Analizar las percepciones de los trabajadores del hospital Posadas sobre la actuación que tuvieron los sindicatos en el contexto de pandemia.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el mapa sindical del hospital Posadas, considerando los gremios que hallamos en la actualidad y cómo son entendidos por los trabajadores.
2. Describir las percepciones sobre el accionar, demandas y las medidas impulsadas por los sindicatos durante la pandemia.
3. Analizar las percepciones sobre las formas de organización sindical existentes durante la pandemia.
4. Describir las demandas que surgieron en la pandemia por parte de los trabajadores de base y aquellas que tomaron los gremios.
5. Indagar la percepción sobre la actitud que tomaron los sindicatos en relación a la gestión del gobierno y/o la dirección del hospital

Marco Teórico

La clase que vive del trabajo

Nuestro trabajo tiene un enfoque sobre la lucha de clases como motor de los cambios sociales. Creemos necesario a su vez, partir de un concepto de clase trabajadora que permita pensar los procesos actuales de lucha, dar cuenta de la heterogeneidad de las formas que asume el trabajo en el capitalismo actual, las condiciones para sus estrategias políticas, y su centralidad como sujeto social. Para esto, en contraposición a las tesis sobre el fin del trabajo, retomamos los aportes de Antunes sobre la ampliación del concepto marxista de la clase trabajadora como “la clase que vive del trabajo”: expandiendo la noción de clase trabajadora no solo al trabajador formal productivo, sino a todos aquellos y aquellas que venden, o necesitan vender su fuerza de trabajo a cambio de un salario para subsistir. Antunes amplía entonces el concepto de clase trabajadora no solamente al obrero industrial manual, sino también al trabajador de servicios, al trabajador precarizado part-time y “autónomo”, así como al creciente sector de trabajadores desempleados. (Antunes, 2005).

Respecto a la situación de los trabajadores en la Argentina actual, diversos estudios que abordan las condiciones laborales para la clase trabajadora argentina, nos permiten comprender la situación de fragmentación y precarización de la clase trabajadora contemporánea, como producto de un proceso general de ofensiva del capital contra el trabajo a partir de la crisis de sobreproducción de 1973 (Longo, 2012). En este sentido, para el caso de Argentina, podemos puntualizar dos grandes procesos de transformación de las condiciones de trabajo luego de la crisis del modelo de acumulación por sustitución de importaciones peronista: ofensiva neoliberal [1976-2001] y post convertibilidad [2001 - 2015]. (Basualdo, 2010)

El primer periodo, de fuertes reformas neoliberales, abierto por la última dictadura cívico militar, hasta su consolidación en la década de los 90s, instala una nueva relación de poder entre capital y trabajo. Estas reformas, se materializan en tres dimensiones: la precariedad del trabajo, del empleo, y de las condiciones laborales. (Longo, 2012) Durante este periodo se consolida un fuerte proceso de flexibilización laboral, desindustrialización, fragmentación social, aumento del desempleo, y disminución de los convenios de trabajo, seguido de una fuerte tendencia a la baja de los salarios, instalando la precariedad laboral como base de la acumulación capitalista.

El segundo periodo, abierto luego de la crisis del modelo de la convertibilidad y el estallido social de 2001, si bien implicó un cambio del modelo de acumulación, basado en la recuperación industrial, la protección del mercado interno, y la expansión del mercado de trabajo, se consolidó con la precariedad como base para esta nueva relación capital-trabajo (Basualdo, 2010). Si bien durante este periodo se redujo la desocupación, y el Estado comenzó a intervenir más en la relación capital-trabajo, mediante la reactivación de la negociación colectiva, tendiendo a una recuperación del salario, la estructura fragmentada del mercado de trabajo instalada durante el primer periodo no se revirtió, sino que, por el contrario, se consolidó como punto de anclaje de este nuevo proceso de acumulación.

En este sentido, creemos que este proceso de precarización y flexibilización que, si bien con modulaciones, continúa hasta el presente, permite explicar la fuerte fragmentación del mercado de trabajo actual, donde por un lado nos encontramos con un núcleo de la clase trabajadora no precarizada, representados por el sindicalismo tradicional, y por otro, una fracción creciente de trabajadores precarizados, con empleos no registrados, con bajos salarios, pésimas condiciones de trabajo, y con baja representación sindical. Entre ambos extremos, se ubica un conjunto de trabajadores registrados, pero atravesados por políticas de precarización legalizadas, como son los tercerizados, subcontratados, entre otros (Basualdo, 2010).

El sector salud en Argentina, no queda exento de estas transformaciones. La instalación de la precarización y flexibilización como piedra angular del mercado de trabajo argentino, hace que en la actualidad nos encontremos con un sector salud muy heterogéneo, compuesto por grupos de trabajadores con muy disímiles condiciones de contratación y empleo al interior de cada Hospital, por lo que creemos que retomar la definición ampliada de "clase que vive del trabajo" (Antunes, 2005) nos permite analizar al conjunto de los trabajadores del hospital contemplando las diferencias y particularidades al interior del mismo, pero sin perder de vista su vínculo común, la de estar subsumidos a una relación de explotación.

Mapa sindical post convertibilidad. Estructura descentralizada y segmentada

Las reformas aplicadas en la década de los 90, en gran parte son las responsables de que la estructura de la salud argentina sea fuertemente descentralizada y segmentada. En Argentina, este proceso se consolidó durante el gobierno Menemista que llevó adelante políticas de flexibilización laboral, privatizaciones, y una estrategia de poder que buscaba dividir el frente sindical. La "política de garrote y zanahoria" buscaba disciplinar a los sindicatos premiando a aquellos leales al gobierno y las reformas con participaciones en privatizaciones, mayor cantidad de afiliados, y castigando a los opositores. Respecto a los sindicatos de salud durante el periodo, UPCN se mostraba como oficialista y ATE participaba activamente en los reclamos contra el gobierno (Etchemendy, 2001)

Aspiazu, nos proporciona de un mapa sindical, que nos permite ver los marcos generales de la compleja estructura sindical en el sector. Las características centrales, en primer lugar, son la gran heterogeneidad del sistema a nivel nacional, compuesto por numerosas asociaciones, uniones y federaciones sindicales de distinto tipo, a los que se

suman los colegios y las asociaciones médicas con fuerte anclaje entre los profesionales del sector.

En el ámbito estatal, como es el caso del Hospital Posadas, la representación se divide en dos grandes grupos: por un lado se encuentran los gremios de profesionales de la salud, que agrupan a médicos y a otras especialidades técnicas en tanto asalariados, por lo que se trata de sindicatos con un sentido estrictamente gremial y ya no corporativo como en el caso de los Colegios Médicos; y, por otro lado, los sindicatos de trabajadores incluidos en el escalafón general del personal de la Administración Pública, que agrupan a todo el personal no profesional del sector (administrativos, maestranza, seguridad, personal de alimentación). Asimismo, existen otras asociaciones más pequeñas que nuclean trabajadores de establecimientos de salud municipales o provinciales a nivel local, y algunas asociaciones de profesionales cuya representación es por establecimiento. (Aspiazu, 2017).

En ese sentido, en el Hospital el mapa sindical se encuentra fragmentado en alrededor 6 organizaciones sindicales, teniendo hegemonía por ser paritarios son sindicatos oficialistas, ATE y UPCN. y Luego organizaciones más pequeñas que nuclean a profesionales y técnicos, como el CICOP y STS.

La organización sindical en el lugar de trabajo: Los paritarios y de "izquierda".

El corazón de nuestro trabajo, es la percepción de los trabajadores acerca de la actuación de los sindicatos en el lugar de trabajo, es decir en el Hospital Posadas.

El trabajo de Mariela Cambiasso (2015), que analiza la relación entre la organización sindical en el lugar de trabajo y la influencia de los corrientes político-ideológicas de izquierda considerando el caso de la Comisión Interna de la fábrica alimenticia Kraft Mondelez (ex Terrabusi), ubicada en la Zona Norte del conurbano bonaerense. Pese a que aborda una experiencia de organización de base en el sector industrial, el trabajo nos permite repensar el rol de la izquierda o de organizaciones sindicales vinculadas a la izquierda en el Hospital Posadas.

Cambiasso, identifica ciertos patrones que se repiten al pensar históricamente la relación de las organizaciones de base en el lugar de trabajo y la izquierda: En primer lugar, una de las posibles actuaciones de empresas/patronales respecto a las experiencias de organización gremial en lugar de trabajo, muchas veces vinculadas a la izquierda, se advierten como políticas represivas y persecutorias. En su estudio la autora encontró y reafirma que la extensión de las instancias de organización sindical de base en las empresas presenta ciertas vinculaciones con los ciclos de protestas laborales.

La investigación de Cambiasso, nos permitió repensar la conflictividad en el Hospital Posadas, en particular de la significancia del conflicto del 2018, así como las consecuencias del mismo sobre la actuación de los sindicatos y de los trabajadores, en el marco de la pandemia, que produjo, junto a otras determinaciones, un reflujó de la conflictividad.

Conflictividad Laboral

Entre el 2015 y 2019, durante el gobierno de Macri, se produjo una nueva expansión de distintas formas de precarización laboral a partir de formas 'flexibles' de contratación en el ámbito público y privado, que implicaron reducción o eliminación de derechos que impactó en el sector de salud. Es una degradación en la intervención estatal en el sector salud, acompañadas de políticas de ajuste y persecución sobre los trabajadores combativos. Hubo una reconfiguración regresiva de la intervención en áreas estratégicas referidas a derechos humanos, económicos, sociales y laborales que incluyen despidos fuertes en el sector público, así como nuevos intentos de reforma laboral. Estas políticas de ajuste y precarización se ven acompañadas por la degradación del Ministerio de Salud en secretaría (Basualdo, 2020).

Este análisis sobre el avance en las distintas formas de precarización laboral que llevó adelante Basualdo para el Macrismo, se ve expresado en el Hospital Posadas, ya que se produjo un ajuste importante llevando adelante en el 2018 el despido de 1600 trabajadores, y una persecución laboral e ideológica con la presencia denunciada por los trabajadores de servicios de inteligencia, y presencia policial en el hospital, que tuvo importantes repercusiones en los medios de comunicación.

En suma, en un contexto de pérdida de puestos de trabajo, ajuste estatal y crecimiento exponencial del endeudamiento externo, la evolución de las relaciones laborales fue sumamente regresiva en esta etapa y si no lo fue más fue por el muy alto grado de conflictividad sindical y movilización masiva que logró alcanzarse a lo largo del período, aún en un contexto totalmente adverso, y que sin duda fue clave para frenar los intentos más extremos de reforma laboral y condicionar y morigerar los procesos de ajuste.

Algo que podemos observar que se produce en el Hospital Posadas y se expresa en el conflicto del 2018, producido como respuesta a los ataques del gobierno de Macri, en donde la demanda principal fue la reincorporación de los trabajadores, como así una denuncia muy importante por parte de las organizaciones sindicales vinculadas a la izquierda, de persecución que se expresa en despidos a delegados de base vinculados a la CICOP, como así una persecución a activistas y trabajadores que se vincularon al conflicto.

En el marco de este proceso abierto de precarización, fragmentación sindical, y resistencia de los trabajadores, la pandemia de covid 19, y la implementación de la ASPO introducen nuevas tensiones al interior de la relación capital-trabajo, re actualizando la conflictividad laboral en este periodo. Esta situación extraordinaria tuvo efectos significativos en el mundo del trabajo, generando nuevas tensiones entre patronales, trabajadores y el Estado. Mientras que los trabajadores y los sindicatos mayoritariamente intentaron resistir la pérdida de puestos de trabajo y la modificación regresiva de las condiciones laborales, los sectores patronales intentan descargar los costos hacia los trabajadores (Basualdo, 2020).

A partir del informe de la OIT respecto al impacto de la pandemia Covid19, podemos afirmar que la misma no sólo implicó efectos devastadores inmediatos en el campo sanitario, sino también a partir del aislamiento social generó una crisis económica con fuertes consecuencias en las condiciones de vida y de trabajo. Entre estas podemos mencionar el incremento del subempleo y desempleo, un deterioro en la calidad del

trabajo, con respecto a los salarios y el acceso a protección social. Y en particular afectando los niveles de participación laboral por parte de las mujeres¹⁴

Así, durante el periodo de la pandemia, a partir del análisis sobre conflictividad laboral en Argentina que realiza Basualdo, podemos ver que en la mayoría de sectores tanto esenciales como no esenciales, se aprecia un incremento de la conflictividad, ligados principalmente a la resistencia frente a políticas de ajuste y precarización, basados en despidos, suspensiones, recortes salariales, y negación de licencias, entre otros mecanismos patronales para descargar los costos de la pandemia sobre los trabajadores. En el caso del Hospital Posadas se produce semanas antes de las ASPO, una reincorporación parcial (206 de 1600 trabajadores despedidos durante el macrismo), que se expresan para los trabajadores como un triunfo del conflicto del 2018, aunque parcial, ya que sostienen demandas importantes no resueltas en el periodo anterior. El Hospital Posadas, expresa matices frente a este panorama más general, por las particularidades que se vinculan más que todo, a lo que en parte expresan los trabajadores entrevistados, de miedo frente al virulento ataque por parte del gobierno macrista en los años anteriores, expresándose en términos muy generales, lo que podríamos definir como un reflujó o baja de la conflictividad.

Los sindicatos paritarios: burocracia sindical y métodos.

En las entrevistas a los trabajadores del hospital, que pudimos realizar, su visión acerca de la actuación de los sindicatos paritarios en la pandemia, como actuaron frente a las demandas de los trabajadores, y podemos decir que la percepción es negativa, hacia los sindicatos paritarios particularmente. Nos pareció necesario poder profundizar sobre los métodos y formas de organización y vinculación a los trabajadores por parte de los mismos. Es en ese sentido que nos acercamos a los trabajos de Paula Varela acerca de la burocracia sindical y sus métodos, que entendemos pueden darle un marco más claro a la actuación de los sindicatos paritarios (ATE Y UPCN) que se encuentran en el hospital.

Para reconstruir la constitución de la burocracia sindical, que expresa una casta con intereses propios en su acepción clásica y reflexionar sobre sus formas de vínculo y representación hacia los trabajadores, nos pareció pertinente el trabajo de Paula Varela, que profundiza el análisis sobre la burocracia bajo el kirchnerismo tras la crisis del 2001, con la presencia de una clase obrera recompuesta objetivamente (por el crecimiento económico y del empleo) y también en términos subjetivos (por la existencia de una nueva generación de trabajadores marcada por el 2001 como "reapropiación de la política desde abajo"), con una burocracia sindical cuyo fortalecimiento desde el Estado es indisociable de la necesidad de regimentación de esa recomposición de "fuerza moral" de la nueva clase obrera (Paula Varela, 2016). La salida de los años noventa dio como resultado lo que Paula Varela define como el fenómeno de un sindicalismo empresario, que negoció desocupación a cambio de asignación directa de renta, y participó en las privatizaciones, consiguiendo lo que se llamaron compensaciones (fondos extra para la transformación de las obras sociales en

¹⁴ Informe CEPAL. Sobre el aumento de desempleo, y subempleo en la Pandemia por Covid-19. <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-pandemia-covid-19-genero-un-retroceso-mas-decada-niveles-participación-laboral>

empresas de salud privada, y el ingreso al negocio de las AFJP y ART, etc) y tras negociar la desocupación abrió paso a dos reformas que terminaron en la degradación de las condiciones de compra y venta de la fuerza de trabajo (contratos temporales y tercerización) que se dispararon exponencialmente luego de la reforma laboral de 1994 (pactada con los sindicatos); y la precarización vía la habilitación de convenios colectivos por empresa o por sector (Varela, 2019).

La negociación de la burocracia sindical de preservación de recursos propios a cambio del mantenimiento de poder de asociación, reafirmó el éxito de las contrarreformas neoliberales, y presenta un "modelo" de su obtención a través de la fragmentación (y debilitamiento) de la clase obrera en su conjunto. Paula Varela explica, a partir de estas acciones el sostenimiento del poder de asociación se explica el "retorno de los sindicatos" a la escena política durante el kirchnerismo. La primera, la contradicción entre la definición de "retorno del gigante" y, al mismo tiempo, la afirmación del carácter segmentado del neocorporativismo kirchnerista.

Fuentes y Metodología

Para la realización de nuestro trabajo utilizamos una metodología cualitativa. Se trata de un acercamiento exploratorio-descriptivo. Este abordaje nos permitió acceder a la subjetividad y al sentido que los trabajadores les otorgan a los sindicatos y su accionar durante la pandemia. La recolección de datos y opiniones se realizó con entrevistas semi estructuradas apoyadas en una guía de preguntas previamente consensuadas con el equipo de investigación y con la cátedra. En su mayoría se trató de entrevistas a distancia por medio de herramientas virtuales por el beneficio que traía a las condiciones de entrevista como la posibilidad de encontrarse en su ámbito doméstico en posición de responder sin ningún condicionamiento laboral para dar respuestas.

Se trata de una muestra no probabilística. En total se hicieron 11 entrevistas entre septiembre y noviembre de 2021, 8 mujeres y 3 varones. Accedimos a los entrevistados desde un informante clave, que pertenece al PTS (partido de trabajadores socialistas), trabaja en el sector de enfermería y se encuentra afiliada a CICOP. De modo que por lo general los entrevistados tienen una ideología más cercana a la izquierda. En cuanto a la actividad de los trabajadores, contamos con entrevistados de diversos sectores del hospital. Médicos, residentes, enfermeros, administrativos, técnicos en imágenes. Por lo general se trata de trabajadores que cuentan con antigüedad dentro del hospital. En cuanto a la actividad sindical de cada trabajador, en su mayoría se encuentran afiliados a ATE. Contamos con afiliados a CICOP, a UPCN y otros sin ningún tipo de afiliación.

El acercamiento virtual a los trabajadores nos dejaba un problema irresuelto. Dicho acercamiento si bien tenía la ventaja de que el entrevistado se encontraba en su casa contando con tiempo y comodidad, nosotros como en la tarea de investigación no habíamos podido recorrer las instalaciones y observar con detenimiento la dinámica y ritmo del hospital. Al visitarlo fue muy notorio la presencia tanto de partidos políticos, fundamentalmente de agrupaciones de izquierda como de sindicatos. Los sindicatos tienen espacios oficinas, donde reciben a los trabajadores, muchos de los entrevistados reconocían el espacio sindical del hospital. Esto nos llamó la atención, dado que esta alta presencia política y sindical que eso luego no refleja un compromiso de éstas

organizaciones en la lucha por la defensa de los trabajadores de la salud. Los trabajadores veían presencia de los sindicatos, pero sentían, a su vez, que estos no respaldan sus demandas, muchas de ellas históricas.

Al ordenar el material empírico y clasificarlo según respuestas una evidencia resultó muy notoria. “Las venas abiertas” del conflicto de 2018, se hacían presente en los discursos, aun si algunos entrevistados no eran directamente interpelados al respecto. Dicha presencia nos llevó a pensar que quizás aquellos trabajadores que habían participado en la lucha activamente, es decir, habían sido despedidos, tenían un sesgo con respecto al accionar del sindicato. Sin embargo, con un análisis un poco más profundo, la evidencia mostraba que no se trataba de un sesgo, sino que ese conflicto y lucha de 2018 les permitió visibilizar la actuación que tuvo cada una de las organizaciones sindicales que existen en el Hospital en relación de los derechos de los trabajadores afectados por los despidos, como así reflexionar sobre a qué sectores políticos se encuentran vinculados.

Para comprender y enriquecer el análisis el equipo trabajó con información de fuentes secundarias: diarios, blogs, videos que den cuenta de la historia de lucha del hospital y como esto era visto desde los medios de comunicación.

Análisis de las entrevistas.

El propósito de nuestro trabajo es analizar las percepciones de los trabajadores del hospital Posadas sobre la actuación que tuvieron los sindicatos en el contexto de pandemia, considerando si esta percepción se vio permeada por la historia de lucha del hospital y más precisamente por el desarrollo del conflicto de 2018. Los datos cualitativos que analizaremos son el resultado de entrevistas a trabajadores que han prestado servicio durante la pandemia en diversas áreas del hospital. Los datos que aportaron acerca de los gremios fueron contrastados con información oficial de los mismos vía redes sociales oficiales (Facebook, Twitter, artículos de prensa de las fechas mencionadas). Las entrevistas nos permitieron rastrear y reconocer referentes gremiales, tamaño de las agrupaciones, demandas persistentes en medio del diálogo, y desde allí tomamos aquellas nociones más claras para indagar en registros oficiales.

Desglosamos el objeto del trabajo en 5 (cinco) dimensiones.

Era de vital importancia establecer un mapa sindical, por eso es la 1º (primera) dimensión que nos provee información útil sobre qué sindicatos participan en el hospital y que importancia y peso específico tiene cada uno.

Como 2º (segunda) dimensión quisimos indagar acerca de las acciones y medidas específicas de los sindicatos durante la pandemia.

La 3º (tercera) dimensión busca describir o caracterizar si es que hubo nuevas formas de organización en el marco de la pandemia por cada sindicato, también buscar la existencia de formas de autoorganización por parte de los trabajadores.

La 4º (cuarta) dimensión intenta aproximar la actitud que tuvo cada sindicato frente al gobierno nacional y al conjunto del equipo de dirección institucional del hospital, entendida como órgano de gestión actual, durante la pandemia.

La 5º (quinta) dimensión describe e indaga sobre las demandas de los trabajadores, nuevas e históricas que pudieron aparecer durante la pandemia.

Percepciones de los trabajadores sobre los sindicatos durante la pandemia por COVID-19.

Estructura sindical; acciones y medidas; organización y autoorganización; la percepción la actitud sindical acerca de la dirección del hospital; demandas nuevas y demandas históricas que persisten actualmente.

Estructura sindical:

Encontramos 5 (cinco) agrupaciones gremiales en la actualidad: UPCN, ATE, CICOP, Y APROSAN Y STS. De las primeras cuatro pudimos verificar esta información en sus páginas oficiales y en el caso de STS del Hospital Posadas pudo ser corroborado por medio de la prensa del diario La Izquierda, el portal de noticias Info-gremiales y por medio de la cuenta oficial de Twitter CTA (Regional Morón, Hurlingham, Ituzaingó) donde es posible ver información del gremio, ya que se encuentran enmarcados en esta central de trabajadores. Sin embargo, fue el material más importante aquello que oímos y registramos de estas organizaciones por medio de las entrevistas, porque nos permitió ahondar en las características de la dinámica de estas organizaciones respecto a la dinámica del hospital.

1). UPCN -Unión del Personal Civil de la Nación.

Andrés Rodríguez, secretario general y secretario adjunto de la Confederación General del Trabajo (CGT).

Se trata de uno de los gremios más antiguos, con mayoría de afiliados, 2500 en el hospital y 360.000 en todo el país, a su vez es uno de los gremios que detentan la potestad para discutir los aumentos salariales (paritarias). Sus afiliados pueden ser profesionales como también no profesionales de la salud, por ejemplo, personal de maestranza o seguridad. A su vez se hace manifiesto del análisis del discurso de los entrevistados que la obtención de solicitudes concernientes al ámbito laboral las monopoliza este gremio. Una trabajadora del área de enfermería perteneciente a planta permanente decía "Estoy afiliada a UPCN, pero no por una cuestión de representación, si no por la necesidad de tener algún tipo de respaldo gremial" Enfermera. A su vez monopoliza el manejo del acceso a la formación académica, "dan una licenciatura de enfermería que lo maneja UP y si no te afilias es el único hospital que te obligan a afiliarte para poder cursar en el hospital, en el resto de los hospitales pueden cursar tanto afiliados como no afiliados" Enfermera. Este gremio en lo correspondiente a la participación en la política partidaria nacional muestra una naturaleza volátil o mudable que se modifica buscando tomar la posición del partido político que se halle en mando en el ámbito nacional. Esta trabajadora del hospital involucrada en temas gremiales indicaba "UPCN es más oficialista pero también estuvieron bien con todos los gobiernos y direcciones de los hospitales, y bueno toman la política del gobierno de turno". Enfermera

2) *ATE - Asociación Trabajadores del Estado- Seccional Morón. Secretarios Generales: Darío Silva y Hugo "Cachorro" Godoy.*

Se trata de uno de los gremios con mayoría de afiliados con alrededor de 2.000 en el hospital. Actualmente cuenta con más de 300.000 afiliados en todo el país del sector docente y en salud. A su vez es uno de los gremios, al igual que UPCN, que se detentan la potestad para discutir los aumentos salariales (paritarias). La informante clave expresa: "los que se están sentando en paritarias son ATE y UPCN, entonces ...". Enfermera. Sus afiliados pueden ser profesionales como también no profesionales de la salud, por ejemplo, personal de maestranza. En lo correspondiente a la relación con la administración del hospital es estrecha por su condición legal, en el mismo sentido que UPCN, y también por la antigüedad de este gremio, aquí se evidencia una traba muy marcada, al respecto se refiere:

"El departamento de enfermería está digitalizado por ATE incluso para los distintos otorgamientos de francos, horas extras, licencias (...) ningún gremio tiene porqué estar metido en la dinámica organizativa de Dto. de enfermería, pero lo están y el hospital lo permite" Enfermera.

En lo tocante a la orientación de esta organización respecto a la política partidaria nacional muestra una condición similar a la de UPCN, en tanto ofrece diferentes posturas según cual sea el periodo contemplado,

"Son panqueques. La gestión (nacional) que esté es la que aman, porque son los que les hacen el bolsillo básicamente, ahora están saliendo en los videos con fotos de Cristina (Kirchner) de fondo, con el gobierno anterior salían abrazados con funcionarios, etc". Enfermera.

Esta agrupación tiene oficina propia para asuntos gremiales, legales y posee delegados, esta información pudo ser relevada en la institución. Sus autoridades han alcanzado relevancia mediática en numerosas oportunidades. Y podemos señalar que en la mayoría de las entrevistas expresan que el sindicato tuvo un rol contrario a la defensa de los trabajadores. Esta entrevista expresa, la posición general de los trabajadores entrevistados "Estoy super enojada con los dos gremios (ATE y UPCN) porque creo que donde tuvieron que haber puesto los cojones (2018), fueron de lo peor".

3) *CICOP- FeSProSa:*

-Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP). Presidente: Pablo Maciel -

-Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FeSProSa). Presidenta: María Fernanda Boriotti

Este gremio nuclea a profesionales y técnicos. CICOP se caracteriza por no tener una posición institucional en política nacional, sino que se presenta como democrática incluyendo a su interior afiliados que pertenecen a orientaciones políticas diversas (peronismo y socialismo mayormente). No posee potestad para la discusión salarial, pero se encuentra realizando gestiones legales para modificar esta situación. Cuenta con 500 afiliados dentro del hospital y más de 13000 en toda la provincia de Buenos Aires. En el hospital posee una oficina que brinda asesoramiento legal y gremial. Una

entrevistada que es secretaria gremial de CICOP nos comenta, acerca del ataque sindical que tuvieron en el conflicto del 2018, donde despidieron a 17 de 23 delegados en el hospital, y eso los dejó muy débiles para la acción gremial:

“Nosotros ahora no tenemos, nuestros delegados fueron despedidos en la era Macri (conflicto del 2018), y fueron reincorporados en esta época (2021). Entonces recién hubo elección de comisión directiva porque además todas las elecciones estaban suspendidas, ahora estamos en forma de reorganización”. Secretaria gremial de CICOP.

4). *STS – CTA.MHI: Sindicato de trabajadores de la salud (STS)-Central de los trabajadores - Regional Morón Hurlingham Ituzaingó (CTA- MHI)*

Este gremio es propio del Hospital Posadas y fue fundado en el año 2000. Nuclea a un conjunto de trabajadores que pueden o no ser profesionales, recibe a trabajadores de sectores diversos en general y permite de alguna forma dar lugar a aquellos que quedan rezagados de pertenencia gremial por el área de trabajo al que pertenecen. Aún le es negada la personería jurídica, por lo tanto, no es reconocido por los gobiernos ni tiene poder de negociación para asuntos salariales relativos al hospital. Su participación se ha hecho notoria en el conflicto laboral del año 2018, al respecto la informante clave relata “STS también es importante ha estado mucho con la lucha por la reincorporación al igual que CICOP ...y más allá de las disputas entre ellos, cuando logran unificarse hacen una confluencia bastante importante y bastante rica en lo que es trabajo gremial (referencia despidos 2018)”.

5). *APROSAN. Asociación de Profesionales del Arte de Curar del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (APROSAN)*

Este sindicato agrupa gremialmente a todos los profesionales que cumplen funciones en Hospitales, Institutos y entes descentralizados dependientes del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Es exclusivo de médicos y posee una delegación en el Hospital Alejandro Posadas. Realmente se ve como opaca la participación de este sindicato creemos que esta apreciación puede estar vinculada con la alta calificación requerida para pertenecer a él. Aun así, al haber sido mencionado en las entrevistas creemos que incluso es un dato relevante el hecho mismo de no verse involucrado en las acciones de otros gremios de trabajadores puede aportar en algún punto al fenómeno de fragmentación gremial.

Acciones y medidas impulsadas por cada sindicato

En el siguiente apartado retomamos la dimensión referida a acciones y medidas impulsadas por los sindicatos durante la pandemia en base a los testimonios de las entrevistas.

Lo que podemos reconstruir por los trabajadores es que, a comienzos de la pandemia, las acciones principales que llevaron adelante los sindicatos fueron la participación de

lo que se llamó Comité de Crisis¹⁵, que a expresión de los trabajadores fue una institución que establecieron frente a la pandemia por Covid-19, donde tanto el gobierno como la dirección del hospital informaba, con un rol menos consultivo. En el comité, participaban todos los sindicatos, y discutían principalmente sobre la disponibilidad de insumos preventivos frente al COVID-19 en el hospital, la elaboración y seguimiento de los protocolos, buscando reducir el riesgo de contagio.

La búsqueda de garantizar los insumos, forma parte a su vez de una política nacional, particularmente en el sector de salud desde la declaración de ASPO. Es decir, en lo que se entiende el primer periodo del aislamiento en el cual las demandas orbitan en torno a la seguridad de los trabajadores esenciales (Basualdo, 2020). Lo que observamos en las entrevistas es que la pandemia planteó una necesidad muy concreta de provisión de insumos requeridos para el cuidado contra el contagio de COVID-19. Es importante resaltar que en este aspecto tanto sindicatos como trabajadores estuvieron alineados a las decisiones del gobierno nacional que se propone justamente enfrentar la pandemia, mejorar el sistema de salud, e invertir lo que sea necesario para que la provisión de insumos esté cubierta. El objetivo era entonces no saturar el sistema de salud, que era el peligro de un virus como el COVID 19.

Durante los primeros meses de la pandemia, se produjo la reincorporación gradual de una parte de los trabajadores despedidos (durante el 2018), y algunos sindicatos, llevaron adelante acciones para exigir en particular la recuperación de los derechos perdidos por parte de los trabajadores, que ingresaban vía contratos (Contrato 48), como también perdían la antigüedad que tenían en el hospital. Una aclaración que nos parece importante, en cuanto a las reincorporaciones de los trabajadores despedidos, es que la visión de los trabajadores expresaba dos motivos por los que se habían producido. Uno, la pandemia misma, y una necesidad de responder frente a la crisis sanitaria en curso, y por otra parte, la visión de que fué la lucha que se llevó adelante en el 2018, lo que permitió que se reincorporen trabajadores despedidos.

Se puede observar en términos generales, que las acciones llevadas adelante por los sindicatos durante la pandemia, se expresaron en la participación de organismos institucionales, como así acciones frente a demandas particulares de trabajadores, presentando por ejemplo cartas a la dirección, etc. Otra de las acciones que también llevaron adelante algunos sindicatos, uno en particular (CICOP), fue la denuncia de la vacunación VIP, que tuvo importantes repercusiones políticas. Los sindicatos que estuvieron vinculados a estas acciones, fueron los sindicatos que tienen una imagen positiva por parte de los trabajadores de base del hospital: CICOP, STS. A su vez son quienes están mencionados como quienes intentaron durante la pandemia sostener las asambleas virtuales, y la coordinación con los trabajadores residentes del hospital que se organizaban por la recategorización de su trabajo.

En relación a cuál es la percepción que tienen los trabajadores y entrevistados frente a los sindicatos paritarios, se observó una visión bien negativa en términos generales; es decir hacia ATE, y UPCN, pero no sin matices. Algunos trabajadores de base, diferencian la actuación de ATE, que lo ven como el sindicato más combativo, otros como el que mayor representa a los trabajadores enfermeros. Se puede observar que

¹⁵ El Comité de Crisis, fue una institución que reúne a los directivos del hospital, gobierno y sindicatos, para establecer los lineamientos protocolares que debe llevar adelante el hospital.

quienes han participado del conflicto del 2018, siendo despedidos o activistas, expresan claramente una posición de denuncia a ATE y UPCN como los sindicatos que avalaron los despidos. Quienes no lo han sido, pero conocen las conclusiones del conflicto, tienen la misma consideración. A su vez podemos ver que también frente a los trabajadores, como mencionan algunos entrevistados, de los residentes, también son de inmovilidad.

Contrariamente a lo que se expresa por parte de los trabajadores, en relación a los sindicatos paritarios, hay una visión más benévola y positiva sobre los sindicatos menores, no paritarios, como CICOP y STS. Esto se encuentra bastante permeado por la visión que tienen los trabajadores entrevistados, acerca de la actuación que tuvieron los sindicatos no paritarios durante el conflicto del 2018. Esta visión la expresan los entrevistados, sean activistas, despedidos del conflicto, como trabajadores de base que no fueron parte del conflicto, pero que lo conocieron, y sacaron conclusiones, y balance sobre el mismo.

Una trabajadora, que si bien no fue parte activa durante el conflicto, tiene una imagen positiva del sindicato CICOP. Establece que si bien tiene diferencias políticas y considera que se quedan a medio camino en defensa de los trabajadores, al tomar solo medidas más que todo "institucionales", son los únicos que acompañaron el reclamo de los despedidos: "... fueron los únicos que acompañaron a los despedidos del Posadas y que estuvieron en las luchas, pero siempre todo muy bien en los marcos

institucionales". Trabajadora social.

Otra de las cuestiones que menciona en relación a este sindicato, es que es también quien durante la pandemia coordina con los trabajadores residentes del hospital, en la lucha por la recategorización, algo opuesto a lo que se observa en relación a los sindicatos paritarios de ATE y UPCN.

"...UPCN Y ATE no nos dan ni bola, ni bola. Y si CICOP, a su forma y todo digamos cómo intenta hacer parte de los residentes de cuando hay medidas de lucha, de cuando hay asambleas, hay como un ida y vuelta en la convocatoria. Así como cuando nosotros realizamos cosas convocamos a CICOP, CICOP también nos convoca cuando se dan diferentes tipos de distancias." Trabajadora Social.

Por otro lado, la reafirmación de una presencia de los sindicatos en general en la exigencia de provisión de insumos, la plantea también una médica de terapia intensiva, aunque no hace referencia específicamente a la CICOP.

"(...) al principio faltaba aceptar mucho el tema de insumos, de equipo de protección, yo creo que vía sindicatos, se pudo conseguir, se pudo lograr bastante en cuanto a lo que es insumos y demás (...) después ya te digo... se normalizó la entrega y todo, y se pudo acomodar un poco más... pero yo creo que fue más que nada vía sindicatos, y otras agrupaciones que se pudo conseguir" Médica, sector terapia intensiva.

Sin embargo, una de las directivas del sindicato de la CICOP, coloca a su sindicato en el centro de las acciones que permitieron conseguir los insumos necesarios frente a la pandemia, como así de controlar su utilización por parte de los trabajadores

"Si se compró equipamiento, por supuesto, en cantidad (...) eso tuvo que ver con la calidad del reclamo que nosotros también teníamos, desde los barbijos, camisolines..." (...) "Teníamos reuniones ministeriales, estaba el comité de crisis

(...) En donde los gremios estábamos convocados a participar, donde bajaban línea de todo, pero ahí podíamos ir y nosotros exigíamos, que los compañeros, y compañeras tuvieran el EPP. Y les decíamos a los compañeros: "compañeros usted no trabaja si no tiene el equipo". Médica Clínica, y Directiva del CICOP

Si bien en cuanto a insumos el accionar pudo estar en coincidencia entre trabajadores, sindicatos y gobierno, al momento de hablar de salarios y paritarias, la percepción es distinta. Sobre el accionar de los sindicatos con respecto a este punto, una entrevistada, reincorporada en febrero 2020 y militante de izquierda reflexiona: " (...) para mi ...firmaron paritarias un poquito mejor que la de los no profesionales, pero, siguen siendo a la baja y seguimos teniendo salarios por debajo de los niveles de la canasta básica." Administrativa.

Es interesante resaltar que al momento de preguntar sobre las remuneraciones y las acciones de los sindicatos durante la pandemia los entrevistados retoman las discusiones sobre el accionar de estos durante el conflicto de 2018. Una entrevistada del sector enfermería, que participó activamente en 2018 afirma: "Mira cómo defino ATE y UPCN, es como pro Gobierno, pro estatales y pro defensores de la precarización. Rotundamente, o sea han avalado los despidos (de 2018) en el Posadas." Enfermera

La entrevistada despedida y reincorporada, militante de izquierda, al ser consultada acerca de las acciones de los sindicatos con respecto a las remuneraciones en la pandemia reflexiona:

"En general (los sindicatos), jugaron a la plancha (durante la pandemia) porque todos los sindicatos de la salud están en alguna medida con el gobierno. El sindicato ATE que es el que nuclea al sector no profesional, que el secretario general es (Hugo) Cachorro Godoy, está con el gobierno. Ha sido parte de la campaña del 2019 de Alberto Fernández, y UPCN que es el sindicato también nacional de no profesionales, en la misma línea firmaron paritarias a la baja, con algunos ítems, como esos bonos que eran exprés para los trabajadores particulares de salud " Administrativa".

Es preciso destacar que mientras la paritaria 2020 que abarca desde octubre 2019 a septiembre 2020 cerró en 25%, la inflación corría al 32% para el mismo periodo¹⁶.

Por otro lado, aunque nuestro equipo de investigación no se lo propuso, al momento de preguntar por el accionar sindical durante la pandemia, la mayoría de los entrevistados resaltó el conflicto 2018, en donde hubo despidos masivos, como un antes y después en cuanto a la percepción sobre los sindicatos, estableciendo una diferencia tajante entre el accionar de UPCN y ATE por un lado y el resto de los sindicatos menores por el otro. Una trabajadora administrativa, que fue golpeada por patotas enviadas por sindicatos afirma: "(...) el propio sindicato (ATE Y UPCN) armó la lista de despidos. Se la facilitó al nuevo director que venía. Nos mandaron las patotas, nos pegaron porque nos pegaron salvajemente." Administrativa.

Por su parte, desde el sector enfermería, una trabajadora que, si bien no fue despedida, si participó en las organizaciones de 2018, afirma: "Quisiera resaltar el trabajo que hizo

¹⁶<https://www.telam.com.ar/notas/202012/538711-paritaria-estatales-aumento-ate-upcn.html>
<https://datosmacro.expansion.com/ipc-paises/argentina?sector=IPC+General&sc=IPC-IG&anio=2020>

el STS, y CICOP que se metieron en la lucha de los trabajadores y que junto a ellos conseguimos la reincorporación” Enfermera.

El conflicto 2018 aparece entonces permeando la percepción de los trabajadores sobre el accionar de los sindicatos durante la pandemia. Para ese conflicto, existieron asambleas de más de 1000 personas dentro del hospital, convocadas para la defensa de esos trabajadores despedidos y que sentó las bases de la “buena Lucha” que funciona como una experiencia vívida para los trabajadores en la continuidad de la lucha por las demandas que aún no fueron resueltas.

A partir del relato de los trabajadores del Posadas, podemos apreciar como durante la pandemia, como afirma Varela (2019), los sindicatos paritarios, en sintonía con las políticas nacionales de gestión de la crisis de Covid19, limitándose a gestionar la provisión de insumos, así como funcionar como garante de las condiciones de precariedad en el hospital instaladas en los 90s, mediante la firma de paritarias por debajo de la inflación, funcionando, como caracteriza Varela, como sindicatos de servicios.

Formas de organización impulsadas por cada sindicato. Existencia de iniciativas de autoorganización y actitud de los sindicatos ante dichas organizaciones.

El siguiente apartado busca relevar las formas de organización de los sindicatos durante la pandemia y las formas de autoorganización de los trabajadores durante la pandemia. Encontramos que los sindicatos como CICOP y STS se vieron favorecidos por las herramientas virtuales como Zoom y Meet. Al no ser necesario acordar un lugar, los encuentros virtuales resultaron más numerosos. En cambio, los trabajadores perciben que ATE y UPCN no impulsaron formas de organizarse en la pandemia. Los hallazgos en cuanto a la autoorganización se focalizan en los sectores de residentes y de enfermería, siendo dos de los sectores más movilizadas en general en el hospital.

En particular en el caso de los sectores de trabajadores residentes, mencionan un nivel de coordinación con la CICOP, con quienes pudieron llevar adelante algunas acciones en común. La reivindicación de los sindicatos no paritarios: CICOP, no es sin crítica, algunos mencionan la poca influencia para llevar adelante acciones importantes, como así que muchas veces se queda a medio “camino”, por estar vinculados algunos sectores del sindicato, al gobierno nacional.

“me pasó que CICOP creo que es un sindicato más de centro izquierda que tiene una determinada afinidad de algunos sectores del sindicato hacia el Gobierno, pero otros no. Entonces como ... que, para mí siempre se quedan a medio camino, como que intentan hacer cosas en reclamo en defensa de, como que fueron los únicos que acompañaron a los despedidos del Posadas y que estuvieron en las luchas, pero siempre todo muy bien en los marcos institucionales”. Trabajadora social.

Al preguntar por formas de organización de los sindicatos durante la pandemia vuelve a aparecer una diferencia entre UPCN y ATE por un lado y el resto por el otro. Desde el sector administrativo, un sector que estuvo más exigido de trabajo por ser quienes reciben a los pacientes, se afirma: "Ate no hizo una sola asamblea nunca. UPCN, miren,

ni lo quiero nombrar porque me da escalofríos, un desastre, amenazando trabajadores, la verdad que los sindicatos estuvieron muy por debajo" Administrativa.

Las formas de organización impulsadas por CICOP Y STS son percibidas como favorables para los trabajadores y en defensa de sus propios intereses. Una enfermera afiliada a CICOP afirma:

"El STS es un sindicato propio del Posadas. Ellos estuvieron muy abocados al tema del reingreso de los trabajadores despedidos del año 2018, llevaron adelante con abogados esa pelea. Pero de las, de las veces que hicimos asambleas la verdad que no estuvieron, o estuvieron poco." Enfermera

Durante la pandemia, y en las entrevistas se supo observar que se expresó la existencia de una forma de organización independiente de los sindicatos, en particular en forma de autoconvocados. "[Durante la pandemia] "lo que se visibilizó, más que nada, para mí fueron los trabajadores autoconvocados." Administrativa.

La misma entrevistada, afirma que frente a los límites que se imponían en la pandemia, para reunir a los trabajadores de forma presencial, se incorporó el uso de algunas herramientas digitales que favorecen el encuentro y la espontaneidad de los mismos: "Y con esto de la pandémico de la virtualidad que se abrió de repente y que se hicieron tan comunes los ZOOM y los MEET y todo fue algo que nosotros incorporamos." Residente.

Al preguntar sobre las formas de organización de los sindicatos, las respuestas se remontaban a 2018. Desde el sector enfermería, particularmente golpeado por el sistema de salud e históricamente asociado a un sector precarizado y de lucha, afirma:

"El último ejemplo que tuvimos fue cuando se anunciaron los despidos (de 2018), hubo un llamado de Asamblea unificada de ATE, Cicop y STS. Y fueron mil compañeros, o sea un montón, fue un montón de gente asamblea. Desde ese momento hasta el día de hoy no hubo nunca más una Asamblea unificada." Enfermera.

Esta memoria de lucha, sin dudas grande dentro del hospital dejó el umbral alto en cuanto a las luchas posteriores.

En base al análisis de las formas de organización que los trabajadores mencionan respecto a la pandemia en el Hospital Posadas, podemos caracterizar como los sindicatos mayoritarios como ATE y UPCN expresan la crisis de representatividad planteada por Cambiasso, instalada en los 90s, como así el progresivo distanciamiento entre las cúpulas y las bases (Cambiasso, 2016).

Por otra parte, en cuanto a formas de autoorganización de base, podemos precisar dos manifestaciones dentro del Hospital Posadas. Por un lado, la organización de sindicatos vinculados más a la izquierda, con métodos y formas de organización que impulsan más democráticas, como CICOP y STS, en línea con lo que resalta Cambiasso como una tradición respecto a las estrategias de la izquierda en las organizaciones gremiales en los lugares de trabajo. Por otro lado, vemos como expresión de esta progresiva crisis de representatividad, el surgimiento de una nueva forma de organización, como son los autoconvocados, que adquieren un rol incipiente respecto a la conflictividad durante este periodo.

Demandas que surgieron durante la pandemia.

En el siguiente apartado vamos a analizar las demandas que surgieron en la pandemia por parte de los trabajadores y como los sindicatos respondieron a estas. Como principal hallazgo encontramos que los trabajadores encuentran una victoria en relación a la demanda de reincorporación de los trabajadores despedidos durante el conflicto de 2018. Por otro lado, encontramos que dicha reincorporación no cambió las relaciones de trabajo ni tuvo impacto en las remuneraciones, siendo esta una demanda sin solución. Por último y profundizando este tema, aparece el denominado contrato 48, de tiempo determinado, como la gran demanda insatisfecha y que tiene tanta antigüedad como su implementación en los años 90's.

Tras este triunfo defensivo¹⁷ que implicó para los trabajadores la reincorporación de los despedidos del 2018, las demandas donde los ejes principales siguen siendo aquellos no resueltos y que se sostienen en el marco de la pandemia. Las demandas más importantes mencionadas por los trabajadores son: los aumentos salariales, el pase a planta permanente, y la lucha contra la permanencia de nuevas formas de contratación precaria instaladas durante el macrismo. Una directiva de CICOP hace propia la reincorporación de trabajadores.

"Desde la pandemia, fuimos terminando de reincorporar a 206 trabajadores de los 1600. Eso para nosotros fue un logro absoluto. Y aportamos enfermeros también, porque en la reincorporación hacía falta gente de la primera línea que eran los enfermeros"., Médica Clínica, y Directiva del CICOP

Si bien por las direcciones de CICOP es percibido como un logro del sindicato, en tanto un freno al avance de la precarización dentro del Hospital Posadas, en base a los dichos de los trabajadores, vemos que se percibe como insuficiente, en la medida que las demandas de aumentos salariales, mejoras en las condiciones de trabajo, y contratos efectivos continúan estando dentro de sus reivindicaciones centrales desde los 90s hasta la actualidad. En este sentido, la reincorporación general de los despedidos de 2018 durante la pandemia no significó una mejora en las condiciones de trabajo. Desde el sector enfermería, muchas veces asociado a reclamos históricos como el cobro por horas nocturnas, nos plantean: "...los contratos 48 son contratos precarios. Siempre quieres llegar a lo que es la planta permanente ¿no? Tener un puesto fijo dentro del hospital y eso no se hace desde la época del menemismo, hace 30 años aproximadamente" Enfermera.

Es importante recalcar que las reincorporaciones se realizaron bajo las mismas condiciones salariales y contractuales precarias y muchas de ellas por necesidad del sistema de salud para enfrentar la pandemia.

Se observa entonces que al momento de preguntar por las demandas que surgieron durante la pandemia sucedieron dos cosas. En primer lugar, las demandas tienen un carácter histórico, es decir, son antiguas y acarrearán varios años sin solución. En segundo lugar, las demandas aparecen asociadas a los trabajadores y no a los sindicatos. Es

¹⁷ <https://www.primerplanoonline.com.ar/triunfo-para-trabajadores-del-hospital-posadas-anuncian-la-reincorporacion-de-205-despedidos-en-la-gestion-anterior/>

decir, que la percepción general es que las demandas no nacen ni se canalizan por los sindicatos. Un enfermero de pediatría, vinculado al sindicato ATE, nos comenta:

“Para mí ...el sindicato no dio pelea de verdad, porque hay compañeros que hace como 20 años que están precarizados con contratos basura y con complicidad de los sindicatos por qué un sindicato no puede permitir que gran parte de sus afiliados, gran parte del personal, este precarizado como lo estamos, sabiendo que es una estafa del propio estado hacia los trabajadores.” Enfermero sector crónicos pediatría.

Aparece un descalce en cuanto a las demandas de los trabajadores y las demandas que defienden los sindicatos. Desde administración, sector no profesional, perciben a CICOP de otra manera:

“(...) los gremios que son de los profesionales en el caso de la provincia de buenos aires que es la CICOP tuvieron alguna que otra cuestión de discusión, pero la CICOP durante toda la pandemia lo que pidió a morir fue que entraran al comité de crisis que se armaban con el gobierno” Administrativa.

La entrevistada se mostraba desconfiada de CICOP por querer formar parte del comité. Resulta interesante como el hecho de que CICOP intente ser parte del selecto grupo de tomas de decisiones con ATE, UPCN y gobierno es percibido con desconfianza por parte de los trabajadores, en tanto se percibe como una potencial burocratización y distanciamiento de las bases, en sintonía con la experiencia reciente durante el conflicto de 2018.

Si bien, siguiendo a Basualdo (2020), el incremento de la conflictividad laboral durante la pandemia fue central en la mayoría de los sectores económicos, en el caso del Hospital Posadas, en sintonía con el sector salud en general, no pareciera manifestarse en nuevas demandas. Por el contrario, a partir de la reincorporación de una fracción de los trabajadores despedidos durante el conflicto del 2018, que implicó un triunfo parcial, parece funcionar como atenuante de la conflictividad durante el periodo pandémico. En este sentido, encontramos demandas históricas que no son resueltas, y son re actualizadas durante este período, principalmente en relación con la lucha por revertir las condiciones de precariedad instaladas desde la convertibilidad.

Por otro lado, se puede observar una vinculación entre los hallazgos de la investigación, demandas históricas insatisfechas y lo que Longo (2012) considera acerca de las implementaciones de políticas durante el gobierno menemista y que perduran hoy en día. Precarización en los contratos y en las condiciones laborales.

Actitud de los sindicatos durante la pandemia para con el gobierno.

En el siguiente apartado analizaremos las percepciones de los sindicatos sobre la actitud que tomaron estos con el gobierno. En este caso, el gobierno nacional funciona como patronal, dado que de él dependen las partidas presupuestarias y las decisiones de dirección del hospital. Los hallazgos más importantes sobre la actitud de los sindicatos es que ATE, UPCN, STS y CICOP son vistos por los trabajadores como entidades con intereses propios. Sin embargo, cuando se toca el conflicto de 2018, aparecen STS y CICOP como gremios que representan los derechos y reclamos de los trabajadores y ATE y UPCN como apéndices del gobierno nacional.

Sin dudas una de las aristas más significativas a la hora de abordar la actitud de los sindicatos durante la pandemia es la relación que establecen con el gobierno nacional. Al respecto aparece una percepción de los gremios como actores en búsqueda de su propio rédito como institución. Para muchos de nuestros entrevistados los gremios son o buscan ser un apéndice del gobierno nacional y se encuentran permanentemente defendiendo sus intereses dentro del hospital. Una trabajadora del sector administrativo, afiliado a ATE y a partidos de izquierda, afirma:

“El problema es que el sindicalismo en la Argentina aparte de ser burocrático hay un entramado patronal. Entonces hay un concepto muy deformado que no solo traiciona las luchas que eso, desde el vamos, es así, sino que es un parte de un aparato de la patronal por decirlo así. “Administrativa.

No obstante, otros entrevistados no asociados a partidos de izquierda, tienen una visión más pragmática de los gremios. Es decir, pueden ver en los sindicatos y en la política, un juego de negociaciones e intereses. Desde el sector de enfermería, un trabajador afiliado a ATE nos comenta: “(...) la defensa de los derechos de los trabajadores, la verdad que sí me parece loable. Pero te estaría mintiendo, pensar que en la mesa de negociación se sienta, se sienta Heidi o Blancanieves y los 7 enanitos” enfermero pediátrico.

Esta mirada sobre los sindicatos como defensores de sus propios intereses se encuentra generalizada entre los entrevistados, más aún cuando se pregunta por ATE y UPCN. Esta percepción se encuentra vinculada a lo que los trabajadores experimentaron en relación al rol de los sindicatos paritarios en el conflicto del 2018, otra vez, sentando bases de la percepción presente.

“(...) voy a hablar de ATE y UPCN que en la época del macrismo ayudaron a que se despidieran compañeros acá. Qué hizo esto, la política. ¿Por qué hablo tanto yo del macrismo?, porque acá no se vivió nunca lo que se vivió aquí en el hospital. En dónde infundieron una por una política de miedo” Médica.

Sin embargo, frente al conflicto de 2018, aparece una actitud diferente de los gremios minoritarios, que se muestran acompañando a los trabajadores en sus reclamos de reincorporación.

“Lo pasamos durante la época del macrismo, en donde hubo despidos masivos. En donde dejaron a 1600 trabajadores (en la calle). Tuvimos que salir a dar lucha entre varios gremios de profesionales y no profesionales para reincorporar (CICOP Y STS). “Médica.

Por otro lado, la relación sindicatos paritarios (ATE Y UPCN) -gobierno, genera una distancia entre bases y sindicatos. Una de las entrevistadas, nos acerca su visión sobre los métodos y formas de organización burocrática de los sindicatos paritarios, en particular de ATE. Una desconfianza permanente que rompe una posible relación de solidaridad y la convierte en una relación de conveniencia, de favores y negociaciones. Si bien no se trata de una actitud de los sindicatos para/con la dirigencia o gobierno, si es una búsqueda de contener a las bases y castigar a quien se oponga a las directivas: “Y lo que hubo si (durante la pandemia), en muchos casos, como siempre ocurre en el hospital, determinados favoritismos para un sector que esté ligado con el sindicato, en este caso con ATE más profundamente. ” Administrativa

La entrevistada hace alusión al intercambio de favores entre sindicatos y trabajadores. En este caso habla del visto bueno que propagan los sindicatos cuando los trabajadores afines a estos piden horas extras por encima de lo permitido y los sindicatos las otorgan. Esta actitud es discrecional y apunta a conservar las relaciones estratégicas de los sindicatos con los trabajadores que pudieran resultarles convenientes.

Otra de las entrevistadas, afiliada al CICOP, menciona el rol de los sindicatos paritarios (ATE y UPCN), en su rol de convivencia y garante de los ajustes que se lleva adelante en el hospital: "...durante el Gobierno de Macri se privatizó un sector de limpieza, e intentaron privatizar la cocina. (...) Pero eso está en connivencia con los sindicatos, si no, no se puede hacer una cosa así." Administrativa.

Otra de las entrevistadas, enfermera activa políticamente, expresa el rol que ejerció ATE en el conflicto del 2018, garantizando la decisión del gobierno en torno a los despidos en el Hospital.

"Yo no sé nada de la vida de Darío Silva... (NdE: secretario general de la ATE Morón). (...) El no hizo absolutamente nada, él tenía como 70 afiliados, cuando echaron más de 200 trabajadores, 70 eran de ATE y más o menos la misma cantidad de UPCN y no hicieron nada... (...)" Enfermera SADOFE.

Varela (2019) aborda la temática con una reflexión sobre la conformación de la burocracia sindical como una casta con intereses propios y a su vez la relación de esta con los trabajadores. En los testimonios de los trabajadores observamos a los sindicatos paritarios como esa expresión clásica de burocracia sindical. Y que, en un sentido general, en relación a la actitud sindical frente a la dirección y al gobierno nacional expresan también la continuidad del fenómeno que Varela define como sindicalismo empresario, que negoció desocupación y precariedad por compensaciones económicas y patrimoniales.

CONCLUSIONES

El hospital Posadas tiene una importancia central en el sistema de salud argentino, más aún en el marco de la Pandemia por COVID19. Esta nueva situación para los trabajadores, expresa nuevas necesidades, y el accionar sindical dentro del hospital Posadas, es central para ver justamente eso, la lucha por las demandas de los trabajadores al interior del hospital. Para esto, el análisis de la historia de lucha del hospital se hace imprescindible, y da como resultado razonamientos concluyentes en los trabajadores y permean la relación de los trabajadores, sus formas de representación, y sus estrategias en los lugares de trabajo. El aparato sindical no escapa de la complejidad del hospital y no es lineal, sino que tiene varias vertientes, estableciendo relaciones diversas tanto con los trabajadores como con la patronal. En este sentido, debemos abordar el entramado sindical como un conjunto de actores, con sus intereses propios, su historia y búsquedas propias.

Pudimos avanzar en la descripción de las percepciones de los trabajadores para con los distintos sindicatos, para abordar la pregunta de si el conflicto 2018 condiciona las percepciones presentes. Creemos que la hipótesis propuesta en este trabajo se cumple en el sentido de que el accionar de los sindicatos en el pasado tienen consecuencias en las percepciones que los trabajadores tienen sobre estos en el presente.

Las acciones de los sindicatos durante la pandemia estuvieron focalizadas en su mayoría en la provisión de insumos en tiempo y forma. Vale recordar, que el sistema de salud argentino estaba, según las fuentes anteriormente citadas, funcionando de manera precaria y deficiente. Esta política sindical fue en sintonía con el gobierno nacional. Y luego como mencionamos estuvieron focalizadas en acciones frente a situaciones particulares de trabajadores, como en el caso de los trabajadores reincorporados sin su antigüedad y bajo contrato precario. Estos casos acompañados particularmente por los sindicatos no paritarios: CICOP y STS. Pero se puede observar que hay demandas como el pase a planta permanente y los aumentos salariales, que con reivindicaciones que en la pandemia, no fueron centrales en las acciones y medidas llevadas por los sindicatos. En este sentido, respecto a la percepción sobre las acciones de los sindicatos, podemos observar que si bien hay en algunos casos se considera que algunos sindicatos estuvieron acompañando a los trabajadores también se expresan formas de organización que se encuentran por fuera de los mismos como los autoconvocados, que pueden hacernos pensar en la presencia de una crisis de representatividad de los sindicatos.

En cuanto a las formas de organización presentes durante la pandemia, destacamos que mientras los gremios paritarios, ATE y UPCN, no fomentaron la organización de asambleas o encuentros, por su parte, CICOP y STS, encontraron en la pandemia y en las herramientas digitales una forma de acercar a los trabajadores a las reuniones al no hacer falta la reunión en un espacio específico. Este tipo de organización también es reivindicada por los trabajadores autoconvocados quienes también destacaron en sus testimonios.

Siguiendo los aportes de Cambiasso (2016) pudimos pensar el proceso de crisis de representatividad instalada en los 90 entre cúpulas y bases en nuestro caso en el Hospital Posadas. A su vez, podemos ver como los trabajadores que se autoorganizan en el hospital, como es el caso de los residentes autoconvocados, se vinculan con los sindicatos más vinculados a la izquierda, ya que son quienes más se presentan dispuestos a colaborar en los procesos de lucha más autónoma.

En cuanto a las demandas que surgieron durante la pandemia, resulta interesante que esas demandas tienen una trayectoria histórica y continúan irresueltas. De esta manera, aparece el contrato por tiempo determinado, precario, como una demanda constante desde los 90s hasta la fecha y sin solución en el horizonte. En la pandemia esta demanda se expresa particularmente cuando reincorporan a una parte de los despedidos del 2018, ya que los reincorporan sin antigüedad y bajo contrato 48. Las reincorporaciones en febrero del 2020 de los despedidos en el año 2018 fueron percibidas como una victoria hacia una demanda legítima. Es necesario aclarar que dichas reincorporaciones estuvieron en concordancia con la necesidad del sistema de salud de tener más cantidad de trabajadores para contener la demanda que ocasionó la pandemia.

Nos interesa tomar el análisis que hace Basualdo sobre el concepto de conflictividad (2020) para entender que la conflictividad se mostró con una tendencia creciente durante la pandemia en todos los rubros de la producción, en el hospital Posadas esta situación no se vio reflejada. Esto podemos repensarlo desde un particular ángulo, por un lado la pandemia misma, que llevó a los trabajadores a centrarse en su rol, (algunos de los trabajadores lo mencionaron como una presión, el no poder hacer paro, por ser

esenciales); como también la situación particular que vivieron los trabajadores en el periodo y gestión anterior a la pandemia, donde remarcaron que hubo mucha criminalización de la protesta y persecución a los trabajadores activistas, que llevó a que los trabajadores, tengan mucho miedo de organizarse.

En cuanto a la relación de los sindicatos con el gobierno, lo que perciben los trabajadores de esto es que dependiendo de la relación que tengan, se acercan o alejan a los intereses de los trabajadores. Es decir, en el caso de los sindicatos ATE y UPCN, al verlos más oficialistas, los ven desfavorables a las demandas que impulsan los trabajadores. Si bien es difícil concluir que existe una crisis de representación de los sindicatos para con los trabajadores, lo cierto es que estos se muestran extremadamente desconfiados de los sindicatos. Si bien existe una diferencia entre las percepciones que los trabajadores tienen acerca de la actitud de UPCN y ATE y CICOP y STS, la desconfianza sigue presente con todos los sindicatos. Se percibe a los sindicatos paritarios como operadores políticos, negociadores con el poder y no necesariamente defensores de los derechos de los trabajadores. Esta percepción es distinta cuando los trabajadores hablan del conflicto 2018. Aquí, las actitudes de los sindicatos encuentran una diferencia, dado que ATE y UPCN respondieron y ayudaron al gobierno a realizar listas de despedidos o incluso a reprimir manifestaciones, CICOP y STS son percibidos como aliados y más presentes junto a los trabajadores dentro del hospital afectados.

En sintonía con los trabajos de Varela (2019) sobre la conformación de las burocracias sindicales, su análisis nos permite entender que los sindicatos son percibidos como entidades que defienden sus propios intereses y que en el caso de los sindicatos paritarios del Hospital Posadas responden a las direcciones en línea con lo que la autora denomina sindicatos empresariales, en sentido de garantizadores de la precarización.

Podemos sacar pequeñas conclusiones, partiendo de las voces de trabajadores de base, activistas, militantes gremiales. Una de ellas es que el conflicto, es un escenario que marca la conciencia de los trabajadores, permea la percepción que tienen los trabajadores de los sindicatos, es de esa experiencia que sacan sus mejores conclusiones acerca del rol que roles tienen los sindicatos, para qué sirven, cómo funcionan, etc. El conflicto del 2018, como así la propia actuación de los sindicatos se encuentra atravesada por las políticas de la gestión del hospital, como del gobierno de turno, y particularmente algo que nos quedó en el tintero, es cuando repercutió negativamente en la organización de los trabajadores, durante la pandemia, lo que fue la persecución y despidos llevados adelante durante el macrismo.

Bibliografía

Antunes, Ricardo. (1995) "La clase que vive del trabajo".

Azpiazu, Eliana. (2017) "Desigualdades de género en los discursos de la dirigencia sindical argentina. Estudio de caso en el sector salud".

Basualdo, Victoria. (2010) "Los delegados y las comisiones internas en la historia argentina: una mirada de largo plazo, desde sus orígenes hasta la actualidad".

Basualdo, Victoria. (2020) "Procesos de conflictividad laboral en el marco de la pandemia del COVID-19 en Argentina".

Cambiasso, Mariela. (2015) "Organización sindical en el lugar de trabajo e izquierdas en la Argentina reciente: la Comisión Interna de Kraft-Mondelez (ex Terrabusi).

Etchemendy, Sebastián. (2001) "Construir coaliciones reformistas: La política de las compensaciones en el camino argentino hacia la liberación económica".

Varela, Paula. (2016) "El gendarme en el umbral: enfoques y debates sobre burocracia sindical en el kirchnerismo".

Varela, Paula. (2016) "El gigante fragmentado".

Sitios de consulta

<https://www.facebook.com/cicop.salud>. Página oficial Facebook de CICOP.

<https://www.upcndigital.org/capital/institucional/historia> Pagina oficial UPCN

<https://ate.org.ar/ate-supero-los-300-000-afiliados> , Pagina oficial ATE

<https://www.telam.com.ar/notas/202012/538711-paritaria-estatales-aumento-ate-upcn.html>

<https://datosmacro.expansion.com/ipc-paises/argentina?sector=IPC+General&sc=IPC-IG&anio=2020>

<https://www.pagina12.com.ar/141710-ajuste-en-salud-mas-despidos-en-el-hospital-posadas>

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministro-de-salud-presento-el-proyecto-de-emergencia-sanitaria-los-diputados-nacionales>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/acerca-del-hospital>

http://www.saij.gob.ar/docs-f/ediciones/revistas/DERECHO_DEL_TRABAJO_A3_N9.pdf, Derecho del Trabajo, año III, Artículo 9.

<https://www.youtube.com/watch?v=oFbyWIP5YTA>, Despidos en el hospital Posadas, informe de el Diario El destape.

<https://www.primerplanoonline.com.ar/triunfo-para-trabajadores-del-hospital-posadas-anuncian-la-rein-corporacion-de-205-despidos-en-la-gestion-anterior/>

5. El rol del sindicato APUBA durante la pandemia

Germán Alvarez, Juan Esteban Barriola, Agustín Antoniades y Carlos Enrique Senestrari

Resumen

La pandemia a la que dio origen el virus SARS-CoV-2 en el año 2020 ha sido ampliamente abordada desde diversas perspectivas, y ha hecho énfasis en temáticas varias. Indudablemente, los efectos de la pandemia en los trabajadores del rubro de la salud han sido objeto de múltiples investigaciones, en tanto han sido considerados como trabajadores de relevancia, léase “*esenciales*”, para sobrellevar y enfrentar los efectos del virus. Esto, por otro lado, abrió la discusión sobre rupturas y continuidades de distintos aspectos, condiciones y prácticas de los trabajadores de la salud frente a la situación de emergencia sanitaria que se vivió, sobre todo en el año 2020, y que se prolongó durante el 2021.

En este sentido, nuestro trabajo pretende observar una fracción de los trabajadores de la salud en Argentina, radicados en el Hospital de Clínicas, durante el interregno 2020-2021 hasta la actualidad. Más precisamente, se busca indagar en torno a la relación del sindicato mayoritario, esto es, Asociación del Personal de la Universidad de Buenos Aires -APUBA- y los trabajadores afiliados y no afiliados que concurren al establecimiento laboral del hospital en cuestión. Esto, a los fines de dar cuenta qué rupturas y continuidades se observaron en esta relación frente a las condiciones que introdujo la pandemia, lo que además implica preguntarse, cómo es que el sindicato mayoritario volvió a imponerse en un período de condiciones excepcionales, que trajo aparejado un sin fin de nuevas demandas, como la herramienta legal de defensa de los intereses de los trabajadores del hospital.

Problema de investigación

Nuestro problema de investigación, se centra en el análisis de la política sindical del sindicato mayoritario APUBA al interior del hospital de clínicas durante la pandemia. En este sentido, nos interesa profundizar cuáles fueron los mecanismos de mediación entre las demandas de los trabajadores y la patronal, y de cómo el sindicato APUBA, que es representativo de una fracción mayoritaria, aunque no de todo el colectivo de los trabajadores del Hospital de Clínicas, expresó las demandas del conjunto de sus afiliados y de otros trabajadores del Clínicas no afiliados en condiciones extraordinarias. En primer lugar, creemos pertinente formular esta pregunta en tanto supone el estudio de un actor central y de peso en la Argentina, a saber, el sindicalismo, en un momento que les exigía protagonismo. Seguido de esto, y con el peso que caracteriza hasta el día de hoy a las organizaciones sindicales, nuestro interés primordial, supone poder dar cuenta de cómo es que un sindicato logra sostenerse como representativo de los trabajadores, habiendo atravesado por circunstancias excepcionales que devinieron del

período de pandemia. Nos estamos refiriendo a cuestiones como falta de insumos, sobrecarga laboral, agotamiento psicológico, suspensión de licencias, entre otras.

Hipótesis

Nuestra hipótesis afirma que es posible explicar la continuidad de las prácticas sindicales llevadas adelante por el sindicato APUBA al interior del colectivo de trabajadores a partir de la profundización de la fragmentación, la baja participación de las bases, cierta eficacia en las negociaciones de paritarias, sumado a la satisfacción de demandas de manera clientelar.

Esto permitió consolidar en su cargo al sindicato mayoritario APUBA que, en situaciones de riesgo para el conjunto de los trabajadores, debió reforzar el vínculo con sus afiliados, garantizando sus reivindicaciones parciales. En definitiva, consideramos que la dirección sindical de APUBA jugó un papel fundamental en la organización, liderazgo y procesos de toma de decisión (postergando las asambleas, comisiones de trabajo, etc.). La orientación política fue central a la hora de entender este proceso de desobjetivación colectiva de los trabajadores del Hospital de Clínicas y que se profundizó, de modo evidente, durante la pandemia.

Objetivo general y específico

Nuestro objetivo general es analizar las prácticas políticas del sindicato APUBA y su relación con los trabajadores durante la pandemia, dando cuenta de cómo logró sostener la representación sindical mayoritaria en este período.

Más puntualmente buscamos:

1. Especificar cuáles fueron las demandas de los trabajadores y cómo estas se expresan en términos colectivos, sectorizados o individuales. Esto a los fines de dar cuenta del porqué de la complementación entre el sindicato y los trabajadores, en términos del tipo de demanda que uno expresa y otro cumple.
2. Describir las medidas de lucha o acciones colectivas motorizadas por el sindicato dando cuenta de los sectores que se veían beneficiados por estas medidas; a quién/es iban dirigidas las medidas de lucha.
3. Analizar las formas organizativas (movilizaciones, asambleas generales, por sector, comisiones, etc.) lideradas por el sindicato durante la pandemia y su eficacia para la visibilización y consecución de las demandas de los trabajadores.

Marco teórico

A los efectos de la corroboración o no de la hipótesis, como así también de dar cuenta de los objetivos de la investigación, se estima pertinente utilizar una serie de conceptos que nos permitirán avanzar en el desarrollo de la investigación.

A los fines de dar cuenta del primer objetivo, utilizaremos el concepto de *Clientelismo* presente en Varela (2015) en tanto se habla de cómo la forma en que se plantean las reivindicaciones de los trabajadores, afiliados o no, simpatizantes o no, legitima y permite la permeabilidad de los mecanismos de mediación personal de demandas por parte del sindicato frente a estas formas en que se expresan los reclamos. Así, este

concepto será útil a la hora de explicar el porqué de la imposición y perseverancia del sindicato APUBA como único sindicato mayoritario con personería. Y, por ende, dar cuenta de la fragmentación existente dentro del colectivo obrero, no solo en el hospital, sino en el conjunto de sus afiliados, lo que nos indica cómo el sindicato logra permear a partir del mero acople a las demandas ya expresadas de manera individualizada.

También, para completar este objetivo, nos serán de utilidad los conceptos de “clase para sí” y “clase en sí” que desprendemos del análisis de Marx, K. (1847). Esto, siempre basándonos, única y exclusivamente en recortes de las entrevistas, en donde la expresión de los trabajadores, nos provee aportes para dar cuenta de algunos motivos por los cuales se dificulta la organización política de los mismos como clase, condición necesaria para superar aquello que entenderemos como “clientelismo”. Estos conceptos, aquí no tienen la función de explicar un problema, sino de categorizar la inexistencia de una organización política autónoma, la predominancia de una masa dispersa, atomizada, que comprende una “clase en sí”.

Para el segundo objetivo, se utilizará el concepto de *Autonomía* que se encuentra en Varela (2015, 2016) aunque haremos algunas contribuciones personales para dar cuenta de la capacidad del sindicato de representar a los trabajadores con una perspectiva de independencia de clase. En principio pretendemos observar cómo fueron planteadas las medidas de lucha durante la pandemia, a saber, a quién se convocaba a movilizarse. Esto es, si el sindicato pretendió involucrar al conjunto de los afiliados e incluso trabajadores no afiliados, o a su gran mayoría. Qué tipo de demandas, y también, cómo se expresaban las medidas de lucha por parte de los trabajadores. Es decir, si eran demandas de carácter colectivo como la lucha por el salario del conjunto de los trabajadores, igualación de condiciones de contratación de los trabajadores a partir del pase a planta permanente de los contratados, etc. O si expresaron demandas individuales de ciertos sectores particulares. Y por último cómo estas iniciativas y acciones del sindicato fueron percibidas por los trabajadores. Esto es, si sintieron que fue representativa de sus intereses, aunque sea de manera sectorial y no ya colectiva. Y si se sintieron involucrados en la necesidad de participar y la organización de la medida. Las percepciones con respecto a estas temáticas pretenden dar cuenta de la existencia de una comisión interna autónoma, a raíz de la percepción de extrañamiento o no por parte de los trabajadores frente a las medidas de lucha planteadas por el sindicato.

Nuevamente, al igual que en el objetivo número dos, en el tercero se vuelve a tratar el problema de la representatividad que logra el sindicato a partir de la eficacia del mismo para llevar a la práctica los reclamos de los trabajadores. Esta representatividad será vista a través de las modalidades organizativas que el sindicato llevó adelante en el período de pandemia. Estamos hablando en primer lugar de formas centralizadas, generalmente con ausencia de participación de bases; o descentralizadas, en donde generalmente predominan métodos asamblearios y la participación de las bases puede estar más presente. Creemos, entonces, que resultará pertinente al hablar de una modalidad de tipo centralizada el concepto de *Estatalismo* que tomamos nuevamente del texto de Varela (2016) que se vale de esta acepción para criticar a Etchemendy y Collier (2007). Esta categoría será útil para dar cuenta de una modalidad de organización en donde predomina la ausencia de métodos democráticos participativos de las bases, y así se podrá dar cuenta del extrañamiento que padece el colectivo de trabajadores a la hora de formular qué forma de organización les será más conveniente,

y por supuesto un distanciamiento frente a toda forma de organización que involucre la participación conjunta de estos con una perspectiva de independencia de clase, es decir autónoma, politizada.

En esa línea, utilizamos el concepto de ciudadanía fabril utilizado en el texto de Varela (2015) al describir el conflicto en FATE donde conviven una doble expectativa: la económica, principalmente focalizada en el salario, y la política, que busca tener voz y participación. Esto expresa según la autora un doble sentimiento de injusticia, como trabajadores, pero también como ciudadanos fabriles, impedidos de tener participación política de forma activa.

Por último, si bien focalizamos en el sindicato como actor que se despliega en condiciones extraordinarias, la pandemia como tal, no es neutral. Es decir que se manifiesta sobre los trabajadores de la salud en el marco de ciertas relaciones históricas de producción y reproducción de la vida material, en donde impera la fragmentación y la competencia entre los propios trabajadores por la conservación y resguardo de su fuerza de trabajo, y por ende donde las demandas se expresaron en términos parcializados. No debe perderse de vista, entonces, que la Argentina es un espacio nacional que comparte determinaciones comunes con el resto de los mismos. Y es por eso que la Argentina como país adquiere sus particularidades como miembro de una totalidad estructurada cuya fuerza motriz son las fuerzas productivas. Creemos importante, utilizar los conceptos de *Modo de producción*, y *fuerzas productivas* presentes en Iñigo Carrera (2013).

Fuentes y metodología

Metodología: Tipo de investigación cualitativa de recolección y construcción de datos. En este caso trabajamos sobre el método subjetivo donde utilizamos técnicas que tienen en cuenta la valoración que hacen los trabajadores de sus propias condiciones de trabajo. La técnica más habitual es la de la entrevista, que permite obtener información sobre un problema o un aspecto de éste, a través de una serie de preguntas, previamente establecidas, dirigidas a las personas implicadas en el tema del estudio. La aplicación de esta técnica presentó una serie de ventajas: permitió planificar previamente qué es lo que se iba a preguntar, de manera que se iría directamente a los puntos más importantes de la investigación. Y tuvo una serie de pasos o fases hasta arribar al formulario final de entrevista. Para elaborar el cuestionario se trabajó de manera conjunta sobre la base de un primer borrador de entrevista, entre los estudiantes y la cátedra, en su conjunto, a partir de los insumos que proveyó cada uno de los seis grupos que se conformaron y que teníamos a cargo a uno de los seis hospitales elegidos para la investigación. Para elaborar los indicadores nos servimos de las respuestas de los entrevistados, que nos permitió establecer las dimensiones con las que debíamos trabajar. El diseño final del cuestionario, entonces, fue un trabajo en equipo, donde se tuvo en cuenta criterios básicos para poder armarlo, cantidad de preguntas y que las mismas aporten los datos necesarios para la investigación, luego se trabajó más fino buscando la exhaustividad de las mismas en tanto la secuencia de las mismas y el contenido. En cuanto a la entrevista de campo, se asignaron dos por estudiante. además de la primera que se había realizado previamente con el informante clave. Existieron, además, algunas recomendaciones por parte de la cátedra, en primer

lugar, presentarnos y explicar brevemente en qué consiste la investigación que estamos realizando, y que fueran realizadas por al menos dos integrantes del grupo, para tener un back up de grabación de respaldo, y también remarcaron la necesidad de repreguntar las veces que sea necesario en función del interés generado a partir de la respuesta. Con las entrevistas relevadas, se armaron grillas en planillas de Excel, en un diagrama de celdas donde se subió información clave para cada una de las dimensiones elegidas, un insumo fueron extractos de los entrevistados para enmarcar la problemática en relación a los objetivos. Los objetivos se fueron terminando de delinear de la información suministrada por parte de los entrevistados. Eso nos permitió definir el objetivo general: Analizar las prácticas políticas del sindicato APUBA durante la pandemia. Y los objetivos específicos, que nos ayudaron a crear las tres dimensiones: 1. Demandas de los trabajadores y cómo se expresan en la relación entre el sindicato y los trabajadores. 2. Medidas de lucha y o acciones colectivas (si las hubo) durante la pandemia y el rol del sindicato. 3. Formas organizativas y el acompañamiento y accionar del Sindicato para visibilizar las demandas. La idea es que ordenara la información y sirviera de suministro para poder avanzar en la elaboración del informe final.

Introducción

La pandemia, como consecuencia del virus SARS-CoV 2, dio origen en la Argentina al Decreto N° 297/2020^[1] emitido por el presidente Alberto Fernández el día 20 de marzo, en donde se impuso la obligatoriedad del aislamiento social y preventivo.

Esta medida en cuestión consistió en la suspensión de ciertas actividades productivas, comerciales y financieras. Mejor dicho, se buscó la suspensión de manera temporal de la capacidad de valorización de ciertos capitales industriales, y la apropiación de plus trabajo y consecución de ganancias por ciertos capitales comerciales y financieros considerados como “*no esenciales*”. Esto es, no inmediatamente necesarios para la reproducción de la única mercancía capaz de generar mayor valor del que ella necesita para su existencia, la fuerza de trabajo.

En línea con esta mención, afirmamos que la pandemia no puede considerarse un fenómeno neutral. Es decir, debe ser evaluada, en primer lugar, por una visión crítica, y por ende histórica. Con esto queremos decir que este hecho, inesperado, por cierto, transcurre al interior de cierto marco de relaciones históricas de producción y reproducción de la vida material. Y es en base a estas relaciones que debemos juzgar los efectos del virus en la vida social. Más precisamente, nos abocaremos en las consecuencias que tuvo sobre la clase trabajadora y cómo se reprodujo la misma durante el período en cuestión, para poder cuenta de cómo una fracción de la misma nucleada en el sindicato de APUBA del Hospital de Clínicas, logró conservar su cargo como instrumento legal de defensa de los trabajadores. Es decir, cuál fue su margen de posibilidad y maniobra política en las condiciones que la pandemia le presentó.

Como indica Iñigo Carrera (2013) la forma más elemental de vida humana es el gasto productivo del cuerpo que se realiza de manera consciente y voluntaria en el caso del ser humano. El gasto del cuerpo, o la acción de trabajar, no permanece estática, sino que al ser consciente y voluntaria el hombre tiene la capacidad de saber que esta puede aprehenderse, y por ende puede transmitir este conocimiento sobre el trabajo.

Esta acción de trabajar, nuevamente, de gastar productivamente el cuerpo a los fines de intervenir sobre el entorno para apropiarse del mismo, se realiza bajo una forma de carácter colectivo. A esta forma colectiva de organizar el trabajo humano para producir y reproducir la existencia material se le llama modo de producción.

Esta forma de organizar el trabajo humano no se manifiesta a partir de formas invariables, sino que estas cambian en función del desarrollo de la capacidad del humano para apropiarse del medio, desarrollo que como ya se dijo, se realiza de manera colectiva. Varían, por ende, en función del desarrollo de las fuerzas productivas que son la fuerza que rige el movimiento de todo modo de producción.

Los modos de producción se distinguen por la forma histórico-específica en que se desarrollan las fuerzas productivas. Esto remite a cómo se organiza la unificación entre producción y consumo social. Dicho de otra manera, qué y cómo producen los miembros de la sociedad, y de qué manera acceden o pueden saber si aquello que se produjo es de utilidad para otro.

La forma en que se organiza el trabajo en el modo de producción capitalista se da de manera privada e independiente. O sea, en ausencia de vínculos de dependencia personal y de manera indirecta a través del mercado, en donde se da o no la unificación entre producción y consumo social, dando cuenta si lo que se produjo es de utilidad para un otro.

Hasta aquí, entonces, la forma en que se desarrollan las fuerzas productivas en el modo de producción capitalista se da a partir de la producción de materializaciones de trabajo humano indiferenciado realizadas de manera privada e independiente, que se solventan en el mercado. A saber, a partir de la producción de valor.

Siguiendo con este razonamiento, la única mercancía capaz de agregar más valor del que ella recibe, es decir de crear plusvalor, no es otra que la fuerza de trabajo. Única mercancía capaz de poner en acto el trabajo pretérito objetivado en máquinas, insumos, etc.

En síntesis, el determinante común a todos los países en los que rige el modo de producción capitalista, es la producción de plusvalía. Y es por esto que la clase obrera, o la clase trabajadora, debe establecer lazos de solidaridad que culminen en la formación de un sindicato, capaz de representar sus intereses, limitando así la magnitud de plusvalor apropiado por la clase capitalista, logrando reproducir al trabajador bajo esta forma histórica de organización, es decir, como fuerza de trabajo. Por supuesto que también se asegura la posibilidad de supervivencia frente a otros trabajadores que compiten entre sí para ingresar al mercado de trabajo.

Más adelante, en lo referido al último párrafo, se verá como el sindicato APUBA opera en las condiciones que la pandemia le imprime al capitalismo en diversos espacios nacionales por igual. A saber, la intensificación o sobrecarga[2] de la jornada de trabajo a la cual se somete al personal médico, en nuestro caso, del Hospital de Clínicas [3]. Es en estas condiciones que APUBA debe accionar para garantizar la representación de los intereses de sus afiliados, y por ende contribuir a la reproducción de la fuerza de trabajo de parte de los afiliados del hospital.

Análisis de las entrevistas

Demandas y reclamos laborales en el marco de la pandemia

En primer lugar, a la hora de tratar el tema "demandas", para dar cuenta cómo éstas logran su identificación con una agrupación sindical, y no otra, debe dejarse en claro cuándo es que una demanda toma el carácter de "parcial", "fragmentada" o "individualizada"; y cuándo es posible hablar de "autonomía", o del carácter colectivo, o político de las mismas. Esto tiene que ver, únicamente con la expresión de las mismas por parte de los trabajadores, de manera tal que puedan encajar con una política sindical que opera con métodos clientelares. Nos referimos con esto último, ateniéndonos estrictamente a la definición presentada por Varela (2015), a un intercambio recíproco y desigual, que es personalizado, y se basa en favores y apoyos donde se tejen lealtades personales entre los dirigentes sindicales y los obreros.

Con respecto a la fragmentación en las reivindicaciones, nos referimos a su expresión por sectores en el ámbito laboral, en donde ésta atañe, únicamente, a la reproducción de la mercancía fuerza de trabajo para ese escalafón particular del espacio de trabajo, en abstracción de la posibilidad de reproducción de ese derecho elemental que tiene la clase obrera en el modo de producción capitalista. Esto no significa que todo reclamo por sector sea, siempre y en todo momento, "fragmentado". Cuando un reclamo por sector emparenta su problemática de reproducción de la fuerza de trabajo, junto a la de los otros sectores -desde ya, no los mismos problemas-, el reclamo se expresa como de la clase en general, como un problema colectivo. Y esto es lo que abre la puerta para que una demanda económica tome carácter político. Esto es, se plantea la misma vinculándola a los intereses históricos de la clase obrera. A saber, se pone de manifiesto la necesidad de la toma del poder estatal por el partido político de los trabajadores, a los fines de centralizar los medios de producción.

Pasando a las entrevistas, cuando se observa las formas en que se expresaron algunas demandas que tuvieron lugar durante el período de pandemia, se hace posible dar fundamento al por qué el sindicato APUBA pudo reforzar sus prácticas clientelares, y por ende explicar, desde este aspecto, como se impuso la comisión interna.

"No, pero hay reclamos aislados al gremio. Pero en realidad reclamos colectivos así que nos juntamos todos y pedimos, nada"; "En la época de pandemia no se podía. En general nadie podía reclamar y nosotros, que estamos acá y que estamos en riesgo y éramos de riesgo frente a los demás, tampoco podíamos reclamar"; "Me parece que no hay alguien que organice la lucha, uno solitario por ahí no lo puede hacer. Y no veo que haya nadie que se movilice, que nos junte a todos para la lucha" (Estela, enfermera).

"Había días que no había ni barbijo para nosotras. Yo, por ejemplo, desde mi lado, como administrativa, no tenemos hojas, no tenemos lapicera, no tenemos cuadernos, no tenemos nada de todas esas cosas. Yo pongo plata de mi sueldo para... llevar hojas, porque después... no sé, te exigen de facturación presentar los papeles. Boludes, pero... es como que implica... pero... No se... te dan una resma... no te dan una resma completa."; "Hubo como un mal manejo de la guita. Entonces faltan en todos los servicios con la persona que hables vas a ver que... faltan cosas... desde lo clínico, hasta lo nuestro administrativo. Yo creo que se profundizó ahora con lo del COVID". (Pamela, administración)

Estos fragmentos son la clara expresión de la fragmentación al interior del colectivo de trabajadores. Por ejemplo, en el caso de Pamela. Esta afirma que debe desembolsar de su salario para proveerse de una serie de insumos que la comisión interna parece hacer

la vista gorda frente a esta situación. Pero aquí no se trata del accionar de la comisión interna frente a la situación particular de Pamela, sino de cómo la misma expresa su demanda. Es decir, como un problema desconectado del colectivo que ella integra al interior del Hospital de Clínicas. Por supuesto, se habla de la clase obrera. Aquí, por cómo estos pedidos indirectos hacia la comisión interna para hacerse cargo de un problema tan elemental, como lo es la cobertura de insumos básicos de trabajo, aparecen como un problema que le otorga una lógica propia al sector de los contratados, y por lo tanto autónoma del resto de los sectores del hospital, negando toda posibilidad de existencia de un determinante común que caracterice al conjunto de los trabajadores, lo que deja explícito como ellos se ven a sí mismos de manera atomizada. Desde ya que el vínculo clientelar encaja perfectamente con esta lógica atomista, puesto que de lo que se trata, es de cumplir favores particulares con énfasis en el fortalecimiento de la separación de los trabajadores como colectivo, creando así pequeños grupos entre los mismos, conscientemente o no, que se atribuyen sus propias normas de funcionamiento, lo que acaba en el no reconocimiento de sus intereses históricos como clase.

En el caso de Estela, esta lo expresa de manera tajante cuando afirma la inexistencia de reclamos colectivos, o la falta de un instrumento gremial de lucha con vocación de poder. Lo que aquí sostiene la enfermera, no es más que el resultado de aquella elaboración reciente que hicimos en torno a los fragmentos de Pamela. Esto es así puesto que resulta de extrema dificultad, aunque no imposible, que surja una expresión tal, cuando son los propios trabajadores los que, a partir de sus demandas, indirectamente, claro está, solicitan una forma de intervención que suponga este tipo de relación de dependencia personal por parte del sindicato.

Es necesario señalar, por otro lado, algunos reclamos solicitados por los trabajadores en el período previo a la pandemia, donde las formas en que se expresan los mismos, no varían mucho en su contenido anti colectivista. Lo cual nos dice, que la pandemia del virus SARS-CoV 2, como fenómeno que se desenvuelve en una forma histórica particular de organizar el trabajo social, cuya particularidad es la necesidad de producir plusvalía, dándose esta producción en pandemia a partir de la intensificación de la jornada de trabajo; no significó obstáculo alguno para la pervivencia de métodos clientelares adoptados por el sindicato puesto que no hubo modificación en la forma de expresión de demandas.

Los siguientes fragmentos pueden dar cuenta de cómo esto ya existía en tiempo pretérito, y por ende circunstancias excepcionales no tuvieron influencia alguna en la modificación del vínculo sindicato-trabajadores. Es más, precisaron de su reforzamiento.

"De siempre sí, el tema del sueldo, el tema de los francos y las vacaciones que no nos podemos tomar porque no hay gente. El tema de los pocos enfermeros que somos en comparación de los pacientes que tenemos, que no podemos brindar los cuidados que necesitan" (Estela, enfermera)

"A nosotros, como los contratos, como que se le exige lo mismo que se le exige a alguien de planta, y es como... tu sueldo es... otra cosa, eh... no tenés ART, no tenés obra social, o sea... es como... es otro mundo y te... exigen lo mismo" "Hicieron un aumento que... Y me... me dijeron no, pero vos trabajaste en la guardia, te lo saco.

Yo digo... todo bien, pero si había un montón de gente que no venía, con licencias falsas, o.... porque no podía o lo que sea. Yo hice dos servicios a la vez, y de la nada termino perdiendo plata. ¿Cómo es esto? O sea, al, al final el que labura es como el que pierde"; "Supuestamente, el contrato no tiene derecho a nada. Pero ahora hay como una bajada de línea de que, si tu jefe te permite, podés tomarte ciertas cosas"; "Los sueldos son super bajos. Imagínate que hasta hace una semana el sueldo base era de 37000. Y que ahí cada uno tiene un arreglo distinto también porque... nada, si mi jefa pelea, me pueden aumentar 2000". (Pamela, administración)

Se pone excesivo énfasis en recortes de la entrevista con Pamela, puesto que es quien más deja en entredicho cómo es que se posibilita este vínculo clientelar entre clase obrera y comisión interna, a partir de cómo esta entiende su lugar como trabajadora en el hospital frente a sus pares.

Desde ya que no se espera de la misma que se comporte de tal o cual manera, como si los intereses históricos de la clase obrera supondrían una especie de imperativo ético. No. De lo que se trata es de observar cómo a partir de cierto planteamiento de reivindicaciones necesarias -que desde ya tiene que ver con cómo Pamela se autopercibe en su lugar como trabajadora del Clínicas frente a otros trabajadores del mismo espacio-, nuevamente, para la reproducción de la fuerza de trabajo, el sindicato APUBA logra interpretar estas demandas a partir de la puesta en uso del vínculo clientelar.

Obsérvese que cuando Pamela menciona trabajar lo mismo que alguien de planta permanente, a los fines de intentar buscar un porqué de su condición de trabajadora no registrada, ella se ubica en un plano diferenciado al conjunto de los trabajadores. Ellos están registrados y ella no. Lógicamente, es una diferencia real, que no hace que necesariamente la entrevistada caiga de manera ciega en una relación personalista para con el sindicato, puesto que la misma, durante la conversación, afirma su rechazo general a todo tipo de intervención sindical. Lo que aquí se ve, es cómo en base a una diferencia real puesta de manifiesto por los propios trabajadores, el sindicato puede tener la posibilidad de otorgar significación a estas demandas de manera tal que encaje con un reforzamiento de la fragmentación.

Además, es importante resaltar las líneas en las cuales Pamela expresa un sentido de injusticia de su condición como no registrada, y del descuento salarial que se le hizo luego de haber realizado guardias. Cuando lo manifestó, ella se puso en un plano diferenciado frente a un grupo de trabajadores que aparentemente se habrían ausentado durante el período laboral, o que no habrían trabajado la misma cantidad de tiempo que ella, sin haber sufrido las mismas consecuencias que ella sí padeció. Lo que aquí sucede, no es simplemente que se ve apartada de otro grupo de trabajadores, sino que descarga culpa sobre esos mismos trabajadores como un grupo con ciertos privilegios amparados por la comisión interna, lo cual es altamente probable que así sea. Pero si esto es real o no lo es, no es lo que importa. Aquí, de nuevo, lo que importa, es la autopercepción de la trabajadora como tal frente a sus pares, como si de intereses separados e irreconciliables se tratara. Y, puesto que así lo afirma Pamela, es así, en función de esta separación preconizada por los propios trabajadores, que la comisión interna opera cumpliendo favores por separado, resignificando estos favores como si se tratara de pequeñas cámaras de trabajadores distinguidos por atributos personales,

y no por un determinante común, que es el de ser personificación de una mercancía en particular, la fuerza de trabajo.

Medidas de lucha durante la pandemia

Históricamente fue debatido al interior de las organizaciones del movimiento obrero cuáles eran los momentos más convenientes para lanzar medidas de lucha. Se tuvo en cuenta como parte de las coordenadas para salir al combate la relación de fuerza entre las clases a nivel global, la predisposición subjetiva de las bases obreras para la lucha, entre otros elementos. La cuestión de cuál es la coyuntura correcta para lanzar una huelga no es un tema nada menor. No se trata sólo de asumir, o no, algún riesgo mayor o menor, sino de las consecuencias desastrosas que pueden tener ciertas acciones. Por otro lado, una medida de lucha lanzada en el momento correcto puede ser indispensable para conquistar una determinada demanda en la que, si se pierde la oportunidad, podría ser igual de catastrófico. En este sentido opinamos que la definición de una "*política sindical*" no radica en la cantidad de huelgas que se lanzan sino como estas son parte de una estrategia de largo plazo.

Hyman indica en este sentido:

"¿Cuáles son entonces los objetivos del sindicalismo? Si los sindicatos son instrumentos de poder para la clase obrera, elementos de una estrategia para ejercer control sobre su entorno de trabajo hostil, de ellos resulta que su finalidad debe definirse en términos de las aspiraciones de sus miembros" (1978:95).

Es entonces en este punto que nos interesa, a partir de las entrevistas realizadas, describir cómo las aspiraciones de los trabajadores del Hospital de Clínicas fueron canalizadas por la dirección del sindicato a través de acciones de lucha en este "entorno hostil" que generó la pandemia en relación a las condiciones de trabajo.

Es pertinente aclarar en este punto que no tuvimos la oportunidad de entrevistar a miembros del sindicato. Fue negada una y otra vez la posibilidad de concretar una entrevista. Ni siquiera fue posible obtener información básica como la cantidad de trabajadores afiliados en el hospital. Es así que solo pudimos obtener información sobre las actividades propias de la comisión interna por medio de su página de Facebook [4] y de su página web oficial [5].

En relación a los entrevistados lo primero que aparece es la afirmación de que no hubo medidas concretas de lucha en el período de pandemia. Es así que trabajadores de diferentes áreas con casi nula comunicación entre sí confirmaban el mismo escenario:

"No, no hay paros." "¿Hubo lucha durante la pandemia? ...No, Prácticamente no. Hubo represalias más que luchas. Mi caso por ejemplo y hubo cesanteados. Hubo represalias más que luchas" (Juan, camillero).

"En la época de pandemia no se podía menos. En general nadie podía reclamar y nosotros, que estamos acá y que estamos en riesgo y éramos de riesgo frente a los demás, tampoco podíamos reclamar. Sí, yo te digo mi manera de ver, el sindicato actuó como siempre" (Estela, enfermera).

Nos parece interesante destacar que Juan es activista de la agrupación Bordó, oposición de la agrupación mayoritaria que dirige la comisión interna. Su comentario tiene

relación con el cesanteo que sufrió por parte de las autoridades del hospital y del que el sindicato no dio respuestas. [6]

Aquí es relevante distinguir que la actividad del sindicato durante los momentos más álgidos de la pandemia (cuando se produjo el cesanteo de Juan) no tuvo relación con los reclamos que aparecen en las distintas entrevistas.

Por ejemplo, vimos que se propusieron actividades completamente alejadas de las necesidades de los trabajadores [7]

Esto nos indica una disposición de la comisión interna por ligarse de alguna manera a la base de trabajadores, pero de manera superestructural sin alinearse con las demandas más sentidas.

Sí pudimos detectar una carta enviada a la dirección del hospital de octubre del 2020 aduciendo la pandemia como argumento para no iniciar medidas de fuerza en el marco de una política hostil hacia los trabajadores por parte del director del hospital. Aun en este marco la comisión interna no llamó a medidas de fuerza. Aquí podríamos pensar que el lanzamiento de medidas de lucha en el contexto de la pandemia llevaría al colectivo de trabajadores a quedar aislado del conjunto de la sociedad. Una impugnación de la sociedad podría sembrar dudas entre los trabajadores condicionando de manera negativa las acciones a llevar adelante.

Aun así, vemos que los trabajadores demandan acciones concretas para obtener mejoras directas. La gran cantidad de actividades que despliega la comisión interna corren paralelas con cierta desconexión en relación a los reclamos más sentidos por los trabajadores durante la pandemia:

"Me parece que no hay alguien que organice la lucha, uno solitario por ahí no lo puede hacer. Y no veo que haya nadie que se movilice, que nos junte a todos para la lucha. P: ¿Hubo paros, asambleas, reuniones con todo esto o no hubo? R: Por el tema de Covid acá, acá no" (Estela, enfermera).

Ahora bien, comenzado el año 2021 observamos que la comisión interna comienza a activar distintas medidas de lucha por el despido de enfermeros contratados que puso mayor presión laboral sobre los trabajadores de planta. Relevamos movilizaciones en el mes de agosto y septiembre [8] en donde detectamos una escasa participación de la base de trabajadores. Esta conclusión se desprende del total de afiliados que participaron en la elección del 2018. Según informa la CI votaron 1899 trabajadores de los cuales 1232 votos fueron para la histórica conducción [9]. Muy lejos de la cantidad de trabajadores que participaron en esas movilizaciones, como podemos observar en los videos.

Los entrevistados comentan haber oído de estas medidas, pero de manera fragmentaria, con poco conocimiento de los hechos, o casi ignorándolos por completo:

"Yo no recuerdo si esto lo convocó la comisión interna, o quién. Me parece que sí, que APUBA fue. Y esto también fue en la entrada de Córdoba, incluso creo que saliera... A la Avenida Córdoba, a reclamar que somos pocos. Sí, tiene que haber sido eso. Fines de diciembre, principios de enero, que fue cuando te dije que los contratados se terminaron yendo, porque no les renovaron el contrato. Pero la verdad, creo... A ver, estoy pensando, me parece que sí, que fue la comisión interna que convocó eso,

pero... Nosotros, por supuesto, sí, somos poquitos, yo estoy de acuerdo. Pero, no podemos descubrir la guardia" (Marta, enfermera de pediatría).

"Sé que hubo una movida hace poquito tiempo. Fue más de los trabajadores no médicos por así decirlo. Yo la verdad no estuve al tanto. Hubiera re acompañado" (Myriam, residente).

"Ahora, en estos días algunos reclamamos, más que nada por el tema de la gente que está tercerizada acá en el hospital. Por un problema interno me parece a mí, más que nada entre delegados y directivos" (Estela, enfermera).

Es sintomático que ni siquiera Juan, que pertenece a la oposición, haya dado cuenta de estos hechos. Más aún cuando aparece la crónica en el propio órgano de difusión de la organización a la que pertenece. [10]

Parece ser entonces que con la apertura de actividades y una vez avanzada la vacunación de la población la comisión interna comenzó a desplegar algunas acciones. Es probable que la presión por abajo comenzara a expresarse de manera más abierta u homogénea y esto impulsó a tomar medidas concretas más allá del envío de cartas a la dirección del hospital. La desconexión completa del sindicato durante el 2020 en relación a las aspiraciones de los trabajadores nos parece fundamental para entender la respuesta fragmentaria, minoritaria y desinteresada en las acciones que comienzan en el 2021.

La administración del conflicto con mecanismos hiper centralizados, liderazgos sustitutivos y mecanismos de toma de decisión esporádicos o restrictivos de los que hace uso la dirección de la comisión interna limitan objetivamente la capacidad colectiva en la lucha de los trabajadores. A su vez, la dispersión geográfica y el tamaño del hospital (los llamados servicios tienen lógicas propias) hacen dificultosa la organización. Jerarquías y diferencias de poder traban la definición de demandas comunes. Además, en determinados momentos también juega en contra el individualismo y el conservadurismo entre los trabajadores, que la pandemia debe haber agudizado. Esto aparece en las entrevistas:

"He escuchado manifestaciones afuera del Hospital de Clínicas. De médicos no me enteré, ni tampoco me interesa, no me gustan a mí esas agrupaciones." (Lara, Médica)

"Un montón no se animaron."; "Yo no sé si es que, miedo al desempleo porque sabés que por ahí en el hospital no te van a echar, pero te vas a... te vas a perjudicar. Entonces te van a bajar más el sueldo, quizá, o te van a sacar las horas extra, si llegas a tener, o después no se... un conflicto con tu jefe, no lo sé" (Pamela, administrativa)

"En un momento este director de enfermería que te digo, que, no tiene conciencia de lo que es pediatría. No sé qué reclamo quería hacer, para sí mismo. Y la comisión interna nos convocó, para que vayamos, nos reunamos, en la entrada de Córdoba para luchar por él. Y con mis compañeros nos miramos, primero que estábamos siempre en la mañana, y nosotros estamos en la mañana, y estamos a full. Y segundo, que por una persona que no nos respeta a nosotros" (Marta, enfermera de pediatría)

"De ahí viene mi resignación porque la verdad es que Intenté hacer grupo. Intenté buscar, intenté luchar Intenté seguir con la corriente. Aprendí a hacer notas, aprendí a presentarla en tal lugar. Y aun así cero respuestas" (Myriam, residente).

Como primera conclusión de este análisis podemos adelantar provisoriamente que la conducción sindical es parte constituyente de los intereses y de la subjetividad obreras. Es la evaluación del conjunto de determinantes (pandemia, organización previa, estructura laboral, etc.) en la que actúa la CI lo que se debe tener en cuenta para analizar las decisiones efectivas que adopta la clase obrera. Esto no nos debería llevar a tomar una posición mecánica en el sentido de que todo depende por completo de la dirección de la CI al estilo "las bases siempre están dispuestas a luchar, pero la burocracia traiciona". Como muestran las entrevistas los niveles de conciencia son muy dispersos, desde el desinterés con los problemas sindicales hasta aspectos extremadamente delegativos y sustitucionistas.

Formas organizativas durante la pandemia

A la hora de hablar sobre este asunto, resulta pertinente tener en cuenta el aporte realizado por Belkin y Ghigliani (2010) en torno a la caracterización y el debate sobre lo que se entiende por "burocracia sindical", es decir, una fracción de la clase obrera ligada a la dirigencia del sindicato que está dotada de una serie de aptitudes y competencias de las cuales carecen otros miembros del sindicato. Más allá del debate sobre el carácter estructural de clase de esta fracción, que insisten los autores correctamente, provienen de la clase obrera, aquí nos vamos a centrar en cómo, a partir de sus métodos administrativos, que rigen su accionar, logran ser representativos de los intereses de los trabajadores, fomentando la fragmentación entre ellos, a pesar de no portar ninguna especie de ontología revolucionaria o ligada a una organización político autónoma que habría sido modificada por la intervención de algún tercero, en este caso la burocracia sindical.

En esta línea de pensamiento, sostenemos que la existencia de métodos centralizados de operación por parte de la comisión interna, en donde la participación de buena parte de los afiliados en la toma de decisiones se encuentra relativamente ausente, no necesariamente supone que la comisión interna no pueda encarnar en sí misma, la bandera de aquellos que personifican la mercancía fuerza de trabajo. Dicho de otra manera, métodos de organización que se muestran distantes a una perspectiva política autónoma de clase que busque superar la fragmentación existente en el colectivo de los trabajadores del Hospital de Clínicas, lo que aquí entendemos como forma *estatalista* de organización, no impide adquirir consenso en el conjunto de los representados.

Nuevamente, como señalamos anteriormente y siguiendo a Belkin y Ghigliani (2010) a propósito de las direcciones sindicales "(...) ellas mismas son poderes constituyentes de los intereses colectivos de los obreros" (p.108). Esto es, si bien la pandemia se desencadena dentro del marco de un modo histórico de producción, en donde la organización privada e independiente de mercado impide movilizar mano de obra hacia el sector más significativo en la coyuntura, en términos de necesidades sociales, así como también impide reasignar el conjunto de la producción y de los servicios a los fines de sostener un sistema de salud centralizado y unificado; lo que todo esto en su conjunto, implica una intensificación en la jornada de trabajo sin necesariamente variar

la duración de la misma, que abre la posibilidad de organizarse ante una demanda de carácter colectiva; el sindicato logra darle significado a las demandas que los trabajadores plantean. Y esta significación, se posibilita, en buena medida, gracias al logro que supone la mediación de diversas demandas por cierto tipo de estructura organizacional de carácter centralizada, que contribuye a la ampliación de la brecha existente entre las bases y la dirección, ausentando a las primeras de toda perspectiva de autonomía política, en donde todas las funciones del accionar sindical quedarían delegadas en esta cúpula, que lógicamente, perpetúa la fragmentación.

Por supuesto, cabe señalar, como se verá más adelante, la comisión interna no contribuye a la fragmentación debido a un simple método administrativo. Este no es más que la mediación en que los trabajadores expresan sus demandas. Es decir, son los afiliados que plantean cierto tipo de demandas de manera escindida a conveniencia del sector o por mera necesidad individual, donde la unidad de la clase obrera como un todo que implicaría la independencia de clase, permanece ausente. Se puede decir que es un vínculo de interdependencia en donde los trabajadores expresan cierto tipo de reivindicaciones, que se hacen carne a partir de la mediación y la significación de la misma por las cúpulas, en este caso a partir de métodos donde prima el centralismo, y por ende la ausencia de participación de los afiliados. Claro está, esta ausencia debida a que estos ni siquiera se sienten en la necesidad de participar en la toma de decisiones.

Los ejemplos de cómo se posibilita la existencia de una forma de organización restrictiva, en donde la falta de participación de los trabajadores es una constante, pueden verse en la entrevista realizada a Marta, enfermera del Clínicas especializada en pediatría oncológica.

Al ser interrogada por la posibilidad de llevar adelante demandas que abarquen a la gran mayoría de los sectores del hospital, y que por ende abran la posibilidad a mecanismos de toma de decisión en donde la participación de los trabajadores sea manifiesta, esta nos comenta:

"Yo creo que sí, como vos decís, cada servicio es un mundo, cada especialidad es un mundo. Para mí hay reclamos que son generales, pero para mí, habría que, también, hacer mini reclamos específicos. Como, por ejemplo, en nuestro caso, de las horas que tendríamos que trabajar menos. O de la plata que nos tendrían que pagar más. Y que nos... Porque siempre está esa de, bueno, tomémonos los diez días porque no sabemos si algún día lo van a sacar. Bueno, también que te aseguren que eso te lo van a respetar. O que te aseguren que no te van a faltar ciertos insumos. Para darte un ejemplo muy chiquitito. Lo que es; vos pasás una quimio, y ese frasquito lo tenés que tirar en una bolsa amarilla. Y tenés que tener tacho con tapa. Tacho con tapa, casi que no hay. Entonces, esas pequeñas cosas. Un reclamo general, sí, está perfecto, pero por ahí tenemos que convocarlos nosotros. Y tampoco sé, qué alcance tienen, si hacen el reclamo. Pero tendrían que venir, ya que no viene el director de enfermería a vernos, que venga alguien de la comisión interna y se fije 'Che mirá nos faltan tachos con tapa, bolsas de limpieza. Capaciten a la gente de limpieza que viene'. Eso fue algo que reclamamos, fue un reclamo chiquitito, y lo pudimos conseguir. Que siempre tengamos a nuestro compañero que es, un chico que es de limpieza, que conoce la forma de trabajar, conoce cómo tiene que trabajar con una sala que tiene la gran mayoría de pacientes oncológicos. Entonces, también eso

podimos reclamarlo. Que no lo manden a rotar a cualquier lado. Que no manden gente que no está capacitada o que no le gusta."

Este es el claro ejemplo de cómo una serie de reclamos específicos, no necesariamente tienen que implicar métodos de participación, que no deleguen la casi totalidad de competencias en una pequeña fracción de la clase obrera que negocia estos reclamos a espaldas de sus bases con funcionarios del estado capitalista. O sea, métodos "no democráticos".

De nuevo, para que existiría la necesidad de cambiar la forma en que se toman las decisiones, si estas pueden ser delegadas de manera parcializada a un pequeño sector que conforma en la comisión interna.

Pero la estructura administrativa verticalizada, no sólo implica la negociación de una minoría a espaldas de la mayoría de los afiliados, sino también, el desconocimiento, o, mejor dicho, la prohibición al acceso por parte de los afiliados, de datos tan simples como la masa salarial y la tasa de afiliación del hospital en cuestión. Juan, camillero entrevistado, nos lo hace saber con las siguientes palabras:

"Las comisiones internas tienen muy a mano las planillas que conforman la masa salarial entonces tienen absoluta claridad del personal que se jubila, de la categoría que viene de la categoría que se va, y la categoría que puede entrar. Calculá que una categoría 3 una categoría 4 puede ser tranquilamente reemplazada por cinco o seis categorías siete. Entonces esto le da margen de maniobra a las comisiones internas que, en base a promesas, en base a te hago entrar a tu hermanita, yo te voy a hacer entrar a tu hijo, yo te voy a hacer entrar a aquel te voy a dar la categoría y todo lo demás, ejerce un gran mercado clientelístico. Y esto ha creado un espíritu de desmovilización. Desmovilización por un lado y de desmoralización por el otro".

Y en torno a los métodos asamblearios, antónimo de la centralización, Juan señala:

"El sindicato no convoca a nada. En el hospital hace 15 años que no hay asambleas. Que no hay asambleas. (...) "Es una interna que persigue a los trabajadores, por cualquier reclamo viene y te persigue a vos, amedrenta a los trabajadores en su lugar de laburo, no convoca asamblea. Es una interna que aprovecha una estructura que es propia del trabajador para desintegrarlo."

Así, Juan llega a conclusiones similares a las nuestras cuando busca referirse a lo que él llama "espíritu de desmovilización". En parte, lo que él sostiene, justifica nuestra hipótesis de la persistencia de métodos no democráticos a raíz del vínculo de interdependencia que existe entre trabajadores y comisión interna -clientelismo-, en donde la demanda del primero es fácilmente canalizable por la forma organizativa de la comisión, que por supuesto profundizan la escasez de formas democráticas que comprendan la participación de una porción mayor de los afiliados. Insistimos, demanda y organización no pueden verse como asuntos separados a la hora de analizar la persistencia del sindicato, y por esto de las relaciones clientelares.

Sin embargo, Juan se equivoca cuando señala la no existencia de asambleas durante años. En nuestra indagación de fuentes diversas, hemos encontrado que entre diciembre de 2019 hasta noviembre el año vigente, al menos dos de ellas se han realizado y han sido convocadas por la comisión interna [\[11\]](#). De todas maneras, esto no necesariamente implicaría descartar de cuajo aquello que el camillero enuncia,

puesto que el número de convocatorias de las mismas a lo largo de dos años, no refleja en absoluto las necesidades del colectivo, ha sido mínimo. Y no sólo eso, sino que es importante observar el contenido de las mismas, en donde por el título que se le asigna al evento, no parece ser más que un mero intercambio de opiniones entre un grupo reducido de afiliados. El debate por la forma en que deben tomarse las decisiones, qué debe negociarse, qué información se le debe proveer al conjunto de los afiliados, no aparece en la discusión.

Independientemente de que no hayamos podido acceder al contenido de la charla que se trató en tales asambleas, asumimos que no hubo cambios de envergadura en el *modus operandi* organizativo de la comisión interna, en base a los siguientes documentos que muestran cómo a partir de un pedido formal [\[12\]](#), la comisión interna se dedica a negociar de manera aislada con funcionarios, algunos de ellos integrantes de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación.

Otra vez, es necesario poner sobre la mesa que la comisión interna del Clínicas, no es impotente frente a los reclamos por tener cierta forma de procesar las demandas, de darlas a conocer. Más bien, todo lo contrario. La comisión interna logra ser representativa de los intereses de sus afiliados a través del empleo de métodos burocráticos en estrecha vinculación con la estrategia *estatalista*.

Pamela, secretaria de servicios, da fe que la participación en la toma de decisiones, no se encuentra difundida de manera generalizada. Esto se ve a través del siguiente fragmento:

"Yo al ser contrato no puedo votar, no puedo elegir, entonces es como que... yo desde que entré está el mismo gremio. Eh... y... no sé ni cuando hay elecciones ni nada"

Así también, señala que el sindicato solo representa a quienes tienen afinidad con el mismo, lo que supondría que los contratados habrían quedado fuera de los reclamos llevados adelante por la comisión interna.

"Es como medio... muy patotero, y si estás desde ese lado está todo bien, pero si no estás... es como una cruz, y yo... no me gusta eso, es como que... siento que... mi trabajo tiene que valer por lo que yo hago, no por si estoy yendo al gremio y participo en lo que ellos deciden o no deciden."

Pero como ya indicamos, las demandas de los contratados también fueron expresadas por el sindicato en la solicitud del bono de \$6500, lo que nos da un indicio de cómo la ausencia de democracia, e incluso ciertos métodos coactivos como la no posibilidad de participación en elecciones, no impide que el sindicato triunfe entre los trabajadores.

Conclusiones

Por todo lo expuesto en el desarrollo del trabajo podemos arribar a una serie de conclusiones, algunas quedarán como preguntas abiertas y otras como certezas. Sin lugar a dudas APUBA, es un sindicato con poder, y en una clara relación fraternal con la UBA, en tanto y en cuanto no van a llevar adelante medidas que puedan alterar esa tranquila convivencia. También es cierto que confrontan en algunos reclamos puntuales con el director del Hospital, el Doctor Melo, con el que en apariencia estarían enfrentados. En varias cartas lo acusan de perseguir y perjudicar a los trabajadores. Al menos, eso fue evidente durante la gestión que tuvo a Elsa Carrizo como delegada

general. Vale mencionar que ya llevaba 10 años en el cargo y a mediados del 2021 se produce una crisis interna en la delegación del sindicato en el Hospital de Clínicas, de la cual hay muchas versiones del origen, pero ninguna confirmada, salvo que Elsa Carrizo tuvo que pedir licencia para permitir que se investigue su actuación como delegada general, dato no menor.

Para responder nuestra hipótesis inicial, nos preguntábamos luego de las entrevistas, cómo la CI había hecho para mantener a los afiliados en un estado de baja participación sindical, inacción y hasta apatía, en algunos casos, si uno podía advertir, a través de las entrevistas realizadas a los distintos trabajadores, que existieron muchas demandas durante la pandemia y que no fueron atendidas, sumado a que arrastraban una serie de falencias en los reclamos, ya desde antes del inicio de la pandemia. La primera observación es que se trata de un colectivo de alrededor de 3500 trabajadores, muy sectorizados y con una alta rotación de turnos. Esto permite en un primer análisis entender que trata, en su estructura, de un colectivo fragmentado, dato no menor para explicar la poca cohesión del conjunto de trabajadores, sumado a que, en palabras de los trabajadores, “el sindicato no convoca a nada”. De hecho, en apariencia, no hay asambleas, ni hubo medidas de fuerza durante la pandemia, la única excepción fueron algunas protestas aisladas para la renovación de los contratos de locación de un conjunto de trabajadores que se desempeñaban en el sector de enfermería, a los cuales, no se les iba a renovar el contrato durante el 2021, lo que resultó en dos manifestaciones callejeras en la puerta del Hospital de Clínicas, y en el hall interno, en marzo y en agosto del 2021 convocadas y acompañada por APUBA. Este primer acercamiento reafirma lo que planteamos en la hipótesis: las acciones de la CI son parte constitutiva de la fragmentación, de cómo se canalizan y satisfacen las demandas obreras.

Sin embargo, de lo recolectado en las entrevistas y lo que surgió de las propias investigaciones del equipo, consultadas también otras fuentes secundarias, por ejemplo, del Partido Obrero a través de prensa obrera que representa a la lista bordó en el Clínicas, opositora, y muy crítica de APUBA, surgieron nuevas aristas sobre la actuación de APUBA en el Clínicas. Este es un punto a destacar de nuestra investigación ya que si solo nos hubiéramos quedado con las entrevistas sin recurrir a otras fuentes nuestro análisis hubiera tenido un sesgo unilateral. Esto no ayudó a reflejar de una forma más completa la realidad sindical.

Por ejemplo, encontramos en la página de Facebook de la CI una intensa actividad gremial, incluso con perspectiva de género, además de actividades sociales, recreativas y solidarias. En lo sindical observamos distintos reclamos. Si uno recorre los meses del 2020 y 2021 (ver Anexo), puede advertir innumerables cartas dirigidas al Director del Hospital de Clínicas, con diversos planteamientos de todo tipo en defensa de los trabajadores, incluso de aquellos que son contratados, donde le solicitaron al Director que haga extensivo los bonos extras que dio el gobierno nacional a ese colectivo, porque las diferencias de las remuneraciones que perciben son enormes, cobran bastante menos de la mitad que los de planta permanente haciendo las mismas tareas. También se advierte a través de los posteos que lograron buenos acuerdos salariales para los trabajadores de planta permanente. De hecho, solo tomando el porcentaje acumulado del aumento salarial desde enero de 2021 hasta septiembre de 2021, este alcanzó un 47% [13], algunos puntos por debajo de la inflación interanual acumulada para ese mismo mes del orden de un 52,5% [14]. Surge, entonces, una dimensión en el análisis

de lo actuado por parte del sindicato APUBA en el Clínicas que en principio no lo teníamos tan presente y es que tienen logros y presencia. No se sostienen solo por la inercia.

Queremos señalar, también, que es muy relevante tener en cuenta dos dimensiones marcadas a lo largo del trabajo para explicar el peso que APUBA tiene entre el conjunto de los trabajadores. Y nos remitimos, en primer lugar, al plano organizativo y en segundo lugar en las demandas que los trabajadores plantean. Pero enfatizamos en este último plano, a los fines de ver cómo ellos mismos expresan sus demandas, lo que nos da un acercamiento a cómo estos se auto perciben como trabajadores, y frente a otros de sus pares que integran el mismo ámbito laboral en el Hospital de Clínicas. Por supuesto, no decimos que esta auto percepción brote de la nada. Aquí observamos las particularidades que presenta un espacio concreto de trabajo, como lo es el Hospital de Clínicas, un hospital que desenvuelve su actividad en un marco de relaciones estructuradas de producción y reproducción de la vida material, y cuyo fundamento de existencia es la producción de plusvalía. Y la particularidad que presenta este hospital, como ya se mencionó, es la alta rotación de turnos, y la gran diferenciación de funciones, salario, etc. En ese sentido, se observa en la forma en que se plantean las demandas que la gran mayoría de los trabajadores entrevistados suelen considerarse a sí mismos como con intereses propios distinguidos del resto, lo que da a entender que sus reclamos debieran ser atendidos por separado, de manera personal, decimos aquí, clientelar. El plano organizativo, es decir, las modalidades *estatalistas* que suponen un modo de funcionamiento hiper centralizado, en donde la participación de la gran mayoría de afiliados para la toma de decisiones se encuentra relativamente ausente, no es más que el complemento que viene a cuajar de manera casi perfecta con un conjunto de miembros de la clase obrera que no se reconocen a sí mismos como un clase para sí, capaz de vincular demandas económicas con la necesidad de la organización político partidaria de la clase. Al reconocerse los trabajadores con intereses separados abre la posibilidad de que sus reclamos sean atendidos de manera clientelar. Y es así que una modalidad que excluye a la mayoría de la toma de decisiones logra imponerse con mayor facilidad. Si esto no fuera así, entonces nos preguntamos ¿Por qué los trabajadores debieran agruparse colectivamente a partir del empleo de métodos democráticos de toma de decisiones, si estos consideran que sus reclamos tienen su lógica propia distinta de la de todos los otros trabajadores del Clínicas?

Queremos dejar señalado para un futuro análisis la posibilidad de profundizar en los procesos subjetivos desde las bases obreras que pueden llegar a generar los cambios necesarios en la relación planteada, la que está lejos de representar a las bases en su conjunto. Escuchamos por parte de todos ellos sus reclamos, pero un aspecto de los mismos nos generó ciertos interrogantes. De las entrevistas detectamos opiniones que resonaban a cierta autojustificación por su pasividad en la lucha, depositaban la responsabilidad en el otro, con expresiones como "*no hay nadie que nos organice*", o "*si alguien encara una protesta, yo me sumo*", sin querer asumir el compromiso personal de esa acción, sino esperando la iniciativa por parte de otro. Aquí es donde opinamos que sería interesante para un futuro análisis hacer hincapié en las explicaciones que puedan dar cuenta de cierta falta de autocrítica por parte de los trabajadores. Parecen descansar (sin advertirlo) en una cierta zona de confort. Nos referimos a que esa actitud no les roba tiempo personal, ni los compromete en lo laboral, porque nadie los señala como activistas, pero así se distancian de la acción y todo lo que eso conlleva. Decimos

esto más allá de las acciones coercitivas que ejerció la CI contra la oposición, ya que, como encontramos en las fuentes secundarias, esta se presenta a elecciones y tiene la posibilidad de difundir sus ideas. Además, habría que integrar los cambios profundos en la desubjetivación colectiva de los trabajadores producto de décadas de políticas neoliberales que impactaron en las estructuras laborales y que los años de kirchnerismo no retrotrajeron. En resumen, el problema de la burocracia sindical no se reduce exclusivamente a un problema *dirigencial*. Para terminar con la burocracia sindical y sus métodos se debe producir una transformación global, que abarque tanto a las bases como a los cuadros dirigentes.

Esperamos que nuestro trabajo sea un aporte a las estrategias de aquellos trabajadores, activistas, etc. que quieran avanzar en lo que creemos es la tarea principal: ganarse a sus compañeros para una política alternativa a la de la burocracia, participativa y democrática. Que puedan acercarse a aquellos compañeros desinteresados en las cuestiones sindicales, convencerlos de la necesidad de organizarse y pelear, de lo contrario, la patronal (en este caso el Estado) seguirá avanzando cada vez más en la precarización y en las condiciones de trabajo. Que a los trabajadores que depositan sus esperanzas en la burocracia sindical puedan ganarlos para una política sindical diferente. En definitiva, opinamos que debemos contribuir a revolucionar las bases obreras para generar las condiciones necesarias para pelear por otra dirección sindical para el movimiento obrero.

Bibliografía

BELKIN, A; GHIGLIANI, P (2010) *Burocracia Sindical: aportes para una discusión en ciernes*.

ETCHEMENDY, S. y COLLIER, R. B. (2007) *Golpeados pero de pie: Resurgimiento Sindical y Neocorporativismo Segmentado en Argentina (2003-2007)*, en *Politics and Society*, Vol. 35, Nº 3, Sage Publications.

HYMAN, R. (1971) *El marxismo y la sociología del sindicalismo*. Serie Editorial Era. México, D.F.

IÑIGO CARRERA, J. (2013) *El capital: razón histórica, sujeto revolucionario y conciencia*. Imago Mundi. Buenos Aires.

MARX, C. (2015) *Miseria de la filosofía*. Grafidco. Buenos Aires.

VARELA, P. (2015) "Ciudadanía fabril" en *La disputa por la dignidad obrera*.

Sindicalismo de base fabril en la zona norte del Conurbano bonaerense 2003-2014, Imago Mundi (colección Archivos), Buenos Aires.

VARELA, P. (2016) "¿Revitalización sindical sin debate de estrategias?", en Paula Varela (Coord.) *El gigante fragmentado. Trabajadores, sindicatos y política durante el kirchnerismo*. Final abierto, Buenos Aires.

Notas

[1] <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/227042/20200320>

[2] Nos referimos a la sobrecarga devenida a raíz de la cantidad miembros de la clase trabajadora que fueron diagnosticados con el virus, y debieron acudir al hospital generando una situación de colapso del sistema sanitario, atendiendo una cantidad de pacientes incapaces de ser tratados en condiciones normales por la cantidad del personal existente.

[3] Comunicado del Hospital de Clínicas José de San Martín Coronavirus: Todas las camas de terapia están ocupadas. *"Es importante aclarar que casi el 50% de los pacientes no cuenta con cobertura médica y el promedio de internación para pacientes con Covid-19 es de 17 días, con un costo diario que se encuentra entre los \$ 90.000 y \$ 120.000, originado en gran parte por el aumento desmedido del valor de drogas que se utilizan para estos pacientes (Atracurio, Midazolam, Pancuronio, Fentanilo y Propofol entre otros) así como los descartables y equipos de protección personal"*, refirió el Clínicas. Frente a esta situación, el hospital solicitó fondos extra al Ministerio de Educación, de quien depende la Universidad de Buenos Aires (UBA). **Página 12 - 28/04/21** (<https://www.pagina12.com.ar/338344-coronavirus-todas-las-camas-de-terapia-estan-ocupadas>)

SALUD Los números del Covid-19 en el Clínicas. La nota habla de los cambios que tuvieron que llevar adelante a raíz de la pandemia. Los efectos de la pandemia. El director del Hospital en la nota reconoce la presión sobre el personal de salud. *"Sin embargo, son también los profesionales de la salud quienes se han convertido en uno de los focos más preocupantes, no solamente por el riesgo de contagio que sufren, sino por su trabajo intenso"*, y continuó: *"La principal desventaja con la que nos encontramos hoy tiene que ver con el nivel de estrés al que está sometido el personal de salud, que trabaja a destajo"* se lamenta el Dr. Melo. **UBA. NOTICIAS - 16.09.2020** (https://www.uba.ar/noticia/20043?fbclid=IwAR36MDPhCooOe3UoQ_bkPLibUF8C92lqCdFKiIU7351Z3IAo9XUFFCoCsfl)

Estudio llevado adelante en el Hospital de Clínicas Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. Por Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto (h) L, Yaryour C, et al. Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. Arch Argent Pediatr 2021;119(5):317-324. (<https://www.sap.org.ar/archivos/general>)

[4] (<https://www.facebook.com/AGRUPACIONUNIDOSYSOLIDARIOS>)

[5] <https://www.apuba.org.ar/category/comisiones-internas/hospital-de-clinicas/>

[6] Sumario en el Hospital de Clínicas: la pandemia de perseguir trabajadores (Prensa Obrera)

<https://prensaobrera.com/sindicales/sumario-en-el-hospital-de-clinicas-la-pandemia-de-perseguir-trabajadores/>.

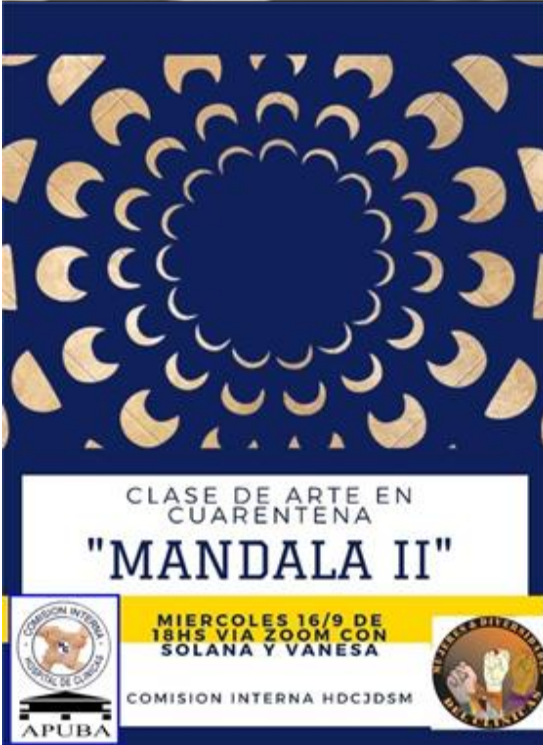
[7]



COMISION INTERNA
HOSPITAL DE CLINICAS
APUBA

NUEVO HORARIO
Martes
17:00 hs.
Por
zoom

Meditación para
una vida más
saludable
Con Mónica
Villafañe



CLASE DE ARTE EN
CUARENTENA
"MANDALA II"

MIÉRCOLES 16/9 DE
18HS VIA ZOOM CON
SOLANA Y VANESA

COMISION INTERNA
HOSPITAL DE CLINICAS
APUBA

COMISION INTERNA
HOSPITAL DE CLINICAS
HDCJDSM

Actividades de septiembre 2020 – Facebook.

ESTADO DE ALERTA

Compañeros y Compañeras:

Nuestro Hospital viene cumpliendo un papel fundamental en la pelea contra el COVID-19 todos/as nosotros/as somos quienes estamos en la primera línea de batalla, con todas las dificultades y limitaciones de recursos que son históricas en nuestra Institución.

Somos los Trabajadores/as quienes ponemos el cuerpo todos los días en este contexto, habiendo contraído la enfermedad en muchos casos. Incluso al día de hoy lamentamos la pérdida de cuatro de nuestros Compañeros que se infectaron trabajando.

A pesar de ello, aún en este contexto y, aprovechando la imposibilidad para ejercer medidas de acción directa, las autoridades están llevando adelante una campaña de persecución feroz al conjunto de trabajadores y trabajadoras.

Esta campaña consiste en amenazar a los/as compañeros y compañeras constantemente obligándolos a violentar incluso las normas que rigen esta actividad; han quitado las subrogancias a Compañeras y Compañeros por el sólo hecho de estar imposibilitados para asistir -en algunos casos tratándose de madres solteras con hijos menores, o discapacitados a su cargo-; se imponen sanciones exageradas por hechos menores, violando la normativa vigente.

El responsable político de esta campaña en contra de las/os Trabajadores/as es el Director del Hospital.

El motivo fundamental de esta campaña y persecución radica en que a algunos pocos funcionarios con poder les molesta que el conjunto de trabajadoras y trabajadores -más allá de cual sea su función en el Hospital médicos/as, enfermeros/as, personal técnico/ administrativo/ de servicios o de mantenimiento- estemos unidos por un sólido vínculo de compromiso y solidaridad con el Hospital, entre nosotros y nuestra fuerte cohesión gremial.

Agosto 2020 – Facebook

[8] Transmisión en directo desde el Facebook Comisión Interna Hospital De Clinicas <https://fb.watch/quHjhrWvuD/>

[9] Véase "<https://www.apuba.org.ar/2018/06/el-clinicas-sigue-unido-y-solidario/>

[10] Hospital de Clínicas: la UBA precariza y despide a trabajadores de la salud en vísperas de la segunda ola (Prensa Obrera)

<https://prensaobrera.com/sindicales/hospital-de-clinicas-la-uba-precariza-y-despide-a-trabajadores-de-la-salud-en-visperas-de-la-segunda-ola/>

[11] Se puede notificar de las mismas en las publicaciones que la comisión interna del Hospital de Clínicas realiza en la siguiente red social. <https://www.facebook.com/AGRUPACIONUNIDOSYSOLIDARIOS/posts/1266610086880594> Esta misma remite a un balance general de la actuación sindical durante el año 2019.

<https://www.facebook.com/AGRUPACIONUNIDOSYSOLIDARIOS/posts/1823326264542304> Esta asamblea que tuvo lugar en noviembre del año actual también fue para realizar un balance general sobre la actuación sindical.

[12] Uno de estos, puede verse en <https://www.apuba.org.ar/2021/05/apuba-y-adubapiden-inclusion-de-asistenciales-en-el-bono-para-personal-de-salud/> Aquí se reclama por parte de APUBA la incorporación del personal médico de hospitales universitarios, al pago del bono de \$6500 mensuales anunciado por Presidencia de la Nación.

Para el segundo pedido que repite el mismo mecanismo, véase <https://www.facebook.com/AGRUPACIONUNIDOSYSOLIDARIOS/posts/1833896743485256> en donde la comisión interna del Hospital de Clínicas solicita y negocia la remuneración de un bono incentivo, para aquellos trabajadores que revisten la modalidad de contrato de locación. El bono en cuestión fue solicitado el 10 de noviembre a raíz del encarecimiento de la canasta básica.

[13] Véase <https://www.apuba.org.ar/2021/09/acuerdo-en-la-reapertura-de-la-paritaria-nodocente/>

[14] Véase https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_10_21E7D81FF3F6EFAoC39C79.pdf



Seminario de investigación
Los trabajadores en la Argentina actual
Carrera de Sociología - UBA