

Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia

Subjective conditions of primary healthcare workers in Florencio Varela during the pandemic

Condições subjetivas de pessoas que atuam na atenção primária à saúde em Florencio Varela no contexto da pandemia



Nahuel Pérez-Belmonte¹, (0009-0000-5002-5722)

Luciana Reynal-Machado¹ (ORCID: 0009-0002-1943-9905),

Maria Azul Macchi¹ (ORCID: 0009-0009-4989-1039),

Analía Elda Bertolotto¹ (ORCID: 0009-0007-5189-1041) y

Maria Antonieta La Monica¹ (ORCID: 0009-0007-2888-1830)

Contacto:

Nahuel Pérez-Belmonte -Email: nahuelpb@gmail.com

Filiaciones:

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Citar como:

Pérez-Belmonte N, Reynal-Machado L, Macchi MA, Bertolotto AE, La Monica MA. *Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia*. Desde Acá. 2025; 5: 129-148.

Resumen

La pandemia de COVID-19 impactó significativamente en las condiciones laborales y subjetivas del personal de salud en todos sus niveles. En el presente artículo, se analiza en particular el caso de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de la localidad bonaerense de Florencio Varela. A través de encuestas y entrevistas a profesionales, personal técnico y personal de apoyo de 16 centros de salud comunitaria, se identificaron, por un lado, factores de riesgo tales como escasas remuneraciones, falta de recursos humanos y materiales, extensas jornadas laborales, sobrecarga de trabajo y la percepción respecto a la falta de apoyo directivo, así como también, por otro, la importancia de la motivación intrínseca y el compañerismo como factores protectores. Se concluye con la recomendación de intervenciones orientadas a mejorar las condiciones laborales y promover su salud mental.

Palabras clave: Atención primaria de la salud, Pandemia de COVID-19, Desgaste laboral, Calidad de vida profesional, Burnout.

Abstract

The COVID-19 pandemic significantly impacted the working and subjective conditions of healthcare workers at all levels. This article specifically analyzes the case of primary healthcare workers in the Buenos Aires locality of Florencio Varela. Through surveys and interviews with professionals, technicians, and support staff from 16 community health centers, several risk factors were identified, such as low wages, lack of human and material resources, long working hours, work overload, and the perception of a lack of managerial support. On the other hand, the importance of intrinsic motivation and camaraderie as protective factors was also highlighted. The study concludes with a recommendation for interventions aimed at improving working conditions and promoting the mental health of these workers.

Keywords: Primary healthcare, COVID-19 pandemic, Occupational burnout, Quality of professional life, Burnout.

Resumo

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente as condições de trabalho e as dimensões subjetivas das pessoas que atuam na área da saúde em todos os níveis. Este artigo analisa especificamente o caso de quem trabalhou na atenção primária à saúde na localidade bonaerense de Florencio Varela. Por meio de pesquisas e entrevistas com profissionais, equipes técnicas e equipes de apoio de 16 centros de saúde comunitária, foram identificados, por um lado, fatores de risco como baixos salários, falta de recursos

humanos e materiais, longas jornadas de trabalho, sobrecarga laboral e a percepção de falta de apoio da gestão; por outro, destacou-se a importância da motivação intrínseca e do companheirismo como fatores de proteção. Conclui-se com a recomendação de intervenções voltadas a melhorar as condições de trabalho e promover a saúde mental das pessoas que integram os serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Pandemia de COVID-19, Esgotamento profissional, Qualidade de vida profissional, Burnout.



Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia^a



Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azul Macchi, Analía Elda Bertolotto y María Antonieta La Monica

A veces, la vida se comporta como un viento: desordena y arrasa.

Algo susurra pero no se le entiende.

A su paso todo peligra; hasta lo que tiene raíces.

Los edificios, por ejemplo, o las costumbres cotidianas.

[...] Y lo peor es que nadie sabe si, alguna vez, regresará la calma.¹

Contexto y propósitos del estudio

El cambio de siglo encontró a la Argentina inmersa en una profunda crisis que cuestionó a todas sus instituciones, incluidas las casas de altos estudios, ante una realidad social caracterizada por urgencias habitacionales, nutricionales y altos niveles de pobreza y desempleo. Tal contexto llevó a las universidades a revisar sus misiones institucionales, enfatizando el conocimiento profundo de las comunidades locales, fortaleciendo sus vínculos territoriales y jerarquizando su función social². Este artículo presenta un estudio realizado en los años 2021 y 2022 por el equipo docente investigador de la asignatura de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), en el marco de la Convocatoria “UNAJ Vincula 2020-2021” (Resolución interna N° 73/21). La investigación abordó el impacto de la pandemia de COVID-19 en quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela. Los hallazgos fueron presentados en el XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, realizado entre el 29 de noviembre y el 1º de diciembre de 2023 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA).



La pandemia de COVID-19 representó un desafío sin precedentes que evidenció la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios a nivel global y convocó a los equipos de investigación a abordar sus características y a estimar su impacto³. Los saberes hasta entonces expertos resultaron insuficientes para poder abordarla, y no sólo la población se vio compelida a resignificar su cotidianidad, modificando usos y costumbres, sino que además ciertas ocupaciones se vieron particularmente interpeladas. En la provincia de Buenos Aires, la declaración de emergencia sanitaria redefinió por decreto las profesiones vinculadas a la salud como “esenciales”, exigiendo una rápida adaptación de prácticas y políticas. En este contexto, quienes trabajaban en el primer nivel de atención tuvieron un papel central en la contención de la crisis. En el caso particular del municipio bonaerense de Florencio Varela, en el que se emplaza la UNAJ, el impacto sobre quienes prestan servicios sanitarios fue significativo, afectando tanto su bienestar personal como laboral, con elevados niveles de estrés y desgaste emocional.

Entendiendo al personal de salud como parte integrante de los grupos comunitarios en los que desarrolla sus actividades, y por tanto, atravesado por las mismas realidades sociales, culturales y económicas que la población asistida, nos propusimos explorar sus experiencias y vivencias. A través de fuentes de información directas en el territorio, buscamos comprender en qué condiciones dicho personal brindó cuidados a la comunidad durante la pandemia y, al mismo tiempo, indagar su percepción respecto al cuidado recibido hacia sí mismo por parte de sus superiores y autoridades. Junto a ello, también indagamos sobre su bienestar profesional, el desgaste emocional asociado a la tarea, los factores que fortalecen o debilitan su salud mental y las posibles estrategias para mejorar sus condiciones de trabajo.

Perspectivas conceptuales sobre trabajo, subjetividad y cuidados en salud

Christophe Dejours⁴ desarrolla una extensa crítica al paradigma de las ciencias aplicadas en los campos de la ergonomía, la psicología y la sociología del trabajo, señalando que éstas suelen concentrarse en la mera implementación, transformación o mejoramiento de situaciones problemáticas ya existentes, en lugar de abordar los aspectos subjetivos y las dinámicas de poder que frecuentemente causan entornos laborales alienantes. Propone entonces abordajes cuyo punto de partida sea “la primacía del terreno”, es decir, el análisis, descripción y comprensión de las conductas concretamente adoptadas por hombres y mujeres en situaciones reales. Desde tal perspectiva, al tiempo que queda de lado la consideración del trabajo en tanto ejecución más o menos degradada de conductas definidas a partir de perfiles profesionales o situaciones teóricas artificiales, abstractas o experimentales, se pasan a considerar los escenarios laborales como complejos entramados colectivos de poder, capaces de generar tanto conflicto como bienestar y en donde se destaca especialmente la importancia de las narrativas de las personas que trabajan sobre sus propias prácticas.

La consideración de la subjetividad de estas personas permite revelar diversas estrategias defensivas, entendidas en tanto mecanismos psíquicos que derivan en acciones y comportamientos que quienes trabajan emplean para preservar su salud mental frente a presiones, exigencias, temores y sufrimientos tanto laborales como ambientales. Dichas estrategias pueden ser individuales o colectivas, variando en efectividad de acuerdo al contexto y las características personales. Entre las individuales, se destaca el compromiso con la tarea, y entre las colectivas, la cooperación entre las personas.

En este contexto, la calidad de vida profesional refiere al equilibrio percibido entre las demandas o cargas laborales y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales disponibles para afrontarlas⁵. Por su parte, el anglicismo *burnout*, habitualmente traducido al castellano como “desgaste laboral”, describe un síndrome originado en la exposición prolongada al estrés laboral crónico, caracterizado por un desgaste físico, emocional y cognitivo que acarrea consecuencias negativas tanto para la persona como para la organización en la que se inserta⁶. Dejours incluye al *burnout*, junto a las adicciones y la muerte súbita (*karoshi*), dentro del grupo de las llamadas patologías ‘de sobrecarga’ del trabajo⁷. El desgaste laboral y la calidad de vida profesional actúan como indicadores clave para evaluar si en cada caso prevalece el sufrimiento laboral, producto tanto de la brecha entre las tareas asignadas y la posibilidad real de cumplirlas, como también del miedo y el riesgo que pudieran provocar, o si, por el contrario, el trabajo representa un ámbito propicio para elaborar la siempre inexorable insatisfacción vital de la existencia humana.⁸

Entre las emociones que el sufrimiento laboral puede producir, Christophe Dejours distingue a la angustia de la ansiedad, reservando el primer vocablo para aquellos conflictos que se despliegan exclusivamente dentro de los márgenes del mundo anímico, interior al sujeto, y remitiendo el segundo, la ansiedad, a los conflictos que pueden suscitarse entre el sujeto y la realidad exterior. Esta distinción resulta clave para analizar el impacto de la pandemia, en tanto la misma expuso a toda la humanidad a un peligro desconocido, ya que, en palabras del autor:

la ansiedad relativa al riesgo puede agrandarse notablemente por el desconocimiento de los límites exactos de este riesgo o por ignorancia respecto de los métodos de prevención eficaces. Coeficiente de multiplicación de la ansiedad, la ignorancia aumenta también el costo mental o psíquico del trabajo.⁹ (p.70)

En tal sentido, es necesario atender especialmente tres aspectos vinculados a las coordenadas subjetivas originadas por la pandemia:

1. Aunque las epidemias constituyen crisis previsibles dentro del sector de la salud, las pandemias son eventos excepcionales, difíciles de anticipar, que encuentran a los sujetos sin estrategias defensivas preparadas para afrontarlos.

2. El SARS-CoV-2 resultó ser un virus nuevo y mutable, cuyas sucesivas variantes renovaron constantemente la incertidumbre sobre sus mecanismos de transmisión y comportamiento.

3. El riesgo generado por la pandemia no sólo fue inesperado en cuanto a su duración, sino también incierto respecto a su posible finalización.

Tales coordenadas subjetivas exigieron un gran esfuerzo psíquico por parte de las personas que trabajaban en salud, que debieron afrontar, no siempre con éxito, la angustia y ansiedad ante lo desconocido, las cuales no sólo tuvieron la potencialidad de afectar sus subjetividades sino también la calidad asistencial brindada a la comunidad.

Caracterización del territorio y su red de atención

El partido de Florencio Varela se encuentra a 25 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tiene una superficie total de 190 km², con más del 50% constituida por zonas rurales. Administrativamente integra, junto a otros ocho municipios, la Región Sanitaria VI de la provincia. Según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)¹⁰, su población asciende a 497.818 habitantes y cuenta con una densidad poblacional de 2.621,5 hab/km².

Con la desafiante meta de cubrir desde los cuidados más elementales hasta la más compleja atención en salud de su población, Florencio Varela contaba ya desde antes de la pandemia con dos hospitales, una Unidad de Pronta Atención (UPA), un Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) y 39 centros de salud comunitaria. En cuanto a los dos hospitales, cabe señalar, por un lado, que mientras uno constituye un efector del tercer nivel de atención en salud, a saber, el Hospital de Alta Complejidad Médica “El Cruce Néstor Carlos Kirchner”, el otro constituye un efector del segundo nivel, a saber, el Hospital General de Agudos “Mi Pueblo”. Por otro lado, con el inicio de la pandemia, se sumó a estos dos anteriores un tercer efector, el Hospital Modular de Emergencias, de uso exclusivo para pacientes con coronavirus. Los 39 centros municipales incluyen 37 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), gestionados exclusivamente por el Área de Salud municipal, y 2 Centros de Integración Comunitaria (CIC), donde confluyen acciones del Área de Salud y Desarrollo Social. Dentro del Área de Salud así conformada, los 39 centros brindan servicios esenciales de atención, prevención y promoción de la salud, tales como gestión de emergencias, testeos de VIH e ITS, distribución gratuita de métodos anticonceptivos, campañas educativas en preventión de adicciones y violencia, promoción de derechos comunitarios, así como, desde el inicio de la pandemia en más, acciones específicas frente al coronavirus.

Es importante destacar que los centros de salud poseen diferencias en organización, estructura y funcionamiento debido a las características específicas de los grupos co-

munitarios a los que asisten. En función de ello, para mejorar la gestión, el municipio divide el territorio en tres grandes áreas, una rural y dos urbanas, cada una de las cuales cuenta con 13 centros de salud, dirigidas por equipos con coordinaciones administrativas propias. Además, cada centro cuenta con una persona referente (cargo no concursado) o una jefatura (cargo concursado). Las direcciones de estas tres áreas se agrupan bajo una dirección general dependiente de la Subsecretaría de Salud municipal.

Diseño de la indagación y recorrido de campo

Se llevó a cabo un estudio descriptivo exploratorio con enfoque mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos, mediante un diseño transversal y un muestreo por conveniencia. Participaron autoridades municipales, referentes y personal del primer nivel de atención en salud perteneciente a 16 CAPS y CIC del municipio, sin distinción del régimen de contratación (planta permanente, temporaria o servicios contratados) ni función desempeñada (profesionales, personal administrativo, técnico, de limpieza o mantenimiento). La recolección de datos se realizó entre junio de 2021 y mayo de 2022.

Para obtener los avales institucionales y recabar información clave se entrevistó, en forma separada, en dos ocasiones al Secretario de Salud municipal y en una a la referente de Docencia e Investigación, con quien posteriormente se sostuvo una comunicación fluida. Estas entrevistas exploraron en profundidad las funciones específicas de las autoridades, las características generales del sistema sanitario, el contexto sociopolítico, particularidades de las tres áreas territoriales, la estructura organizativa municipal y la percepción institucional sobre las fuentes de bienestar y malestar laboral del personal sanitario durante la pandemia, así como las acciones desarrolladas desde la gestión en ese período.

A partir de esos avales y la información obtenida, se elaboró una planilla de cálculo con un listado exhaustivo de todos los centros de salud del municipio, incluyendo datos como dirección postal, correo electrónico, teléfono y persona a cargo. Posteriormente, se realizaron comunicaciones telefónicas y enviaron notas de presentación a autoridades y referentes, seguidas por visitas presenciales a fines de promover la participación. Para ello, el equipo investigador confeccionó materiales audiovisuales (videos y PowerPoints) que presentaban el proyecto. Los mismos fueron posteriormente difundidos por quienes estaban a cargo de los centros de salud mediante WhatsApp y correo electrónico a la totalidad del personal sanitario.

La recolección de datos se efectuó mediante dos estrategias diferenciadas: entrevistas semiestructuradas (presenciales y virtuales), manteniendo el anonimato, a 4 referentes clave de cuatro distintos centros de salud (quienes cumplían funciones de jefatura) y encuestas estructuradas autoadministradas a 25 personas que trabajaban en el primer nivel de los dieciséis centros participantes, a quienes les fue administrada una batería de instrumentos de diagnóstico estructurado. Se solicitó consentimiento informado en



todos los casos, de forma escrita en las entrevistas semiestructuradas y mediante aceptación virtual en las encuestas estructuradas. Si bien las consignas utilizadas en las entrevistas semiestructuradas y los ítems de los instrumentos de diagnóstico estructurado responden a diferentes enfoques conceptuales y semánticos, la decisión de implementar ambos en esta exploración se fundamentó en dos razones principales. Por un lado, la familiaridad del equipo de investigación con esta metodología combinada y su experiencia previa con su aplicación. Por otro, la constatación de que dicho abordaje, aun cuando produce hallazgos disímiles, permite la aproximación desde diversas perspectivas a fenómenos complejos como los aquí estudiados.

Las entrevistas semiestructuradas a informantes clave, con cargos de jefatura o funciones en tantos referentes de los centros, combinaron preguntas previamente diseñadas con otras surgidas espontáneamente durante los encuentros. El objetivo fue conocer las percepciones sobre bienestar o malestar laboral general, con énfasis particular en el contexto pandémico.

Las 25 encuestas al personal también fueron de carácter anónimo y en cada una de ellas se utilizaron tres instrumentos de diagnóstico estructurado, previamente adaptados por el equipo investigador a formularios de Google: la versión homologada para Hispanoamérica del Maslach Burnout Inventory (MBI)¹¹, que evalúa cuantitativamente el síndrome de *burnout* mediante la presencia e intensidad de tres factores o subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal); el Cuestionario de Valores y Satisfacciones Laborales en su versión de 35 ítems (CVP-35)¹², compuesto por preguntas cerradas que exploran tres diversas dimensiones (apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca); y un cuestionario diseñado *ad hoc* por el equipo investigador, que incluyó preguntas sociodemográficas e ítems de percepción o impacto subjetivo.

Principales hallazgos

El material obtenido fue analizado mediante diversas estrategias. Por un lado, las narrativas surgidas de las entrevistas a autoridades y referentes fueron sometidas a un análisis de contenido en el que se identificaron temas recurrentes y patrones significativos. Por otro, se utilizaron métodos estadísticos descriptivos para analizar los datos cualitativos y cuantitativos arrojados por los instrumentos de diagnóstico estructurado, relativos al impacto de la pandemia sobre el conjunto del personal sanitario.

Los testimonios revelaron que la pandemia se asentó sobre una base preexistente de condiciones laborales precarias, caracterizadas por bajos salarios, jornadas extensas, escasez de recursos humanos y carencias materiales. Entre estas últimas se señalaron tanto deficiencias de infraestructura edilicia como falta de recursos tan elementales como personal de limpieza, servicio de telefonía o conexión a internet. En relación con las remu-

neraciones, se señaló: “*Los sueldos son muy bajos. Cobramos la mitad de lo que cobra un médico que trabaja en el hospital. Acá el sueldo de un profesional está por debajo de la línea de pobreza y el de los administrativos de la de indigencia*”. Respecto a la insuficiencia de recursos, el personal refirió: “*Yo pongo recursos propios; desde los muebles de mi casa hasta mi vehículo particular*”. Si bien las autoridades municipales destacaron acciones orientadas a mejorar estas condiciones, como la construcción de cuatro nuevos centros de salud o la incorporación de desfibriladores automáticos en cada uno de los centros, la percepción del personal subrayó un déficit crónico de insumos y soportes básicos.

Fue sobre esas condiciones de base, que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) dispuesto por el Gobierno Nacional el 19 de marzo de 2020 a través del Decreto Presidencial 297/2020 para evitar la circulación y el contagio del coronavirus, impuso una nueva lógica de funcionamiento, obligando al cierre de algunos centros y la reconfiguración operativa de otros. Aunque la cantidad de prestaciones habituales disminuyó notablemente, los centros que continuaron abiertos recibieron nuevas y diversas demandas: las de personas provenientes de territorios pertenecientes a otras áreas programáticas, cuyos centros habían cerrado; las de pacientes cuyas obras sociales habían suspendido los tratamientos, como ser el caso de los embarazos, por lo que acudían al sistema público local para recibir atención; y las de personas provenientes de efectores del segundo nivel, como casos en que se otorgaba el alta hospitalaria a personas recién nacidas, que acudían a los centros de salud para los controles rutinarios, a fin de no tener que trasladarse demasiado lejos de sus hogares.

Frente a ello, por un lado, oficialmente se adoptaron decisiones programáticas como la suspensión de turnos para seguimiento de enfermedades crónicas, propiciando la existencia de una gran magnitud de consultas que quedaban postergadas en forma indefinida, así como la limitación de controles de ‘niño sano’, priorizando urgencias y operativos de detección de COVID-19. Pero, por otro lado, lo cierto es que extraoficialmente los centros funcionaron como espacios de contención emocional a los que la población acudía para disipar dudas y temores, confrontando al personal con preguntas cuyas respuestas desconocían: “*Ahí es donde aparecía nuestra angustia* -refirió una de las personas entrevistadas- *porque la gente esperaba que sepamos todo, cuando había muchas cosas que no sabíamos*”. Incluso conscientes de su nueva función de soporte emocional, en ocasiones, según sus propias palabras, se quedaban sin más recursos que decirles “que la vida continuaba”. Esta vivencia confirma lo señalado previamente en relación a que la ansiedad frente al riesgo se amplifica en quienes trabajan cuando faltan conocimientos claros y métodos de prevención eficaces, incrementándose el costo psíquico del trabajo.⁹

Esas decisiones programáticas llevaron también a que la mayoría de los centros de salud fueran preparados casi exclusivamente para la atención de población con coronavirus y, a partir de ello, los efectores fueran divididos, siempre de acuerdo a los testimonios recolectados, entre “limpios” y “sucios”, en función de si la autoridad municipal decidía

que contaran o no con dispositivos específicos para la atención de personas infectadas. En los centros “sucios” se instalaron consultorios de aislamiento con mobiliario reducido al mínimo indispensable, al tiempo que se produjo una considerable reducción de personal, debido a que se otorgaron licencias a quienes padecían enfermedades crónicas o convivían con personas de riesgo; se organizaron guardias, que al principio consistieron en el armado de “burbujas” conformadas por una persona del plantel administrativo y una del plantel de enfermería; y hubo personal que, por temor al contagio, se negó a continuar con sus tareas. En cuanto al modo en que afrontaron esas circunstancias, una de las personas referentes entrevistadas, relató: “*Nuestro equipo quedó reducido a la mitad. Yo hacía de todo: ocupaba la jefatura, me encargaba de asuntos administrativos, atendía al público y entregaba medicamentos*”, a lo que agregó: “*Las únicas causas por las que un trabajador de la salud podía licenciarse eran las relacionadas al contagio del COVID; no nos permitían sacarnos carpeta por estar tristes*”. Estos relatos muestran cómo la organización del trabajo, al desconocer el sufrimiento psíquico, puede transformarse en un factor patógeno^{9,13}. Es importante señalar, además, que aún cuando los hisopados y vacunaciones estaban a cargo de los centros “sucios”, cada vez que un caso sospechoso llegaba a uno “limpio” también era atendido, debiendo aplicarse protocolos “estresantes” -en palabras de las personas entrevistadas-, de despeje y limpieza del sitio, uso de mamelucos y otros elementos de cuidado personal.

Desde la perspectiva subjetiva, la angustia del personal de salud antes referida se manifestó directa o indirectamente, a través de subrogados como el miedo y la ansiedad. El temor atravesó todas las entrevistas tanto de autoridades municipales como de referentes de los centros sanitarios. Una autoridad, por ejemplo, expresó: “*Hubo que transitar los miedos y organizar los centros de aislamiento. En un momento, estábamos organizando un centro y el responsable se enfermó y murió; y yo me pregunté ‘qué me quedaba a mí’*”. Entre quienes ejercieron jefaturas o funcionaron como referentes, por su parte, se relató: “*Al principio las personas estaban muy susceptibles ante el peligro, el cual, para colmo de males, estaba amplificado por un montón de fantasías personales. Teníamos mucho miedo de llevar el virus a casa. Un día, antes de salir a trabajar, fui y me despedí de mi familia*”; o “*Mi hijo es enfermero y trabaja en el mismo centro de salud que yo; muchas veces lo he tenido que mandar a atender alguna consulta con riesgo de contagio y sentía que lo estaba mandando al matadero*”. Desde la psicodinámica del trabajo, estos testimonios revelan cómo la angustia y la ansiedad se intensificaron en un contexto de incertidumbre prolongada, amenazando tanto la salud mental individual como la cohesión de los equipos.⁹

Para inicios de 2021 casi todo el personal de salud del municipio contaba con dos dosis de vacuna aplicadas. Sin embargo, en palabras de las distintas personas referentes entrevistadas: “*El año 2021, en marzo, fue peor que el 2020. Estábamos transitando la segunda ola, se relajaron los cuidados y explotaron los casos. Hubo muchos vecinos muertos*”; “*Uno de los sucesos más tristes que recuerdo es la cantidad de personas fallecidas que antes participaban de los talleres que se brindaban en el centro. En el retorno a la presen-*



cialidad fue devastador ver la cantidad de sillas vacías". Pero a pesar del agotamiento físico y la siempre latente posibilidad de licenciarse, el personal entrevistado afirmó haber "entendido que tenían que estar" en sus lugares de trabajo debido a su "compromiso para con la comunidad".

Al consultárseles, quienes eran referentes de los centros de salud o ejercieron funciones de jefatura, percibieron un apoyo insuficiente por parte de sus superiores, es decir las autoridades municipales. Al respecto señalaron: "*Nos sentíamos sobreexigidos, tratados como una máquina que no podía decir que no*". No obstante, emergieron también relatos de fortalecimiento del compañerismo, que funcionó como defensa colectiva frente al sufrimiento y ayudó a mejorar el clima laboral: "*El centro -dijo una de las personas entrevistadas- ha ganado en consolidar el trabajo en forma conjunta. Almuerzos y cumpleaños han contribuido a amalgamar a las personas, establecer conexiones, desarrollar canales de comunicación y propender al desarrollo de una identidad y confianza hasta el momento inexistente o escasa. Nos manejamos como una familia. Era mucho el compromiso de sostener, de estar en la trinchera, tratar de que la jornada laboral sea amena*". Estos relatos dan cuenta, por un lado, de que la cooperación puede actuar como un mecanismo de defensa eficaz, capaz de transformar el sufrimiento en acción colectiva, y por otro, que pese a las condiciones adversas, el compromiso con la tarea y los vínculos solidarios contribuyeron a sostener el trabajo¹³. Siempre de acuerdo a sus dichos, también descubrieron, por esa vía, que "se habían acostumbrado a bancarse las deficientes condiciones laborales en las que cotidianamente desarrollaban su trabajo", a lo cual exemplificaron en los siguientes términos: "*Trabajamos sin espacios adecuados, sin agua, sin luz, sin insumos de limpieza; vamos a trabajar estando mal de salud*". E incluso relataron ocasiones en las que "habían sentido vergüenza de enfermarse", y a causa de ello, no poder asistir a sus puestos de trabajo.

Un último hallazgo cualitativamente significativo fue que, en contexto de pandemia, tanto referentes como quienes ejercieron la jefatura de los centros de salud, por momentos se encontraron frente a la circunstancia de tener que responder, por un lado, a las directivas que llegaban desde las autoridades municipales, y por otro lado al mismo tiempo a las demandas de sus pares y del personal a cargo, las cuales en ocasiones se contraponían a las primeras, a raíz de lo cual experimentaron una singular sensación de desamparo por parte de sus superiores.

Respecto a los datos cualitativos y cuantitativos recolectados por los instrumentos de diagnóstico estructurado, cabe señalar, en primer lugar, que del cuestionario general diseñado por el equipo investigador se desprende que de la totalidad de la muestra ($N = 25$), 20 (80%) de las personas encuestadas fueron mujeres y 5 (20%) varones. En cuanto al área de pertenencia, 1 de estas personas se desempeñaba en el campo de la psicología social; 1 en terapia en adicciones; 1 en limpieza; 1 se identificó como "becaria de CONICET", por lo que su función no pudo discernirse con precisión; 2 en obstetricia; 2 en

pediatría; 2 en el sector administrativo; 3 en medicina general; 3 en trabajo social; 4 en psicología; y 5 en enfermería.

Al ser consultado el personal sobre los sentimientos predominantes durante la pandemia mediante una lista de 15 opciones más una alternativa abierta, en la cual el personal podía seleccionar la cantidad que quisiera, los sentimientos negativos más destacados fueron el agotamiento mental, el agotamiento físico y la ansiedad, mientras que entre los sentimientos positivos sobresalió, aunque en menor magnitud que la de los anteriores, una mayor valoración de su trabajo por parte de terceros. Entre las variables que completaron la escala pero mostraron poca prevalencia, se incluyeron: angustia; miedo; distanciamiento afectivo; malestar físico; tristeza; sentimiento de ser valorada/o; sentimiento de heroicidad; indiferencia; tedio; irritación; deseos de cambiar de trabajo.

En cuanto a si las personas entrevistadas pudieron o no haberse sentido sobrepasadas por la tarea durante la pandemia y en qué magnitud, en una escala que incluyó las variables ‘nada’, ‘algo’, ‘bastante’ y ‘mucho’, una mayoría (16 participantes; 64%) contestó haber experimentado ‘mucho’ esa sensación.

En relación con el impacto general de la pandemia sobre su ámbito laboral, el mismo resultó ser ‘mucho’ (11 participantes; 44%) o ‘bastante’ (10 participantes; 40%) para la mayoría de las personas encuestadas, mientras que 4 participantes (16%) lo consideraron ‘nulo’ o ‘algo’. En cuanto a su carácter, dicho impacto fue negativo para 16 participantes (64%) (entre las variables ‘algo desfavorable’ y ‘muy desfavorable’), positivo para 7 participantes (28%) (entre las variables ‘algo favorable’ y ‘muy favorable’), y nulo para 2 participantes (8%) de la muestra.

Finalmente, frente a la pregunta por la cuantía del sentimiento de vulnerabilidad experimentado durante la pandemia en una escala de 0 a 10 (0 = ‘nada’, 10 = ‘mucho’), 19 participantes (76%) lo calificaron con valores entre 5 y 9.

Sobre los resultados obtenidos mediante el cuestionario MBI cabe señalar, en primer término, que en la subescala de Agotamiento Emocional (AE), que refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales, la mayoría (17 participantes; 68%) presentó un nivel medio a alto en intensidad (Figura 1). En cuanto a la frecuencia de este sentimiento, 12 participantes (48%) lo experimentaron todos los días o varias veces por semana y 2 participantes (8%) una vez por semana, redundando en que 14 de los 25 casos (56%) sintieron agotamiento emocional al menos una vez a la semana.

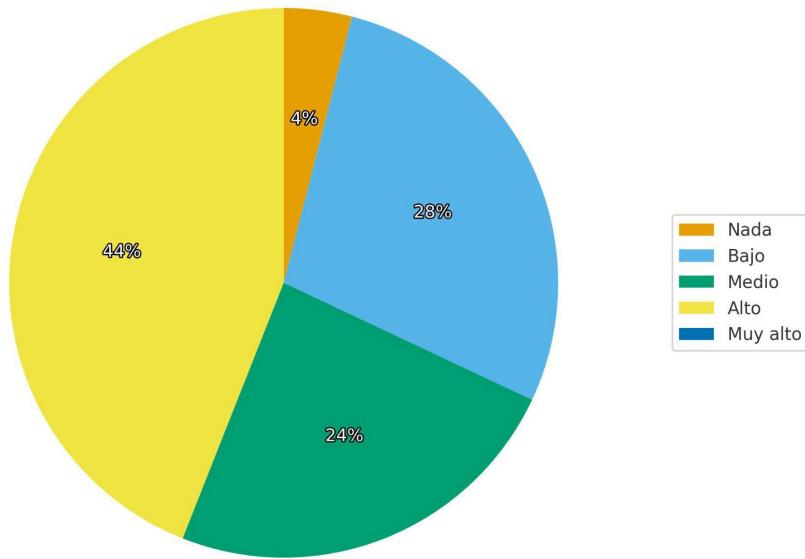


Figura 1. Agotamiento emocional percibido por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En segundo término, la subescala de Despersonalización (D), que refiere a intervenciones impersonales e insensibles hacia pacientes, mostró que casi la mitad del personal (11 participantes; 44%) experimentó un nivel bajo de despersonalización, mientras que un tercio (8 participantes; 32%) refirió no haber sufrido despersonalización alguna y dos minorías (3 participantes; 12% cada una) señalaron haberla experimentado en niveles medio y alto respectivamente (Figura 2). En conjunto, 19 de los 25 casos (76%) manifestaron niveles bajos o nulos de despersonalización, lo que indica que la mayoría mantuvo una adecuada distancia emocional y un apropiado nivel de empatía hacia sus pacientes (Figura 2).

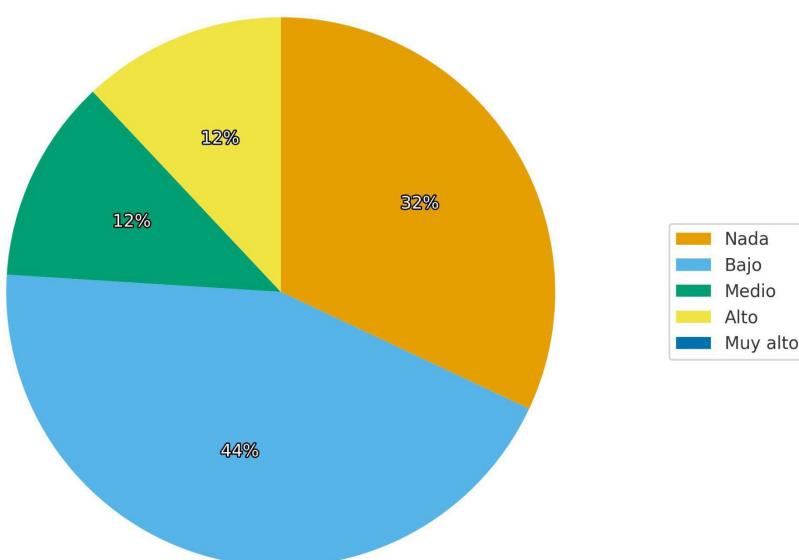


Figura 2. Despersonalización percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En tercer término, respecto a la subescala de Realización Personal (RP), atinente a sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, los resultados mostraron una distribución heterogénea: 7 participantes (28%) presentaron niveles altos, otros 7 (28%) niveles medios, 6 (24%) niveles muy altos y los 5 restantes (20%) reportaron niveles bajos (Figura 3).

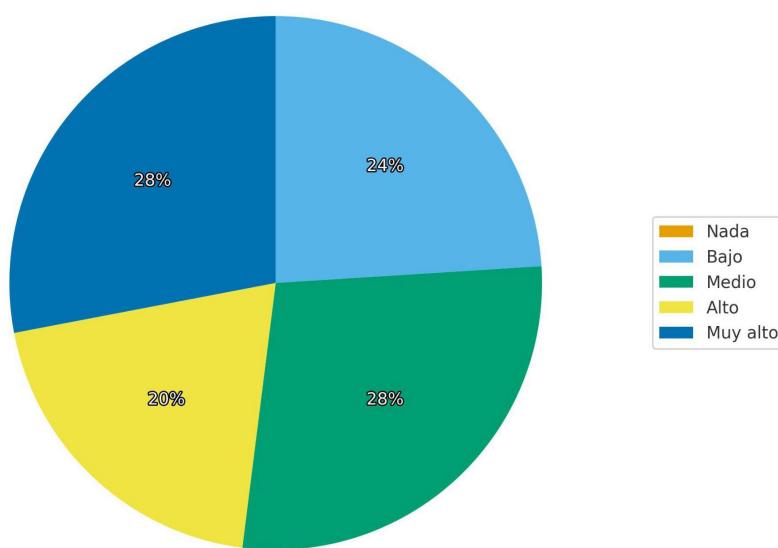


Figura 3. Realización personal percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

Como lectura general de los hallazgos por medio del MBI, puede señalarse que más de la mitad de las personas encuestadas mostraron indicios de haber experimentado un alto grado de agotamiento emocional. Al mismo tiempo, una mitad del total experimentó sentimientos de realización personal en un grado entre alto y muy alto, mientras la otra mitad lo sintió en un grado entre medio y bajo, todo lo cual indicaría la existencia de un nivel de *burnout* merecedor de atención. Sin embargo, y quizás en tanto amortiguador del mismo, cabe también reparar en el hecho de que la despersonalización ha sido muy baja para la mayoría de los casos.

En cuanto a los resultados del CVP-35 cabe señalar, en primer término, que la dimensión Apoyo Directivo, que refiere al soporte emocional brindado por directivos hacia el personal, indicó que mientras más de la mitad de las personas encuestadas (14 participantes; 56%) percibieron un apoyo por parte de sus superiores durante la pandemia al que calificaron como de ‘bastante’, un poco menos de la mitad (10 participantes; 40%) lo calificó de ‘algo’ y 1 persona (4%) no se sintió apoyada en absoluto (Figura 4).

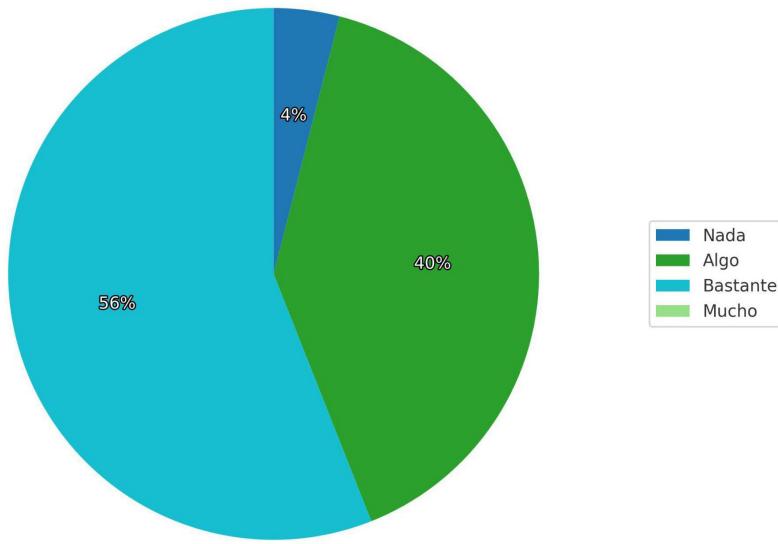


Figura 4. Apoyo directivo percibido por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En segundo término, la dimensión de Carga de Trabajo, que refiere a la percepción por parte de las personas encuestadas sobre las demandas de sus respectivos puestos de trabajo, mostró que mientras que para una mayoría (15 participantes; 60%) la misma resultó ‘bastante’, para poco más de un cuarto (7 participantes; 28%) fue ‘algo’ y para dos minorías fue ‘mucho’ (2 participantes; 8%) y ‘nula’ (1 participante; 4%) respectivamente (Figura 5). En conjunto, la mayoría (17 de los 25 casos; 68%) sintió que la carga de trabajo fue elevada (entre ‘bastante’ y ‘mucho’).

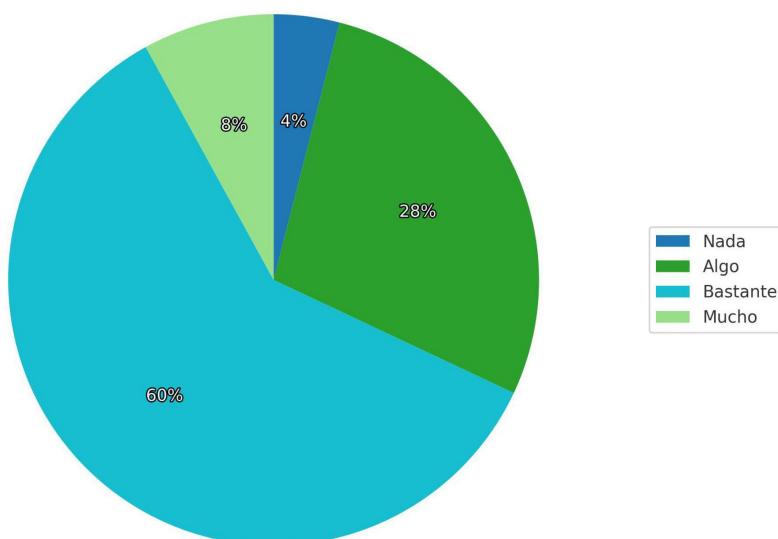


Figura 5. Carga de trabajo percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En tercer término, la dimensión relativa a la Motivación Intrínseca, que refiere al grado de satisfacción personal que una persona obtiene en el trabajo, mostró que para la mayoría de los casos (14 participantes; 56%) ha sido ‘bastante’, para poco más de un tercio (9 participantes; 36%) ha sido ‘mucho’ y para una minoría (2 participantes; 8%) ha sido ‘algo’ (Figura 6), lo que indica que, a pesar de las dificultades, una inmensa mayoría (23 de los 25 casos; 92%) ha mantenido una fuerte motivación hacia sus tareas.

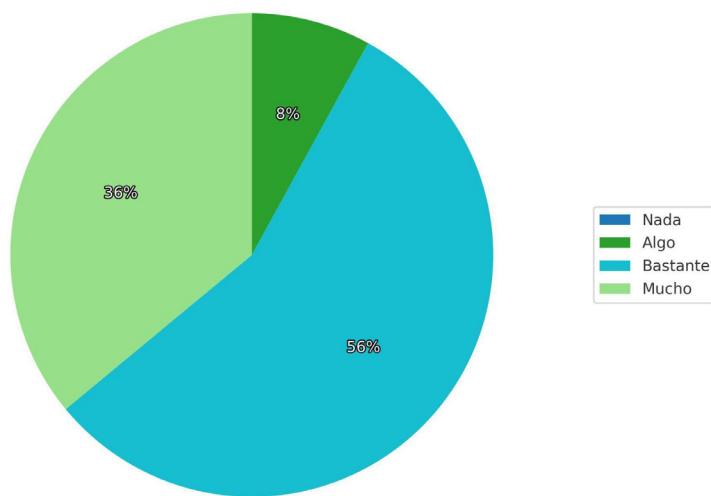


Figura 6. Motivación intrínseca percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

Finalmente, la dimensión Calidad de Vida Profesional Global fue calificada por más de la mitad de las personas encuestadas (14 participantes; 56%) como ‘bastante’ adecuada, mientras que 7 participantes (28%) la consideraron moderada (‘algo’), 3 participantes (12%) la calificaron como muy elevada (‘mucho’) o 1 participante (4%) indicó haber contado con una calidad de vida profesional nula (Figura 7).

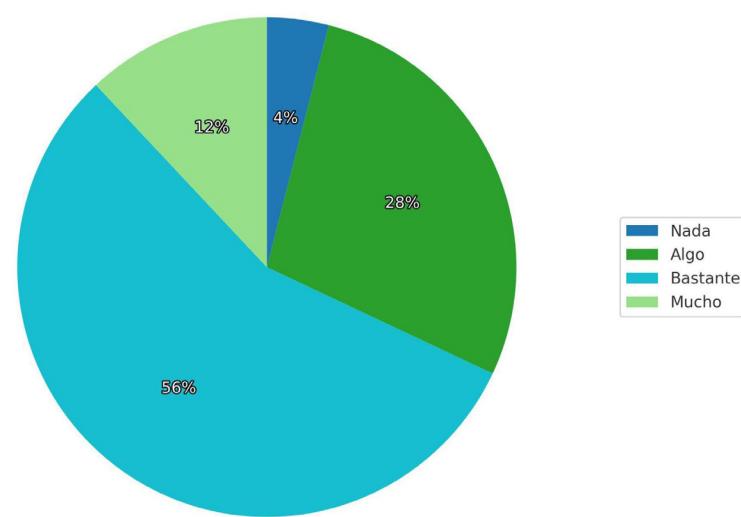


Figura 7. Calidad de vida profesional global experimentada por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

Conclusiones

La investigación reveló que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto predominante-mente negativo en la subjetividad del personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela, exacerbando condiciones laborales y emocionales preeexistentes. Más de la mitad de las personas participantes refirieron haber experimentado sentimientos de vulnerabilidad, síntomas de *burnout* y un considerable desmejoramiento de su calidad de vida profesional.

La recolección de datos mediante los instrumentos de diagnóstico estructurado mostró que casi la mitad del personal percibió insuficiente apoyo directivo (entre ‘nada’ y ‘algo’ en el CVP-35). Las entrevistas a referentes de los centros de salud no sólo confirmaron esta misma percepción de su parte (desamparo por parte de sus superiores), sino que además evidenciaron un sufrimiento suplementario, derivado de la doble presión relativa a tener que responder simultáneamente a las demandas de las autoridades municipales y a las necesidades del personal a su cargo, las cuales en ocasiones resultaban contrapuestas. En tal sentido, cabe hacer la salvedad de que, si bien es posible que tales circunstancias constituyan una característica intrínseca a dichos cargos intermedios, todo pareciera indicar que la misma se vio acrecentada por la coyuntura, originando nodos de tensión estructural capaces de potenciar el desgaste psíquico cuando no se generan espacios de sostén.

El análisis también evidenció la percepción por parte tanto del personal como de quienes estaban al frente de los centros de salud de una elevada carga laboral, marcada por jornadas extensas, remuneraciones insuficientes y multitareas originadas en la reducción del personal. No obstante, tanto los resultados de las entrevistas semiestructuradas como los de los instrumentos de diagnóstico estructurado sugieren que, entre las personas que trabajaron durante la pandemia en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela, la motivación intrínseca y los lazos de compañerismo operaron como factores protectores frente al riesgo y al estrés generado por la organización laboral, permitiendo compensar parcialmente la carga de trabajo y la insuficiencia de apoyo directivo percibida y logrando que el estrés no resultara dominante en cuanto a la percepción de la calidad de vida profesional global, calificada por el personal como ‘bastante satisfactoria’. Vale decir que la cooperación y el compromiso habrían funcionado como mecanismos capaces de transformar el malestar en acción sostenida, posibilitando la continuidad de la tarea incluso en condiciones críticas.^{9,13}

Respecto a esto último, también es importante destacar que en el MBI, aunque se registraron niveles significativos de *burnout*, los resultados mostraron una baja despersonalización, lo que indica que la mayoría del personal preservó un vínculo empático con la población asistida. Este hallazgo muestra que, además de lo anterior, las defensas colectivas y la solidaridad pueden también proteger la dimensión ética de la práctica profesional.



En conjunto, y a modo de síntesis, la triangulación de la información obtenida mediante los distintos instrumentos de recolección de datos administrados a autoridades municipales, referentes de centros de atención primaria y personal de salud evidenció, por un lado, que los principales factores de riesgo percibidos para la salud mental, preexistentes a la pandemia y en muchos casos intensificados durante ésta en el primer nivel de atención local, fueron las escasas remuneraciones, el déficit de recursos humanos y materiales, las jornadas laborales extensas, las elevadas cargas de trabajo y el insuficiente apoyo directivo percibido. Con la pandemia se sumaron, además, la incertidumbre y el temor vinculados al riesgo real que representó la aparición del SARS-CoV-2. Por otro lado, se observó que, a pesar de estas condiciones adversas, el compañerismo y la motivación intrínseca emergieron como factores protectores capaces de configurar nuevas formas de cooperación y de sostén subjetivo.

De estos hallazgos se desprende la necesidad de avanzar en políticas públicas que fortalezcan el sistema de salud local no sólo en sus aspectos estructurales (recursos humanos, salarios, insumos, infraestructura), sino también en el cuidado del personal. Se propone, en este sentido, implementar programas de apoyo psicosocial y organizacional, tales como talleres o grupos de reflexión en el horario laboral, que tomen al equipo de salud mismo como sujeto de intervención y funcionen tanto como espacios de elaboración de las secuelas emocionales de la pandemia como de los estresores habituales de la tarea, propiciando comunidades de pertenencia capaces de oponer la cooperación, conservación, transmisión y evolución de saberes productivos a las tareas estereotipadas, desestructurantes y potencialmente patógenas de las organizaciones del trabajo.¹³

Recuperando una última vez la palabra de las personas entrevistadas, concluimos que: “*si no aprendemos de esta experiencia, la próxima crisis nos va a agarrar en iguales o peores condiciones*”. En consonancia con ello, y volviendo a las reflexiones iniciales sobre la función social de la universidad, se espera que los hallazgos producidos en el presente estudio contribuyan al fortalecimiento de vínculos territoriales y a la generación de conocimiento situado, riguroso y orientado a mejorar las condiciones de vida de las comunidades locales.

Bibliografía

1. Bodoc L. *Amigos por el viento*. Buenos Aires: Alfaguara; 2017.
2. Universidad Nacional Arturo Jauretche. *Proyecto Institucional* [Internet]. [citado 2025 Sep 2]. Disponible en: https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2024/06/Proyecto_Institucional_UNAJ.pdf
3. Ferrán MB, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin*. 2021;31(Suppl 1):S35-9.
4. Dejours C. *El factor humano*. Trabajo y Sociedad - PIETTE/CONICET - Lumen/ Humanitas; 1998.
5. Fernández AJM, Gutiérrez-Castaneda C, González FJC, Vílchez DC. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Aten Primaria*. 2016;48(5):301-7.
6. Moreno-Jiménez B, Oliver C, Aragoneses A. El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE, editores. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 271-84.
7. Dejours C. *El sufrimiento en el trabajo*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial; 2015.
8. Freud S. *El malestar en la cultura*. En: *Obras Completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1929 [1995].
9. Dejours C, Gernet I. *Psicopatología del trabajo*. Trabajo y Sociedad. Ceit/Conicet; 2014.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Buenos Aires: INDEC; 2023 [citado 2025 Mar 26]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
11. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Inventario de Burnout de Maslach*. Adaptación al español por Seisdedos N. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
12. Martínez OJ. *CVP-35: Cuestionario de Valores y Satisfacciones Laborales*. Buenos Aires: Paidós; 2005.
13. Dejours C. *El sufrimiento en el trabajo*. Vol. 42. Buenos Aires: Topía Editorial; 2020.