

**Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo
en profesionales de salud en contexto de
pandemia: un estudio exploratorio a partir del
análisis de dispositivos de Apoyo a los Equipos
de Salud en un municipio del Área Metropolitana
de Buenos Aires (AMBA)**

**Subjective dimension of work processes in
health professionals in the context of a
pandemic: an exploratory study based on the
analysis of support devices for Health Teams in a
municipality of the Metropolitan Area of Buenos
Aires (AMBA)**

**Dimensão subjetiva dos processos de trabalho
dos profissionais de saúde no contexto de uma
pandemia: um estudo exploratório a partir da
análise dos dispositivos de apoio às equipes de
saúde de um município da Região Metropolitana
de Buenos Aires (AMBA)**

Karina Abalo Miller
ORCID ID: 0000-0001-9163-1534
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Claudia Bang
ORCID ID: 0000-0003-1995-0527
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Autor referente: karinaabalomiller1@gmail.com

Historia editorial
Recibido: 26/06/2021
Aceptado: 01/12/2021

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en el primer nivel de atención en contexto de pandemia, a través de la descripción y análisis de los discursos de los y las trabajadores/as producidos en el marco del dispositivo de Apoyo a los Equipos de Salud implementado en un municipio del área metropolitana de Buenos Aires. **Metodología:** investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Estudio de caso único centrado en observación participante en 10 reuniones en centros de salud del Municipio de Tigre, durante los meses de abril y mayo de 2020. La sistematización del material se realizó siguiendo técnicas de análisis de contenido y generación de categorías. **Resultados:** el análisis permitió identificar cinco categorías emergentes: a) cambios en los escenarios de trabajo, b) emociones y actitudes frente

a la tarea, c) vínculos al interior de los equipos, d) vínculos con las autoridades y e) vínculos con la comunidad. **Discusión:** la dimensión subjetiva contenida en las vivencias relatadas está caracterizada por sensaciones de incertidumbre, miedos, tensiones en la relación entre compañeros/as, con las instancias jerárquicas y con la población asistida, pero también por búsquedas activas de alternativas, apoyo entre compañeros/as, participación, motivación en los sentidos del trabajo, cuidados mutuos y acercamiento a la comunidad. De este modo se hacen visibles aspectos que preexistían a la situación de pandemia y aspectos que el contexto introduce. Finalmente, se arriba a algunas reflexiones sobre las implicancias de la inclusión de este dispositivo en el proceso de trabajo de equipos de salud durante la pandemia.

Palabras clave: Cuidado a equipos de salud; promoción de la salud mental; primer nivel de atención en salud; pandemia de COVID-19.

ABSTRACT

Objective: characterize the subjective dimension of the work processes at the first level of care in the context of a pandemic, through the description and analysis of the speeches of the workers produced within the framework of the Health Team Support device implemented in a municipality in the metropolitan area of Buenos Aires. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive research. Single case study focused on participant observation in 10 meetings in health centers of the Municipality of Tigre, during the months of April and May 2020. The systematization of the material was carried out following techniques of content analysis and category generation. **Results:** the

analysis identified five emerging categories: a) changes in work settings, b) emotions and attitudes towards the task, c) ties within teams, d) ties with authorities, and e) ties with the community. **Discussion:** the subjective dimension contained in the experiences reported are characterized by feelings of uncertainty, fears, tensions in the relationship between colleagues, with hierarchical instances and with the assisted population, but also by active searches for alternatives, support among colleagues, participation, motivation in the sense of work, mutual care and approach to the community. In this way, aspects that pre-existed the pandemic situation and aspects that the context introduce are made visible.

Finally, we come up with some reflections on the implications of the inclusion of this device in the work

process of health teams during the pandemic.

Keywords: Care for health teams; mental health promotion; first level of health care; COVID-19 pandemic.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a dimensão subjetiva dos processos de trabalho em primeiro nível de atenção em contexto de pandemia, por meio da descrição e análise das falas dos trabalhadores produzidos no âmbito do dispositivo de Apoio à Equipe de Saúde implantado em município da região metropolitana de Buenos Aires. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Estudo de caso único com foco na observação participante em 10 encontros em centros de saúde do Município de Tigre, durante os meses de abril e maio de 2020. A sistematização do material foi realizada seguindo técnicas de análise de conteúdo e geração de categorias. **Resultados:** a análise identificou cinco categorias emergentes: a) mudanças nos ambientes de trabalho, b) emoções

e atitudes em relação à tarefa, c) vínculos dentro das equipes, d) vínculos com autoridades e e) vínculos com a comunidade. **Discussão:** a dimensão subjetiva contida nas vivências relatadas é caracterizada por sentimentos de incerteza, medos, tensões na relação entre colegas, com instâncias hierárquicas e com a população assistida, mas também por buscas ativas de alternativas, apoio entre colegas, participação, motivação no sentido de trabalho, cuidado mútuo e aproximação com a comunidade. Desta forma, tornam-se visíveis os aspectos prévios à situação pandémica e os que o contexto introduz. Por fim, são feitas algumas reflexões sobre as implicações da inclusão desse dispositivo no processo de trabalho das equipes de saúde durante a pandemia.

Palavras-chave: Assistência às equipes de saúde; promoção da saúde mental; primeiro nível de cuidados de saúde; pandemia de COVID-19.

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación llevado adelante por la primera autora bajo la dirección de la segunda autora, cuyo objetivo general es describir y analizar las prácticas de cuidado y prevención en salud mental destinadas al personal de salud del primer nivel de atención implementadas en el contexto de la pandemia de COVID-19, en un municipio del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Dicho proyecto se encuentra aprobado y financiado por el programa de becas Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.

El contexto de pandemia declarado por la OMS que se instaló a partir de la circulación a nivel mundial del virus COVID-19 ha impuesto a los sistemas de salud una exigencia de trabajo inédita. La política sanitaria adoptada por el Estado argentino a partir de marzo de 2020, llevó a reformular el trabajo de los servicios de atención y cuidados en salud. En lo concerniente a las prácticas en salud mental, se han realizado adaptaciones de estrategias e implementado nuevos dispositivos en función de nuevas necesidades, entre ellas las de los propios equipos de salud. El trabajo de apoyo a los equipos es considerado una de las acciones prioritarias en salud mental en contextos de emergencias y desastres, siendo una de las recomendaciones más recurrentes en múltiples documentos internacionales elaborados a partir de experiencias en este tipo de eventos (OPS, 2020). Además, estos documentos señalan que se trata de una responsabilidad del Estado dicho cuidado (Valero, 2006). En nuestro país y en este contexto, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha priorizado las prácticas de protección de la Salud Mental de los equipos de salud (DNSMyA, 2020). De acuerdo al sufrimiento psíquico (Augsburguer, 2002) asociado a la carga de trabajo en un escenario de alta complejidad y a la exposición a tensiones, es que fueron necesarias intervenciones de cuidado y prevención adecuadas.

A partir de la puesta en marcha de un dispositivo de Apoyo a Equipos de Salud, cuyas características se describen en el apartado de Metodología, surgen las preguntas de investigación: ¿cómo podemos caracterizar la experiencia subjetiva de trabajo de los equipos de salud en el primer nivel de atención en contexto de pandemia? ¿Qué elementos pueden identificarse en los discursos de los y las trabajadores/as como fuentes de malestar y cuáles como elementos protectores de la salud? ¿Qué reflexiones podemos extraer a partir de ello?

El objetivo de este escrito es describir y analizar la experiencia y vivencia subjetiva de trabajo de profesionales de salud del primer nivel de atención que han participado de

reuniones enmarcadas en un dispositivos de Apoyo a los Equipos de Salud llevado adelante en un municipio del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante los meses de abril y mayo de 2020.

El contexto sin precedentes hace necesario generar conocimiento acerca de las vivencias de los equipos de salud. Se han realizado estudios nacionales e internacionales de tipo cuantitativo que abordan los efectos de la pandemia en el personal de salud, en general basados en encuestas o cuestionarios. Sin embargo, existe una vacancia de estudios cualitativos que recojan las voces de trabajadores y trabajadoras. Este estudio se propone abordar dichos ámbitos de vacancia, desde un diseño cualitativo, ya que esta metodología permite indagar fenómenos sociales de alta complejidad en contextos inéditos.

Trama conceptual

El marco teórico general del proyecto, epistemológicamente lo constituye el Paradigma de la Complejidad, que entiende que las acciones de la salud se constituyen socio-históricamente de forma compleja (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999), trayendo consigo las influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales. Para esta perspectiva el eje central de la complejidad es la producción de un pensamiento no causalístico ni dicotómico, distanciándose de los modelos mecanicistas y de la idea de salud como “normalidad” (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). Asimismo, este trabajo se inscribe en la tradición de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, que “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo” (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002, pág. 130) y abreva en la corriente institucionalista (Ulloa, 1995; Bleger, 1966).

La referencia a la *subjetividad* remite aquí a las precisiones que señala Dejours (2012): por una parte, a las condiciones gracias a las cuales el mundo puede ser apropiado por un sujeto; por la otra, a las variedades bajo las cuales se hace esa apropiación (como experiencia afectiva del cuerpo y no como representación cognitiva). (Dejours, 2012, pág. 26).

Esta concepción incluye la idea de que el trabajo psíquico de reapropiación de lo producido, es decir de elaboración psíquica del trabajo de producción, implica un trabajo sobre sí mismo y alude al concepto *trabajo vivo* (Dejours, 2012).

El trabajo de los equipos se desarrolla en los sistemas de salud y sus instituciones. La corriente institucionalista concibe la idea del trabajo como una de las instituciones fundantes de la sociedad humana que se materializa y realiza en las organizaciones (Barembly, 2005) y se interesa en el análisis del sufrimiento institucional de los sujetos inmersos en las mismas. Para esta corriente de pensamiento cuando la trama discursiva se resquebraja, cuando la incoherencia predomina en el mundo cotidiano de los sujetos, lo que aparece es el sufrimiento institucional. Tal vez sea posible pensar este contexto de pandemia como una de esas rupturas. Asimismo, interesarse en los discursos de los actores permitirá identificar las condiciones que tiendan a promover salud en los integrantes del sistema de salud; al decir de Bleger (1966), haciendo explícito lo implícito, y ayudando a comprender los problemas ocasionados y todas las variables posibles de los mismos.

Esta corriente también brinda una herramienta teórica útil para intentar un análisis de este contexto y sus implicancias: el concepto de *analizador* (Lourau, 2001). Pueden considerarse *analizadores* aquellos elementos de la realidad social que manifiestan con la mayor virulencia las contradicciones de un sistema, permitiendo revelar la estructura de las instituciones.

En este trabajo, la idea de *dispositivo* se utiliza en el sentido que propone Claudia Salazar Villalba (2004) como dispositivo de investigación-intervención, “máquina para hacer ver, en el marco de un proceso de reflexión sobre lo social, lo cual implica una estrategia para la acción” (2004, pág. 92). Así entendido el *dispositivo* implica la articulación de un conjunto de estrategias de reflexión, elucidación, exploración y constituye fundamentalmente el intento de apertura de espacios de diálogo, diseñados con la intención de que se produzca material discursivo. Por su parte, la corriente institucionalista define este concepto como un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos o devenires, actualiza virtualidades e inventa algo radicalmente nuevo (Baremblyt, 2005).

El concepto de *cuidado* en este trabajo está definido como la dimensión vincular de las prácticas de salud (Michalewicz, Pierri, & Ardila-Gómez, 2014), desde la perspectiva que distingue entre tecnologías duras y tecnologías blandas, entendiendo éstas últimas como producción de relaciones entre sujetos (Merhy, 2006). Un *encuentro cuidador* es aquel que alberga el saber del otro y permite una construcción conjunta, y que por ello guarda una dosis de incertidumbre por estar abierto al acontecimiento (Terenzi Seixas, Merhy, Staeve Baduy, & Slomp Junior, 2016).

Metodología

El presente estudio se enmarca en la investigación cualitativa en salud (Souza Minayo, 2009), tratándose de una indagación de carácter exploratorio y descriptivo que aborda escenarios reales complejos en un contexto particular de imprevisibilidad dado por la pandemia por COVID-19. Se trata de un estudio de caso único, entendiéndolo como una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real (Yin, 1993) que aborda las prácticas realizadas en el marco de

un dispositivo de apoyo a los equipos del primer nivel de atención de un municipio de la zona norte del Gran Buenos Aires.

Este estudio se desarrolla en el Municipio de Tigre, ubicado en la zona norte del Gran Buenos Aires, territorio provincial. Se recogen los registros de la implementación de un dispositivo de Apoyo a Equipos de Salud del primer nivel de atención, que tuvo lugar durante los meses de abril y mayo de 2020. Luego se desarrolló una segunda etapa de implementación, desde septiembre de 2020 a septiembre de 2021 que no se incluye en este trabajo. La situación de la pandemia por COVID-19 según la información publicada por el Municipio, basada en los datos suministrados por el Sistema Integrado de Información de la Salud (SISA) del Ministerio de Salud de la Nación, indicaba que el 18 de mayo de 2020 se habían alcanzado 75 casos confirmados por laboratorio y 5 personas fallecidas, 695 casos descartados (testeados negativos) y 66 casos sospechosos.

El dispositivo de Apoyo a Equipos tiene como objetivo promover estrategias de protección de la salud mental y prevenir altos grados de padecimiento subjetivo en el personal de salud. Se realiza a través de espacios de conversación, reuniones abiertas a todo el equipo de cada centro o servicio, y coordinadas por psicólogos y psicólogas del área de Salud Mental, en donde identificar las vivencias subjetivas en los escenarios de trabajo. Se propone favorecer la puesta en diálogo de miradas, malestares, temores, fantasías, necesidades, expectativas, como una apuesta a la construcción colectiva de capacidades de simbolización de la experiencia y del sufrimiento, y al mismo tiempo propiciar la toma de la palabra y la iniciativa junto a otros/as para proponer alternativas frente a las dificultades.

El trabajo de campo se ha centrado en la observación participante en 10 reuniones de equipo realizadas en el marco del dispositivo de Apoyo a Equipos en 8 centros de salud, (ya que en dos de ellos se realizaron dos reuniones), llevadas adelante por la

investigadora y primera autora de este escrito. La implementación del dispositivo fue ofrecida a los centros de salud a través de sus jefes/as, quienes podían solicitarla. Asimismo se realizaron reuniones previas con los jefes/as donde se describía la modalidad de la propuesta y se recogían sus impresiones acerca de la situación del centro. La participación en las reuniones fue abierta y voluntaria, y asistieron profesionales de especialidades médicas, psicosociales, enfermería, farmacia, vacunación, agentes territoriales, personal administrativo, personal de limpieza y jefes/as de centro. La cantidad de participantes varió según el tamaño del centro y la presencia rotativa del personal, desde 10 hasta 18 personas, participando casi la totalidad del personal presente en el centro, ya que estaban programadas con cancelación de agendas de atención. La asistencia del personal a los centros de salud estaba afectada por la distribución de los profesionales en grupos asignados a distintos días como medida de protección. Los equipos tienen una conformación mayoritariamente femenina, aproximadamente un 80% son mujeres. Durante las reuniones, luego de la presentación del dispositivo, se abrió el diálogo a partir de la pregunta acerca de cómo era vivenciada por los participantes la situación de pandemia como trabajadores/as de la salud en cada centro. Para la recolección de datos se utilizaron hojas de registro en las que se tomó nota textual de los discursos de los/las participantes.

El proceso de sistematización del material recogido se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones (Souza Minayo, 2009). El *análisis temático* consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifique alguna cosa para el objetivo analítico trazado. Siguiendo el principio de recurrencia temática (Stake, 2005) se realizó una tarea de detección y desmenuzamiento de temas y subtemas presentes en los registros de las reuniones que formaron parte del dispositivo. Dicho proceso de

sistematización permitió la categorización del contenido en categorías emergentes. El proceso de generación de categorías (Marshall & Rossman, 1989) siguió un criterio de convergencia interna y divergencia externa (Guba, 1978), esto significa que las categorías son internamente consistentes pero distintas una de otra. Para el análisis de dichas categorías se incluyeron articulaciones con los conceptos de *sufrimiento psíquico*, *sufrimiento institucional*, *cuidado* y *analizador*, los que conforman parte de la trama conceptual del proyecto.

En cuanto los aspectos éticos, los/las participantes firmaron un consentimiento informado, que establece su participación voluntaria y el resguardo de su identidad. Además, el proyecto se encuentra aprobado por el Comité de Ética de la Secretaría de Salud del Municipio de Tigre y por el Comité de Ética en Investigación IRB-Iniciativa y Reflexión Bioética de San Fernando.

Resultados

El Municipio de Tigre pertenece a una de las zonas más afectadas por la pandemia de COVID-19. El partido cuenta con barrios heterogéneos, de muy dispar poder adquisitivo y condiciones de vida. En todo el municipio se encuentran 46 barrios populares según el Registro Nacional de Barrios Populares (RENEBAP, 2020). Durante los meses de este estudio se produjo el *aislamiento comunitario* de uno de ellos (Barrio San Jorge), que consistió en el aislamiento del barrio en su conjunto, bloqueando el ingreso y egreso de sus habitantes durante 10 días, brindando asistencia integral, principalmente asistencia alimentaria y sanitaria.

El primer nivel de atención del sistema municipal de salud está integrado por 21 Centros de Atención Familiar y de Salud (CAFyS). Es necesario considerar que el contexto de aislamiento produjo el cierre repentino de los centros de salud durante los primeros quince días de anunciada la medida, a lo que siguió una reapertura sólo para

atención por guardia, luego demanda espontánea, diferenciando la circulación de pacientes con síntomas respiratorios. Al mismo tiempo, en los polideportivos municipales se organizó la atención por vacunación antigripal y otras vacunas prescriptas según calendario vacunatorio, controles de la mujer embarazada y del recién nacido, y atención de situaciones de interrupción legal del embarazo, lo que duró aproximadamente hasta el mes de mayo. Es decir, se produjo una reorganización de los espacios y nueva distribución de los equipos, que fue permanentemente revisada y modificada. Durante el período que abarca este estudio aún no se había habilitado por completo la atención médica programada.

Las actividades del dispositivo de Apoyo a Equipos durante los meses de marzo a mayo de 2020 estuvieron centradas en la realización de reuniones de equipo de salud en centros de salud a cargo de psicólogos/as del área de Salud Mental. En los encuentros se propiciaba el diálogo acerca de las diversas situaciones de trabajo en contexto de pandemia y los modos de sentir, de pensar y vivenciar dichas situaciones. Al mismo tiempo, se brindó orientación sobre estrategias de cuidado, tanto personal como institucional. Si bien este estudio se basa en el análisis de registros de 10 reuniones, cabe destacar que el Equipo de Salud Mental realizó aproximadamente 30 intervenciones en total, que por falta de registros escritos no formaron parte en su totalidad de la investigación. Este número total de intervenciones se debe a que el 70% de los jefes y jefas de centros de salud solicitó intervención durante esta primera etapa.

Los relatos recogidos presentan claramente varias temáticas recurrentes y significativas para los/las participantes de los encuentros, lo que permite situar algunos denominadores comunes a la hora de caracterizar los discursos de los equipos de salud en el afrontamiento del contexto de pandemia. Se identificaron 5 categorías resultantes que se presentan a continuación. En este apartado se incluyen frases

textuales de los y las participantes de cada encuentro. Si bien se desprenden de sus dichos estas categorías, dentro de ellas se presenta cierta diversidad de significaciones, lo que intenta también reflejarse en esta presentación de resultados.

Cambios en los escenarios de trabajo

Un elemento recurrente fue la referencia a los cambios en el espacio, “llegamos y estaba todo cambiado”, dijo una pediatra. La disposición de nuevos usos del espacio a los fines de generar una circulación que mantuviera separados casos sospechosos de COVID-19 de otras consultas, obligó a redistribuir a los profesionales e incluso a anular pasillos enteros de consultorios en algunos centros. En el uso de los polideportivos como espacio sanitario fueron recurrentes algunas dificultades señaladas, como la distancia al centro y la limpieza: “no llego a fichar en el centro y empezar a horario la vacunación, se junta gente esperando y se impacienta”, “al principio teníamos personal de limpieza, pero después lo sacaron”, dijeron las enfermeras y vacunadoras.

En el diálogo también destacan la ausencia de compañeros/as: “no es lo mismo llegar y no ver a los compañeros”, “volver a ver a los compañeros, fue reconfortante”, son algunas de las frases de los profesionales.

También algunos profesionales refirieron la sensación de que esas semanas instauraron un paso del tiempo diverso, donde el momento anterior quedó muy atrás: “siento que fueron 9 años”, sintetiza una Jefa de CAFyS.

Muchos refirieron un contraste entre la situación esperada antes de asistir al centro y la encontrada una vez retomada la presencialidad parcial: “nos preparábamos para una guerra y los centros de salud estaban vacíos”, dijo una jefa de centro; “también estaba la fantasía, explotaban los whatsapp de protocolos, de fotos de muertos en Italia, no podía dormir”, refirió una médica, y otra agregó “sin embargo acá no pasaba

nada... volver nos contactó con la realidad, bajó la ansiedad”, “estar en actividad devuelve tranquilidad”, argumentó otra médica.

Emociones y actitudes frente a la tarea

Una de las frases más repetidas ha sido: “Esto es un día a día...” para referirse a distintos aspectos de la tarea. “Desde la coordinación, que nunca sabemos quiénes son, preguntaron: ¿alguna sabe entubar?”, relató una médica, “no nos prepararon a nosotros”, señalaron otros médicos. Estos dichos dan cuenta de un acontecer imprevisible, o poco predecible y las consecuentes sensaciones de incertidumbre. Cómo sería la atención, qué se esperaría de los equipos, son algunas de las preguntas que se formularon. Una jefa de centro reflexionó: “los médicos han perdido un lugar, están perdidos entre ellos”.

También en torno a la tarea recurren relatos acerca de la búsqueda de alternativas para dar continuidad a la atención. Una fonoaudióloga refiere:

al principio no se me ocurría cuál iba a ser mi tarea, si iba a seguir con mis pacientes o no, fui animándome a retomar el trabajo por videollamadas, a mí me cuestan los cambios, pero me fui adaptando, ahora hago algunos encuentros en simultáneo, con otros grabo ejercicios y los pacientes me graban sus videos, para los que hacen toda una producción

Una obstétrica [partera] relata “me compré un chip para usar un teléfono exclusivamente con las embarazadas”, mientras que otra cuenta que dio su correo electrónico para recibir consultas. Fue necesario adaptarse también a los obstáculos que impuso la suspensión de otros servicios: “tenemos dificultad con los turnos de ecografía, te frustrás, te re-arma, ves qué hacés”, refiere una obstétrica. El equipo de psicólogos/as retomó la atención mediante seguimientos telefónicos, videollamadas individuales y grupales, una de ellas dice “durante las primeras semanas fue necesario

aprender a usar las aplicaciones y ocuparse de ayudar a los pacientes a que también aprendieran, era extraño estar frente a la pantalla”. Estos testimonios confluyen en considerar que fueron necesarios esfuerzos de adaptación al nuevo contexto, frente a los cuales hubo quienes refirieron haberlo vivido como algo muy costoso, mientras que otros/as lo consideraron como un esfuerzo que podían tramitar sin sufrimiento.

Hubo más amplia coincidencia en cuanto al costo emocional de afrontar lo que llamaron “miedo a contagiarse y contagiar a la familia”, así lo dice por ejemplo un médico que tuvo que ser hisopado: “eso sí es difícil de sobrellevar” y recogió el acuerdo de sus compañeros. Testimonios que se repiten: “Yo digo que no tengo miedo, pero tengo miedo”; “uno sale del barrio duro del pie a la cabeza”. Hubo coincidencias en señalar los miedos al retornar al trabajo luego de las dos primeras semanas. Miedo que se presenta como más angustiante cuando se considera la posibilidad de contagiar a la familia. “No sé qué hacer con mi bebé de tres meses si me contagio, ¿me aílo con ella?... dicen que no se transmite por el amamantamiento...”, una médica se preguntaba. Aparecieron en los discursos también distintas estrategias de afrontamiento, por ejemplo: “el miedo hay que utilizarlo para prevenir, cambiar un hábito”, dice una médica, mientras otra, recurriendo a creencias religiosas, afirma “cuando escuché que todos nos íbamos a contagiar, me relajé, si me contagio, me contagio y si me muero, me muero, yo soy muy católica...”, . Frente a la incertidumbre y el miedo, se escucharon conversaciones que remitían a experiencias previas: “esto tiene un fin, un límite, como lo que pasó con la gripe A, después volvió a ser todo normal”, “recién tuvimos la vacuna al año siguiente, fue parecido”, “yo creo que no fue así, no había tanta información de muertos o infectados, por influenza mueren 30.000 personas por año”, “no recuerdo haber tenido miedo, sólo se aislaron los factores de riesgo, cerraron los colegios un mes”, “ahora tenemos la vacuna, nadie se asusta de una gripe”, recuerda un grupo de médicas. Es recurrente

en la comparación con la experiencia de la epidemia de gripe A, una diferencia en la percepción del riesgo y el miedo asociado.

Casi todos los participantes de los encuentros hicieron referencia a un estado de alerta permanente, incrementado por la incertidumbre sobre distintos modos de contagio. Alerta tanto por la expectativa de que “explotaran los casos”, así lo dijeron muchas veces, como por los cuidados durante el trabajo. Un agente territorial refirió haber abandonado algunas estrategias de protección, “yo ya no limpio la birome, no uso alcohol, me acerco”, aparentemente porque ya no le preocupaba contagiarse, sin embargo luego dijo que varias veces por día se tomaba la fiebre. Una empleada de limpieza relató con angustia “no puedo parar de preguntar a cada médico con el que me cruzo cómo tengo que cuidarme y si lo que estoy haciendo está bien”. Una médica relató que los primeros días realizaba las atenciones de manera inusualmente rápida, “atendía en cinco minutos”, intentando minimizar el tiempo de contacto con el paciente, lo cual la podría haber llevado a cometer errores, reflexionó durante el encuentro.

Todos los equipos coincidieron en identificar un incremento de la carga de trabajo durante el período de vacunación antigripal, que constituyó un momento álgido de demanda: “Vacunamos por día 500 o 600 personas, a veces no damos abasto”, “la gente se queja porque tiene que esperar”, “estás vacunando y mientras pensás cómo están afuera, si se cumple el distanciamiento o no”, las vacunadoras y enfermeras relataron. En el período que abarca este trabajo no se registró que fueran percibidas como sobrecarga otros tipos de atención en los centros de salud. Sin embargo, se verbaliza un agotamiento atribuido al estrés producido por el estado de alerta, vinculado a la percepción de riesgo y a la expectativa de aumento abrupto en la carga de trabajo: “ya estamos agotados y esto todavía no empezó, llegamos cansados a lo peor”, dijo una jefa de centro.

La preparación, formación, y muy especialmente, los protocolos fueron temas de conversación a los que se le dedicó mucho tiempo en las reuniones, asimismo, se escuchó que del mismo modo ocurría en el encuentro cotidiano y en los grupos de whatsapp integrados por los miembros de cada centro de salud. En algunos dichos se ponía de manifiesto la percepción de contradicciones entre lo indicado por los protocolos y las condiciones efectivas en que se desarrollaba la tarea: “cada protocolo, de la OMS, de Nación, del Municipio, cada vez hilaban más fino con menos recursos...”, refirió una médica. Mientras otra replicó que “la OMS propone un protocolo que hay que adaptar”. Quienes parecían afrontar con menos malestar esas tensiones decían: “los protocolos son flexibles, hay cosas que no están pensadas”.

Por último, en relación a la tarea, resonaron palabras en las distintas reuniones en torno a la valoración personal del trabajo: “la clínica tiene que seguir siendo soberana”, declaró una médica; “no podría trabajar para otro lugar que no sea la salud pública”, dijo una administrativa.

Vínculos al interior de los equipos

La referencia al apoyo entre compañeros/as fue recurrente, y fue situado en especial en los momentos de mayor carga de trabajo durante la afluencia a los vacunatorios, donde se daba la vacuna antigripal.

Por otro lado, la necesidad de reasignar lugares, diseñar circuitos de circulación y repartir la asistencia del personal a fin de evitar la confluencia de personas, trajo aparejados conflictos que fueron relatados de forma similar en los distintos encuentros: “Nosotros decidíamos algo un día y después ellos [se refiere a otra parte del equipo que asistía en días diferentes] cambiaban todo”, “estamos fijándonos qué hace uno y qué hace el otro”. Se vieron afectados los vínculos entre compañeros/as: “el miedo te ciega (...) nos terminamos maltratando entre nosotros”, afirma una administrativa; “a

mí me hirió mucho una compañera que me dijo que cuando yo vuelvo a mi casa no había nadie que me espera y que ella tenía una familia, como si mi vida no valiera, no le dije nada”, relata con angustia una pediatra. Estos discursos dan cuenta de sensaciones de riesgo de fragmentación en los equipos. Los dichos de una de las jefas lo confirman: “tenemos un equipo super-variado, fragmentado, va cambiando, se acusan: este grupo hizo, el otro no hizo... aunque siempre hubo desencuentros en los criterios, los ritmos de trabajo, esto preexistía (...) necesitamos encontrar el modo de estar estables”. También se puso de manifiesto el dolor de la pérdida: “llegar y no ver a los compañeros”, “entrar hoy me produjo la emoción de reencontrar y el dolor de algo que cambió”, dijo una obstétrica.

Se escucharon frases que denotaban representaciones positivas del grupo: “tenemos un buen equipo de enfermería”, “somos un centro con mucha participación, diálogo”, “siempre fue un centro muy limpio, lo cuidamos mucho”, “encontrarnos hace bien, es importante divertirse”. Así como, en otros equipos, representaciones negativas: “este es un centro históricamente conflictivo”, dijo una médica con muchos años en el Municipio. El registro de estas distintas autopercepciones grupales estuvo asociada a distintos grados de malestar, donde primaron las segundas encontramos grupos con mayores niveles de queja y padecimiento. Sin embargo, estas representaciones conviven unas con otras.

Que los/las compañeros/as no utilizaran correctamente los elementos de protección o los procedimientos, fue percibido como algo negativo e insolidario: “si vos no te cuidás, exponés a los demás”, dijeron algunos participantes de las reuniones. Es recurrente la referencia a los cuidados mutuos. “Acá todos nos cuidamos mucho” se escuchó en algunos equipos, mientras que en otros se registró tensión: “hay quienes están pendientes buscando marcar la falta en el otro”, dijo una jefa. En otro sentido, los cuidados frente al contagio entran en tensión con el acercamiento y la contención, que

son otros modos del cuidado, así un médico reconoció que para él fue necesario pasar por alto un protocolo: “una compañera del hospital estaba llorando en la esquina porque tenía problemas para realizarse su tratamiento de cáncer, conozco todas las precauciones, pero fui y la abracé”.

Al finalizar cada uno de los encuentros de apoyo se escucharon palabras de agradecimiento: “estuvo muy bueno encontrarnos”, “era necesario poder hablar de estas cosas”, “nos hizo bien como equipo”.

Vínculos con las autoridades

Fueron recurrentes menciones a la autoridad: “decide la coordinación, que no sabemos quiénes son...”, refirió una médica, y otra dijo “nunca sabés con quién tenés que hablar”, denotando una representación abstracta y distante de las autoridades municipales. Las instancias jerárquicas aparecieron en ocasiones percibidas negativamente: “quieren sembrar temor”, “ellos arriba, nosotros abajo, hay que arrastrarse”, refirieron con enojo algunas médicas.

En cuanto a la autoridad más cercana y visible, los jefes y jefas de centro, se recogieron testimonios heterogéneos, en algunos centros hubo coincidencias en destacar la posibilidad de participar y la comunicación, y en otros se hizo mención a la necesidad de mejorar estos aspectos: “hace tiempo que dejamos de hacer reuniones de equipo, se habían transformado en un pase de avisos parroquiales, también por responsabilidad de todos”, afirmó una administrativa, una médica reflexionó “sentimos que falla el respaldo... pero en realidad no sabemos”, “a veces la crítica es sentida como no constructiva, es difícil cuando las autoridades no están abiertas”, manifestó una trabajadora social. Desde los lugares de coordinación coincidieron en señalar la fluidez y la rapidez de los acontecimientos como un obstáculo para la comunicación oportuna: “El otro día una enfermera tuvo que aislarse. Encontré después a todas las

demás llorando, me reclamaban información, pero fue de una tarde para el otro día”, relató una jefa de centro. La conjunción de miedo, incertidumbre y tiempos que se precipitan aparece como un desafío en la búsqueda de buenas decisiones y estrategias de comunicación.

Se observa que el vínculo con las instancias jerárquicas está atravesado por distintas demandas de parte de los equipos. La de contar con los elementos de protección personal fue una de las más escuchadas. Aunque los enunciados son también heterogéneos entre los centros. En algunos dijeron: “barbijos quirúrgicos hay por ahora, hay N95 [un tipo adecuado de barbijo] que sólo se usan para intubar, hay camisolines, son finitos, pero se pueden usar dos, hay consultorio para aislamiento”; “el centro está bien ventilado”. Mientras que en otros relataron que “estallaban los grupos de whatsapp” entre pares con mensajes de alarma y protesta por temor a no disponer de los elementos de bioseguridad. “No hay recursos”, “somos personal de salud, no podemos usar tapabocas en lugar de barbijos adecuados”, “no podemos atender con estos barbijos que no cumplen con las normas de bioseguridad”, fueron algunos de los dichos que se repitieron. Frente a los reclamos, especialmente por el tipo de barbijos recibidos, las explicaciones brindadas por las autoridades acerca de su seguridad, parecían no tener credibilidad en el conjunto. Otra demanda reiterada fue la de limpieza de los lugares de atención, en relación a la suspensión de la prestación de este servicio en los polideportivos. En el mes de mayo de 2020 esta subdivisión de espacios fue revisada y la atención retornó a los centros de salud. “Necesito que me digan que nos van a cuidar, aunque no sea cierto”, expresó una médica, sintetizando esta necesidad de sentirse cuidados. Hubo coincidencia en todos los equipos en considerar a las reuniones realizadas bajo el dispositivo de apoyo también como una estrategia de cuidado.

En los discursos también apareció con frecuencia malestar por el hecho de tener compañeros/as afectados/as por descuentos en los salarios (personal de la secretaría de deportes, quienes colaboraron con la atención en los polideportivos y que repentinamente fueron desplazados) o despidos (en la Secretaría de Desarrollo Social): “te queda la situación [se toca el pecho], seguís trabajando, pero pensás en los compañeros, no quedás afuera”, transmitió una pediatra. También por descuentos en personal de salud que luego fueron corregidos: “el descuento en el sueldo fue violento, angustiante... innecesario”, “también la forma en que lo hicieron... no sabemos qué esperar”. Las condiciones laborales fueron un tópico en todas las reuniones. Los despidos se han revertido, en virtud de las negociaciones alcanzadas vía los sindicatos. Sin embargo, esto aparece en las palabras de los participantes como un momento que introdujo y dejó enojo, desazón, sentimiento de injusticia, como un plus de padecimiento que se suma a la complejidad de la situación sanitaria.

En los casos en que se realizó una segunda reunión de apoyo a equipos para seguimiento se recogieron relatos sobre pequeñas transformaciones: una obstétrica que durante la primera reunión había presentado quejas respecto al espacio para atender, dijo: “me gestioné un consultorio... se siente muy satisfactorio”, una enfermera relata “acordé empezar a atender media hora después y terminar media hora antes para poder registrar, cerrar y dar lugar a la limpieza para el día siguiente”. Dando cuenta de las cosas que puede hacer un/a trabajador/a, respecto a la percepción de los márgenes de gestión de su propio trabajo.

Vínculos con la comunidad

En los enunciados vinculados a la comunidad encontramos divergencias entre centros a la vez que convergencias internas. En unos centros primaron relatos que caracterizaban a la población como muy demandante y hostil, mientras que en otros

se pusieron de relieve momentos de empatía hacia la comunidad y buena recepción de la misma. Por ejemplo, entre los primeros se caracterizó a la población del siguiente modo: “la de acá es una población muy grande y muy demandante, no se conforma, siempre hay reclamos...”, “jamás vi en otros centros la agresividad y violencia verbal y física que vi acá”, “la gente es muchísima”, “parece una dictadura, la gente siempre tiene razón”, “la gente te rompe las bolas”, “la gente entiende que estás gritando”, “no nos respetan, nos faltan el respeto”, “sentís que se te vienen encima”. En esos casos se indagaron y hallaron contrastes que también aparecieron: “las embarazadas agradecen mucho la comunicación, hacen preguntas por el whatsapp”, “de los 600 vacunados [antigripal] de hoy sólo hubo tres quejas”.

En cuanto a las vivencias de empatía y de receptividad, se encontró recurrencia en torno a la buena recepción de los barrios durante los operativos Detectar -consistieron en recorrer los barrios casa por casa encuestando a un miembro del grupo conviviente para identificar casos sospechosos de COVID-19 y realizar los testeos correspondientes, articulando recursos municipales y provinciales-: “para ellos fue ver a sus referentes en el barrio, te llamaban desde la terraza”, “ellos se vieron recontra-vulnerables y desde ahí se abrieron, pero positivamente”. Al mismo tiempo, que convergieron en cuanto a la valoración de esa tarea: “estuvo buenísimo, a nivel salud estuvo bien, vos ves las condiciones en las que viven”, “la mayoría no conocía el barrio”, “a mí lo que más me gusta de todo esto es que fue algo distinto, atendemos en otro lado”.

Una de las reuniones de apoyo se produjo en el contexto de aislamiento comunitario del barrio San Jorge, estrategia implementada por el importante número de casos positivos detectados. Entre los discursos del equipo del centro de salud cercano se recogieron estas palabras: “el día del operativo lloré dos horas, estábamos todos tristes, soy de Don Torcuato, me pegó de localía (...) fue algo que compartimos, que

es gente que conocemos”, “a todos nos pegó, a mí me generó ganas de ir más, participar, si me quedo en casa me muero (...) después el cuerpo... me dolía la garganta”, “me puse a comprar cosas para las ollas, me puse a gastar plata, ahora salgo de compras y me cruzo con ellos”, “después de diez años de trabajar es tu gente también”, “el primer impacto fue tristeza, lo que tuvimos como devolución fue bueno”, “nos sentimos cómodos trabajando”, “la gente que se quedó acá (en el centro) también hizo lo suyo”, “no hubo mucha organización, era seguir a la jefa, pero funcionó”.

En cuanto a los cuidados entre personas al interior de los barrios populares, algunos participantes mencionaron: “se cuidan para salir del barrio, pero no adentro”, “los primeros días vacunábamos a 400 personas, me ponía nerviosa que no se podía cumplir el distanciamiento, cuando te das vuelta te corrían el cono de separación”. Y respecto al miedo dentro de la comunidad dijeron: “están los preocupados, los asustados”, y una obstetra aclaró: “las embarazadas no tienen miedo, le dan prioridad al control, quedaron desesperadas al principio cuando cerraron los centros, entraron en pánico los primeros diez días”.

En los discursos también aparece lo que podría definirse como algunas funciones que el equipo se atribuye frente a la comunidad: “dar un tratamiento, dar tranquilidad”, “es importante transmitir que está todo bien, que tengan paciencia”, “la gente necesita contención, quiere informarse”, “hay que educar”, una agente territorial dice “a veces te piden una chapa, pero lo que están pidiendo es que los escuches”, fueron algunas de las frases recogidas.

Discusión

El dispositivo de Apoyo a Equipos, como máquina para hacer ver, al decir de Salazar Villalba (2004), ha permitido recoger las vivencias de los y las trabajadores/as en su dimensión subjetiva. El contenido de las 5 categorías emergentes nos permite

aproximarnos a la identificación de elementos generadores de malestar y sufrimiento subjetivo, y elementos productores de cuidado que promueven la salud. El análisis de los resultados también nos permite reconocer fuentes de malestar que el contexto introduce y visibilizar aquellas que resultan de condiciones preexistentes.

Entre las fuentes de malestar que el contexto introduce reconocemos: los cambios en los escenarios de trabajo que alteraron la rutina en tanto continuidad predecible, más o menos estable, que otorgaba sensación de seguridad y familiaridad; y la construcción de ideas de un afuera/lugar de trabajo amenazante. Asimismo, nos encontramos con el trastocamiento de los marcos de referencia en relación a la tarea, que generó sensación de incertidumbre, especialmente intensa al inicio, frente a una enfermedad de características desconocidas. Un saber que de pronto mostró sus fragilidades y despertó sensaciones de pérdida, según las palabras de miembros de los equipos. La modificación de procesos y organización del trabajo, rápida y reiterada, el tener que hacer tareas para las que no se tenía preparación o experiencia, impactó en los equipos confrontándolos con contradicciones, frustraciones y esfuerzos de adaptación. El miedo al contagio y la consecuente sensación de alerta permanente, fue señalado como otra fuente significativa de malestar.

Entre las estrategias frente al miedo, una de ellas fue señalarlo como una herramienta para cambiar hábitos, podría decirse que un intento de dominar esos sentimientos atribuyendo sentidos o finalidades. También se registraron estrategias de características más bien defensivas, como la aceptación trágica alimentada por creencias religiosas, o en algunos casos el rechazo a las medidas de cuidado o los elementos de protección, en tanto pueden constituir elementos que recuerdan el riesgo. Una última fuente de malestar fue la consideración de que no estaban dadas las condiciones de cuidado en relación a elementos y procedimientos de bioseguridad, que produjo temores y enojo.

Entre las fuentes de malestar que visibilizan y reactualizan situaciones probablemente preexistentes podemos mencionar: las vivencias de fragmentación o disgregación de los equipos, las tensiones entre compañeros/as y el riesgo de la dispersión de lazos. Es notoria la referencia repetida a representaciones de una autoridad abstracta y lejana, como una entidad sin rostro, ante la cual los equipos se han percibido inermes. En este sentido, vivenciar que la toma de decisiones es completamente ajena y no considera los conocimientos, experiencias y necesidades de los y las trabajadores/as generó renovados sentimientos de enojo y sometimiento. Las condiciones laborales, elemento de fundamental importancia en la vida de las personas y las instituciones, cuando se vieron deterioradas, por descuentos e incluso despidos, generaron zozobra. Fue la oportunidad en que se reeditaron reclamos por el nivel de ingresos y condiciones sentidas como injustas y arbitrarias. La poca frecuencia o inexistencia de espacios para el intercambio, como las reuniones de equipo, útiles para una comunicación clara y oportuna, produjo sentimientos de falta de respaldo y de escaso lugar para el planteo de críticas que lleven a establecer alternativas colectivamente. Por último, las representaciones negativas y homogeneizantes sobre la población asistida, reflejadas en las características atribuidas a “la gente”, y que son imágenes que en ocasiones forman parte una cultura institucional, fueron una fuente de sentimientos de irritación y frustración.

En cuanto a procesos promotores de la salud/salud mental, los resultados obtenidos nos permiten proponer como hipótesis que los equipos se han dado algunas estrategias de cuidado. Por un lado, contrastar con escenarios reales y ponerse en acción junto a otros/as parece disminuir el desasosiego frente a las ideas construidas en torno al afuera y al lugar de trabajo como amenazante y mortífero. En segundo lugar, recurrir a experiencias previas permitiría prepararse para el afrontamiento de esta nueva situación. Saberse con recursos adquiridos en el pasado podría brindar

mayor confianza. Asimismo, poder reivindicar los valores y sentidos personales y colectivos del trabajo parece fortalecer a los equipos para hacer frente a las dificultades. Considerar que estaban disponibles los elementos de protección personal y confiar en ellos amortiguaría los temores. Asimismo, identificar los mecanismos defensivos que obstaculizan la protección frente al contagio, posibilitaría conversar sobre los miedos subyacentes, generando así la posibilidad de definir los riesgos reales, los modos efectivos de cuidarse y al mismo tiempo sentirse acompañados/as. Reconocer la existencia de un margen de riesgo irreductible (aunque se pueda minimizar), posibilitaría pensar estrategias para sobrellevarlo, como por ejemplo procurar intervalos de relevo en las tareas de trabajo y momentos en los cuales descansar de la percepción de alerta, incluyendo espacios por fuera del ámbito laboral.

Se advierte que contar con espacios de conversación coordinados por profesionales psicólogos/as, como el dispositivo de apoyo a equipos, podría colaborar en contrarrestar las vivencias de disgregación. En este sentido, expresar en el ámbito de una reunión formal, con la presencia de jefes y jefas, el descontento por algunas condiciones laborales, podría favorecer la disminución del malestar ocasionado por los sentimientos de injusticia no comunicados. Asimismo se podría alentar el fortalecimiento de los equipos a través de la participación y la construcción de capacidad de negociación ubicando las acciones por la defensa de los derechos de trabajadores/as como herramienta. Contar con reuniones de equipo regulares y frecuentes, bajo estilos de conducción democráticos, abiertos y participativos, con circulación de la información y la palabra de todos/as, contribuiría a la vivencia de reconocimiento, de ser escuchados/as y cuidados/as y posibilitando la construcción de estrategias colectivamente.

Empatizar con las necesidades de la población asistida permitiría un nuevo modo de acercamiento y mayor conocimiento de la comunidad, fortaleciendo a su vez al equipo. Los equipos podrían beneficiarse al identificar la relevancia de la dimensión subjetiva con la que opera cada trabajador/a de salud (Batista Franco, 2016), es decir, como sujeto en el vínculo en el que se da la acción de producir cuidado, brindando contención en contexto de incertidumbre. Por último, percibir los márgenes de gestión del propio trabajo permitiría readaptar las tareas y realizar transformaciones concretas que contribuyan a una vivencia laboral más satisfactoria.

A partir de los relatos analizados entendemos que el dispositivo de Apoyo a Equipos de Salud puede favorecer condiciones dialógicas que permitan que el colectivo piense y hable sobre las situaciones que generan agotamiento y extenuación, y que elabore algunas estrategias de acción sobre la producción de estas situaciones y estados. En este sentido, los encuentros han logrado propiciar el intercambio sobre cada uno de los aspectos que esta pandemia saca a la luz. Como cabal analizador, la pandemia permite una penetración que tiene lugar por fractura, es decir, en el quiebre de la cotidianidad emergieron aspectos no observados. Visibilizó a su vez estructuras, atribución de sentidos, jerarquías, modos de circulación de la palabra, distribución del poder, asignación de recursos, desigualdades, precariedad laboral, mecanismos defensivos, representaciones sociales, modalidades instituidas como cultura institucional cristalizada, recursos personales y colectivos de afrontamiento, así como debilidades personales y colectivas.

Al tiempo que la pandemia funciona como un analizador, desde el paradigma de la complejidad podemos decir que cada centro de salud se comporta como un verdadero fractal, donde podemos encontrar en la pequeña escala el completo entramado de toda esta multiplicidad de variables.

Se considera una limitación de este trabajo no contar con la transcripción de audio dado que el procedimiento de tomar notas, por más textuales sean, puede implicar pérdida de información y sesgo de quien registra. Asimismo es acotada a un tiempo muy temprano de la situación de pandemia COVID-19. Se intentó subsanar estas limitaciones en la siguiente etapa de la investigación que se desarrolló de septiembre de 2020 a septiembre de 2021, donde las implementaciones del dispositivo de Apoyo Equipos fueron registradas a través de grabaciones de audio, y se realizaron 15 reuniones en 13 centros de salud, 5 entrevistas de contexto a instancias jerárquicas y 12 entrevistas individuales a profesionales de los equipos, en distintos momentos del contexto de la pandemia COVID-19. En dicha investigación se volvieron a encontrar las cinco categorías identificadas donde se hallaron variaciones en las vivencias relacionadas con los cambios de contexto. Una investigación que además recogiera las vivencias subjetivas de otros equipos que no sean de atención primaria, como los del segundo nivel de atención, dentro de los cuales se encuentran los equipos de terapia intensiva entre otros, complementarían el presente estudio.

Conclusiones y reflexiones finales

En este trabajo nos hemos propuesto describir y analizar los discursos de los equipos profesionales de salud en relación a sus procesos subjetivos implicados al trabajo en el primer nivel de atención en contexto de pandemia. Hemos encontrado que las temáticas más significativas están en relación a los cambios sustantivos y abruptos en los escenarios de trabajo, las emociones y actitudes que han podido tener frente a la tarea, los vínculos presentes al interior de los equipos, las relaciones con las instancias superiores, y los vínculos con la comunidad. La dimensión subjetiva contenida en las vivencias relatadas, en tanto experiencia afectiva (como se desarrolla en el marco teórico del presente trabajo), está caracterizada por sensaciones de

incertidumbre, miedos, tensiones en la relación entre compañeros/as, con las instancias jerárquicas y con la población asistida, así como estados de alerta, cansancio, situaciones contradictorias, dolor, frustración, sentimientos de injusticia por condiciones concretas de trabajo, pero también por búsquedas activas de alternativas, apoyo entre compañeros/as, participación, motivación en los sentidos del trabajo, cuidados mutuos y acercamiento a la comunidad. Esto último da cuenta de procesos de reapropiación de lo producido. Podría considerarse que el dispositivo de Apoyo a Equipos también puede haber favorecido dichos procesos a través de las condiciones dialógicas propiciadas. Asimismo permite formular hipótesis sobre el sufrimiento institucional que ha dejado ver la ruptura de la cotidianidad desatada por la pandemia, al contribuir a hacer explícito lo implícito.

Recientemente Emerson Merhy mencionó “la pandemia construye territorios de no-saber” (Merhy, 2020). En este sentido, se nos hace evidente que la realidad también es una construcción, en la que los imaginarios previos tambalean, imaginarios contruidos a base de ritmos, rutinas, consensos. El pasado se hace lejano, el presente se manifiesta como un día a día, y el futuro es más incierto que nunca. Ante este escenario, se suelen construir representaciones sociales totalizantes, que atemorizan y dejan inermes. Se duelen muchas pérdidas, empezando por la creencia en nuestra inmunidad. Y en este camino se corre el riesgo de la dispersión de los lazos y los vínculos. Al decir de este autor, las experiencias en grupos de trabajadores/as sugieren la idea de que hay que instituir, como parte del cotidiano, acuerdos autogestionados por los/las trabajadores/as que les permitan reordenar sus tristezas y sufrimientos realizando, incluso, autocuidado de sí como cuidadores/as.

Pensar la pandemia como analizador implica suponer que el virus COVID-19 excede su significación como partícula patógena, elemento de la naturaleza, y es entendido en su dimensión de fenómeno social. En tanto analizador interroga simultáneamente al

saber y al poder. Señala un choque de fuerzas permanente en la dinámica dialéctica de distintos procesos de institucionalización.

El dispositivo de Apoyo a Equipos de Salud, como espacio de conversación coordinado por profesionales psicólogos/as, ha surgido como estrategia de cuidado en este contexto. Se considera que puede ser beneficioso el registro de las necesidades tanto del equipo como las singulares, favoreciendo su efectiva comunicación y pedido de ayuda, así como también el registro mutuo entre compañeros/as, promoviendo la disponibilidad para estar atentos/as al otro/a para socorrerlo/a y a dejarse socorrer.

Asimismo, el dispositivo, en tanto *encuentro cuidador*, puede favorecer la posibilidad de abordar los conflictos. En la experiencia realizada sería posible ubicar que la división en subgrupos pudo no tratarse de una efectiva fragmentación sino de una división operativa, previniendo el riesgo de que se cristalicen grupos en tensión. También lleva a pensar que es esperable que en circunstancias como las actuales se erijan algunas rigideces como intentos de restaurar rápidamente un orden donde las seguridades se vieron suspendidas. Si se advirtiera sobre estos mecanismos podrían contrarrestarse con estrategias adecuadas.

Teniendo en cuenta que la primera autora de este escrito es parte de los equipos de salud, el trabajo de recoger las voces de quienes trabajan día a día, permite repensarse y diseñar estrategias. Conocer, aun lo que es difícil escuchar, porque el malestar está ahí. Para analizarlo y disminuir los niveles de padecimiento que puede producir esta crisis sanitaria, pero también social, económica y biográfica; tanto mediante la construcción colectiva de narrativas sobre el dolor en un esfuerzo simbolizante, como de la transformación concreta de algunas condiciones de trabajo.

En este sentido, sostenemos una vez más que construir una salud pública desde una perspectiva de derechos incluye cuidar la salud mental de los equipos de salud.

Referencias

- Augsburger, C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos de Médico Sociales*, (81), 61-75.
- Baremlitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Batista Franco, T. (2016). Producción del cuidado y producción pedagógica: integración de escenarios del SUS. En T. Batista Franco, & E. Merhy, *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (pp. 161-172). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Almeida-Filho, N. de, & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, (75).
- Souza Minayo, M. C. de. (2009). *De la artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, C. (2012). *Trabajo Vivo: Sexualidad y trabajo*. Buenos Aires: Topía.
- DNSMyA. (2020). *Plan de Acción para la Construcción de una Red Nacional de Respuesta en Salud Mental y Apoyo Psicosocial frente a Emergencias y Desastres, COVID-19*. [s.l.]: [s.n.].
- Guba, E. G. (1978). *The methodological rigor of qualitative method*. Bloomington: University Council for Educational Administration workshop on Qualitative Methods in Administrative Research.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, J., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Lourau, R. (2001). *El análisis institucional* (4a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografías del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar.
- Merhy, E. E. (2020). "Diálogos con Emerson Merhy", Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=HCAhD46wvBI&t=1s> (parte 1) y <https://www.youtube.com/watch?v=FiHwaJXAlvc> (parte 2).
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224.
- OPS. (2020). *Recomendaciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. [s.l.]: OPS.
- RENEBAP. (2020). *Registro Nacional de Barrio Populares*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, República Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap>
- Salazar Villalba, C. (2004). Dispositivos: máquinas de visibilidad. *Anuario de Investigación*, 2003, 291-299. México: UAM-X.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, 57-67.
- Terenzi Seixas, C., Merhy, E. E., Staevie Baduy, R., & Slomp Junior, E. (2016). La integralidad desde la perspectiva de cuidado en salud: una experiencia del Sistema Unico de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12 (1), 113-123.
- Ulloa, F. (1995). *La novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Valero, S. (2006). Protección de la salud mental en los equipos de respuesta. En J.-E. Rodríguez, *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (pp. 137-151). Washington: OPS.

Yin, R. (1993). *Applications of Case Study Research*. Beverly Hills: Sage.

Declaración de contribución de los/las autores/as

KAB y CB contribuyeron al diseño de la investigación, la implementación y análisis de los resultados estuvo a cargo de KAB. Ambas autoras discutieron los resultados y contribuyeron a la versión final del manuscrito.

Editor/a de sección

La editora de sección de este artículo fue Pilar Bacci.

ORCID ID: 0000-0002-6611-1905

Formato de citación

Abalo Miller, K. y Bang, C. (2022). Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en profesionales de salud en contexto de pandemia: un estudio exploratorio a partir del análisis de dispositivos de Apoyo a los Equipos de Salud en un municipio del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 5-36. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v12.n1.1>
