

NOTA DE OPINIÓN

► **CONDICIONES LABORALES SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LOS PROFESIONALES Y SUS IMPLICANCIAS EN LOS ENFERMOS**

AUTOR:
DR. ADOLFO SAADIA*

Correspondencia: asaa@speedy.com.ar

Esta nota tiene como objetivo realizar un análisis crítico, no solo de las condiciones laborales de los profesionales en relación a su salud, sino también, en la repercusión de éstas en la atención de los enfermos. No debe considerarse solamente como una crítica válida, sino también como un elemento de valor para encontrar y presentar soluciones, sin lo cual este escrito quedaría en solamente una crítica con poca eficacia.

Básicamente esta nota es en una síntesis de la reunión organizada por la **Sociedad Argentina de Medicina Antropológica, coordinada por mí, la cuál fue realizada en la Asociación Médica Argentina el día 13 de mayo de 2013.**

Dicha reunión se basó en la siguiente pregunta: ¿posee el trabajador las capacidades psicofísicas necesarias para responder a condiciones de trabajo adecuadas, desde el punto de vista de su salud y de la salud de los enfermos?

Este análisis es desarrollado por diferentes profesionales del ámbito de la salud, un **Kinesiólogo-Fisiatra, el Licenciado Leonardo Mensi; un Residente del Hospital de Clínicas de la UBA; el Dr. Nicolás S. Gutiérrez de la Cárcova, Médico de la Universidad de Buenos Aires, cursando el final del segundo año de la residencia y el Dr. Jose L. Escudero, Médico Sanitarista y Sociólogo.**

MARCO REFERENCIAL

Es necesario destacar que el gasto actual en salud en Argentina en consumo de medicamentos representa el 32% del costo total de gastos y los tratamientos medicamentosos son orientados a la enfermedad, lo más rentable en el concepto de economía de mercado.

Tomando el punto de vista laboral del médico, en un análisis somero, no puede haber una conducta racional cuando existe fatiga, agotamiento en grado extremo y en consecuencia, los niveles de atención no son normales.

En relación con estos conceptos es característico como este tema es analizado desde hace mucho tiempo por los diferentes sectores de la medicina; en la revista Br. Med. J. 229, Murray A. et al –hace más de 30 años–, publicó un trabajo muy significativo que en sus conclusiones decía: *“...si se aplicasen las mismas normas de seguridad para los anestesiólogos que las que rigen en la aviación civil, convendría emplear 26 profesionales médicos en lugar de 6, en esa proporción. El promedio mínimo de horas de trabajo que consideraban era de 48 o de 72 con un máximo de 112 hs. semanales. Estas normas de seguridad en la aviación se basan en las condiciones psicofísicas de los pilotos con controles semestrales o anuales respecto a horarios máximos de vuelo, fatiga y las condiciones ergo-*

* Miembro Emérito CACCV / Miembro Comité Editor de la Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular

nómicas, entre los factores más importantes.”

Hay una correspondencia directa entre estos parámetros estudiados y los accidentes por errores ocurridos en la aviación y si trasladamos estos conceptos a los médicos es necesario analizar lo siguiente: un hecho primordial sería desplazar el foco del costo monetario, menores costos por lucro, para garantizar la seguridad de los pacientes, pues como ejemplo, se puede mencionar que la fatiga de los profesionales y mortalidad de los enfermos aumenta cuando se reduce el personal de enfermería y aumentan también en forma manifiesta el trabajo y las responsabilidades; el enfoque debería pasar del ahorro de los costos a prevalecer la seguridad-salud del personal médico.

En síntesis, no puede haber una conducta racional cuando existen fatiga, agotamiento en grado extremo y los niveles de atención no son normales, pues la relación médico-paciente es habitual que se quiebre por un trato inadecuado o por falta de atención en los relatos y errores durante los diagnósticos y los tratamientos.

EN RELACIÓN A “CONDICIONES LABORALES DEL EQUIPO DE SALUD Y SUS REPERCUSIONES EN LOS PACIENTES EN HOSPITAL PÚBLICO”

En dicha Jornada tuvimos la posibilidad de escuchar la exposición de **Nicolás S. Gutiérrez de la Cárcova, Médico de la Universidad de Buenos Aires, se encuentra finalizando el segundo año de la residencia en el Hospital de Clínicas, UBA.** En la misma vertió diversos conceptos e ideas de suma importancia para el tema que trato en esta nota.

Las condiciones laborales de los médicos, enfermeros y el resto del equipo de salud y su injerencia en la atención del paciente pueden considerarse inadecuadas para todos los actores que trabajan en el ámbito de la salud.

Es conocida la situación que se desarrolla en el día a día de los médicos de los hospitales públicos, sean nacionales provinciales o

municipales, el deterioro en la infraestructura, falta de insumos, maltrato laboral de superiores, pares y pacientes, hasta la sobrecarga horaria, por momentos inhumana, a la que se expone a los médicos que están realizando una residencia.

El Hospital de Clínicas tiene algunas particularidades con respecto a cada uno de estos puntos que describiré a continuación: en primer lugar el hospital no es público, dato que es desconocido por la mayoría de la población en general, a pesar de depender de la UBA, que a su vez depende del Ministerio de Educación de la Nación, en realidad funciona como un organismo autónomo. El hospital se encuentra intervenido y principalmente atiende enfermos de PAMI y pacientes de obras sociales.

Los enfermos que no poseen ninguna cobertura tienen la posibilidad de presentarse al servicio social donde se evalúan las condiciones socio-económicas del paciente y puede o no otorgársele cobertura para internación o realización de estudios en el hospital, con la salvedad que no se otorga ninguna cobertura a pacientes que no posean DNI argentino. Ante esta realidad, queda en la voluntad personal de cada médico intentar salvar estas trabas burocráticas y hacer el esfuerzo para que los pacientes sin recursos puedan ser atendidos como corresponde.

En el intento de ayudar a estos pacientes en desventaja, el médico se encontrará con múltiples obstáculos y deberá invertir una gran energía y tiempo para poder salvarlos. El primer gran engaño para con los pacientes es la creencia popular que el clínicas es público y por ende gratuito, al llegar a la guardia lo primero que se les dice es que este es un hospital de autogestión y tiene que pagar cada práctica; por ejemplo: 30 pesos la consulta por guardia, 60 pesos Rx de tórax, 120 frente y perfil. Muchos pacientes viajan grandes distancias, desde países limítrofes, provincias del interior y del conurbano con la esperanza de atenderse en el gran centro universitario, de alta complejidad, de referencia en múltiples áreas médicas y en realidad se encuentra con una institución en un estado edilicio con dete-

rioros y para sorpresa de ellos deben aborar todo lo que se ofrece hacerles si no tienen obra social, siendo que el 30% a 40% de la población argentina no posee.

Es frecuente que se generen discusiones y situaciones de violencia cuando algún paciente se indigna ante la sorpresa de que un hospital público de la UBA cobre las prestaciones.

Con respecto al pobre estado edilicio e infraestructura del hospital, se evidencia desde la poca cantidad de ascensores, con la inevitable espera de pacientes con movilidad reducida para acceder a uno que lo traslade, hasta las condiciones en que se recibe a los pacientes en la guardia; donde sin aire acondicionado y con elevadas temperaturas muchos se descompensan antes de ser atendidos por deshidratación o golpes de calor a pesar de haber ido a consultar por otro motivo.

Las salas de internación de clínica médica se encuentran muy deterioradas, los baños de los internados habitualmente se tapan e inundan y sin agua caliente no hay posibilidad de bañarse en invierno más que con agua calentada en ollas. En invierno la calefacción central no alcanza para mantener el ambiente cálido razón por la cual la estadía en algunas habitaciones es realmente difícil de tolerar.

Sería deseable que ante esta situación el equipo de salud estuviera en condiciones de intentar paliar los múltiples déficits nombrados pues sufren las mismas deficiencias que los enfermos internados. Las condiciones en que trabaja el equipo de salud llevan inevitablemente a una pobre atención de los pacientes.

La enfermería, el pilar de cualquier equipo de salud suele estar en desventaja numérica, habiendo habitualmente 2 ó 3 enfermeros a cargo de 20 pacientes, esto lleva a errores al momento de dar medicación, demoras en la higiene de los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos y una progresiva falta en sus funciones al verse superados por la carga laboral razón por la cual derivan a los residentes la realización de balances, ECG, extracciones para laboratorio

o control de signos vitales. Todo esto en un contexto de ausentismo del 40% de enfermeros por distintas causas, principalmente licencias por enfermedad.

Los camilleros son el otro aspecto del funcionamiento hospitalario en déficit, con gran tasa de ausentismo, algunos fines de semana hay solamente dos para todo el hospital, retrasándose traslados urgentes a UTI, sala de ingreso de urgencias, imágenes de urgencia o quirófanos; ocurre la misma situación con los traslados que no son urgentes, estudios de imágenes de guardia o internación o entre servicios, alterando el flujo de pacientes y el normal funcionamiento hospitalario al generar retrasos y espera para todas las actividades.

Los médicos residentes, son principalmente la fuerza de empuje del hospital, recaen en ellos todas las funciones que por distintas razones no llevan a cabo otros sectores del hospital: enfermería, camilleros y médicos de planta.

El médico residente al ingresar firma un contrato de trabajo con horario que va desde las 8 hs. a las 17hs. y sus respectivas guardias, 6 a 10 por mes; habitualmente en los primeros meses el horario real es de 7 am a 1 am del otro día, cumpliendo jornadas laborales de 18 hs., sumando guardias de 42hs., ya que se sale al mismo horario.

Posteriormente al agilizarse el trabajo por la experiencia adquirida, la salida se da cuando se termina todo el trabajo entre las 19 hs. y las 11 hs., con jornadas promedio de 12 a 16 hs. Esto se debe a que el médico residente tiene entre sus funciones además del cuidado del paciente y la evolución diaria de las historias clínicas, la toma de signos vitales 4 a 5 veces al día, realización de ECG, cultivos, traslados en camilla y la realización de todo trámite administrativo.

Con respecto a este último punto cabe aclarar que cada servicio tiene contratadas 3 a 4 secretarías cuya función es la de hacer tramites de internación, solicitudes de estudios a realizarse en otra institución, tramites de ambulancias, adquisición de elementos para el trabajo diario y órdenes médicas.

Como consecuencia de esta situación el

médico residente sacrifica tiempo de formación, se ausenta a los ateneos, clases, cursos a los que solo asisten los residentes superiores y los médicos de planta relegando lo académico a un segundo plano, sin posibilidad de hacer ningún tipo de investigación y le queda muy poco tiempo para el descanso. Es en este contexto que la atención a los pacientes se resiente, médicos que únicamente realizan tareas burocrático-administrativas gran parte del día y ejercen poca medicina ya que el tiempo que se sacrifica en pos de realizar dichas tareas es el que se debería pasar al lado del paciente revisándolo, acompañándolo, estudiándolo y conteniéndolo.

Otra anormalidad se evidencia es en la falta de médicos internos, en algunos servicios de vital importancia, por ejemplo en la UTI no hay médico interno especialista en medicina intensiva, la sala luego de las 14 hs. queda a cargo de un residente de 2° ó 3° tercer año de terapia. Tampoco hay un médico psiquiatra de guardia en el hospital, toda la atención psiquiátrica queda a cargo del médico residente de psiquiatría el cual no posee título de especialista y si debe realizar una internación psiquiátrica lo hace sin estar amparado por la ley.

En resumen, todas estas situaciones que hacen al día a día del funcionamiento hospitalario son causa directa de la calidad de atención que se les ofrece a los pacientes; ésto, tiene consecuencias más que lamentables por los retrasos en la realización de estudios tanto fuera como dentro del hospital, demorando y complicando las altas, prolongando la estadía de los pacientes en la sala entre otros inconvenientes.

El maltrato por parte de médicos y enfermeros muchas veces para con los pacientes, sin bien son injustificables, se debe muchas veces al agotamiento y condiciones que facilitan y perpetúan estas situaciones.

Como factor que sostiene estos aspectos se encuentra la condición pasajera de los residentes que luego de 3 ó 4 años deben dejar el hospital teniendo en cuenta las dificultades que hay para llegar a tener un puesto de planta o estable. Todo ello moti-

va a que son pocos los que se ocupan de intentar mejorar o cambiar algo del sistema ya impuesto, que lleva a una gran frustración, síndrome de *burn-out* y desesperanza por no ver una salida posible en un futuro cercano.

Planteados los problemas queda la imperiosa necesidad por buscar soluciones, para encontrarlas es necesario comprender el sistema en el que se está inmerso como hemos tratado de resumirlo que debido a la multiplicidad de actores e intereses en juego supera lo que puede abarcar un residente del hospital.

Cuando un médico comienza la residencia se ve avasallado por tanta injusticia y sufrimiento humano que la indignación es seguida por el acostumbramiento, tal vez como mecanismo de defensa.

En medio de tanto agotamiento consciente o inconscientemente evita cuestionarse el porqué de muchas situaciones y no se pregunta a quien se debería recurrir para intentar cambiarlas.

Se debe entender que el sistema de residencias esta deshumanizado, se pierde todo contacto con la realidad y el mundo externo, la única realidad posible es la del entorno hospitalario. La pérdida de contacto con los afectos, el hogar, el tiempo de ocio y reflexión conlleva a un fraccionamiento o parcial pérdida a lo que debe definirlo como persona. Es en este contexto que no hay respuesta posible ante las diarias injusticias vividas.

Con el pasar del tiempo cuando recupera el raciocinio perdido en un mar de guardias y el vertiginoso día hospitalario, nace el reclamo o al menos el cuestionamiento, ¿pero a quién? La cara visible ante nuestras dudas es el residente superior, quien con dos años más de práctica médica nos orientará en los comienzos de nuestro ejercicio médico. Lamentablemente en estas cuestiones se encuentran tan desorientados como los que recién empiezan, los médicos de planta y jefes de servicio que opinan indignados sobre la situación del hospital, la cual conocen en demasía, no tienen la influencia o el poder para generar cambios o por lo menos

eso dan a entender. La comisión interna del hospital no contempla tener entre sus filas a médicos residentes, la dirección del hospital parece lejana y de difícil acceso.

No es casual la situación en la que se encuentra el hospital, el presupuesto que maneja es codiciado por muchos de los actores en juego y manipulado a gusto por unos pocos a quienes el bienestar de los pacientes o trabajadores de hospital no les preocupa demasiado.

Hay negocios que emergen alrededor del Hospital de Clínicas, desde clínicas privadas, centros de imágenes y quirúrgicos que reciben el flujo de pacientes que el hospital por las condiciones en las que se encuentra no puede ofrecer las prestaciones adecuadas, RMN, TAC, hemodinamia, medicina nuclear, endoscopias, por lo cual se derivan pacientes haciéndose cargo de los costos.

No faltan algunas llamativas conexiones entre las personas a cargo de hacer funcionar estas actividades en el hospital y los mismos en el ámbito privado. Entonces el funcionamiento del hospital es consecuencia de la inoperancia y corrupción de los responsables que suman al proceso de vaciamiento del sistema de salud pública en la Ciudad de Buenos Aires y en consecuencia en beneficio de la medicina privada.

Es en estos espacios de reflexión que nace la esperanza del cambio, el compartir experiencias, ideas y posibilidades fortalece la noción de que algo puede mejorar.

Desde el hospital se está intentando empezar a reunir a los médicos residentes para compartir estas inquietudes y además de criticar el estado de las cosas plantear por más utópico que parezca, soluciones para todo tipo de situaciones desde la más pequeña a la más compleja.

La única posibilidad real de cambio está en dejar de aceptar esta realidad como algo fijo, inamovible e imposible de revertir y empezar a intentar mediante la unión de los que tienen el interés del bienestar de los pacientes y los trabajadores de la salud.

El único poder real que tienen los residentes es el hecho de estar a cargo directamente de la atención de los pacientes y

ser los encargados en realidad del funcionamiento de los servicios del hospital ante lo cual si algún tipo de unión y puesta en común de derechos y obligaciones de los residentes fuera posible, esta entidad podría ser un medio para que estos conflictos mejoren los aspectos deficitarios del hospital, la calidad de atención a los pacientes y la calidad del ambiente laboral de los residentes.

EN RELACIÓN A: "CONDICIONES LABORALES. PAUPERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN KINESICA"

En segundo lugar el **Lic. Kinesiólogo Fisiatra Leonardo Mensi (UBA 2004)** compartió también otros conceptos e ideas relacionados a nuestra quehacer.

Existen en la práctica kinésica diversas áreas de acción; neurorehabilitación, rehabilitación cardiovascular, pediátrica, respiratoria entre otras, pero es el área de la rehabilitación traumatológica la que mayor proporción de profesionales aglutina y la que forma y delinea la imagen del kinesiólogo frente a la sociedad.

Son diversas las vicisitudes del ejercicio profesional del kinesiólogo según su ámbito de acción. Analizaremos la problemática en dicho grupo mayoritario.

La atención en "consultorio externo" (denominación a la que recurriremos para definir a la atención de patologías traumatológicas en forma ambulatoria) suele tener un formato de atención dado por: una primer sesión predominantemente evaluativa y de de lineamiento de objetivos (Alrededor de 10-15 minutos); la aplicación de elementos de fisioterapia acordes, más de 30 minutos; uso de técnicas manuales, 10 a 15 minutos; prescripción y supervisión de ejercicios terapéuticos, 10 a 15 minutos; recomendaciones para el manejo de la lesión, 5 minutos.

De lo antedicho, se desprende que una primer sesión será de 1 hora y 30 minutos, las subsiguientes de 1 hora y 15 minutos. En condiciones ideales, se atenderían dos pacientes por sesión, sin contar el tiempo co-

respondiente a la confección de la historia clínica. Actualmente se atienden entre 4 y 12 pacientes por hora.

¿Cómo hace un kinesiólogo para lograr ese volumen por hora?; se tiende a eliminar la entrevista inicial, se acortan los tiempos de permanencia en aparatos, reduciendo la efectividad de los mismos, en consecuencia la relación se deteriora pues no se escucha al paciente, no se investigan los diagnósticos genéricos, se dan consejos y patrones en los tratamientos en igual forma, de manera estandarizada.

Esta disminución de la calidad de atención no es caprichosa y obedece a factores económico-sociales que pueden ser evaluados dentro del desarrollo de la medicina prepaga y las obras sociales que consideran que la atención múltiple debe ser la forma habitual del trabajo profesional. La retribución económica adecuada de las prestaciones son prácticamente desconocidas en gran parte por la falta de representatividad de las entidades profesionales, gremiales o colegiadas y cierta inercia de los mismos interesados.

Son estos factores económicos y la reacción de los profesionales ante ellos que hacen pensar en fallas propias de la sociedad o de los profesionales de la salud, aceptación, falta de compromiso gremial, crítica despiadada a la medicina prepaga, pero necesidad de formar parte de su plantel.

Esto requiere un extenso debate sobre el funcionamiento del sistema de salud y de la reacción del profesional frente a esto, pero escapa al análisis de esta presentación, cuyo fin es meramente descriptivo del modo de atención actual y de las consecuencias en la salud del paciente y del profesional. Este ritmo de atención tiene efectos negativos en ambos participantes, debido a la brevedad e intensidad de los tratamientos.

Comencemos analizando los efectos en el profesional: el formato "de atención múltiple", no permite concentración en los casos, el kinesiólogo se siente en la obligación de dar lo mejor de sí para cada paciente, pero tiene seis o siete pacientes a la vez, esto suele generar angustia, impotencia y estrés. El

salto permanente de una tarea a otra, con diferentes pacientes, genera tensión e insatisfacción. Lo ideal sería ver a un paciente y a continuación ver al siguiente cuando haya finalizado de atender al primero. El trabajo se divide en breves tareas distribuidas a conveniencia según los tiempos disponibles.

Los bajos honorarios hacen que dicho ritmo de trabajo deba sostenerse muchas horas a la semana con el consiguiente desgaste. El descanso anual es tomado en el menor tiempo posible para poder solventar sus necesidades. El kinesiólogo, como muchos otros profesionales de la salud, no suele trabajar en relación de dependencia, lo hace en forma individual sin ninguna de las posibilidades que tienen otros trabajadores en esa relación.

Las patologías por bipedestación prolongada se exacerban por el exceso de horas semanales con descansos inapropiados, lo mismo cuando padece alguna enfermedad, por las mismas razones que venimos analizando.

La necesidad de realizar cursos de técnicas promocionadas que generen aumento de ingresos y menor atención en tiempo con ciertas técnicas específicas han tenido amplia difusión últimamente, la Osteopatía y la Reeducción Postural Global, cuyo costo es superior al de la kinesioterapia tradicional por el sólo hecho de garantizar 45 a 60 minutos en cada tratamiento, cuando en realidad estas técnicas en su base científica no difieren mucho de las técnicas impartidas en la carrera de grado y no existe demostración alguna de mayor efectividad en el tratamiento de las patologías así promocionadas. Las consecuencias para el paciente son que se realiza tratamientos inespecíficos frente a diagnósticos inespecíficos.

Cabe señalar que el kinesiólogo recibe enfermos derivados con diagnósticos genéricos, tales como lumbalgia o gonalgia, cuando las causas de dolor lumbar o de rodilla pueden ser muchas y al no haber diagnóstico etiológico se pueden cometer serios errores. Usualmente, el kinesiólogo dispone del tiempo de evaluación para puntualizar ese vago diagnóstico, hoy ya no lo tiene;

el paciente tiene una menor probabilidad de mejoramiento.

La estandarización de tratamientos por falta de tiempo de elaboración hace disminuir la probabilidad de éxito y tratamientos con menor duración de lo aconsejable.

El paciente es la razón de nuestro estudio, de nuestro trabajo, debe ser nuestro fin ayudar a mejorar su salud. No lo estamos logrando como debiéramos en los últimos tiempos, a pesar de que cada vez sabemos más de las patologías que debemos tratar.

El desafío de hoy es lograr atender como hace 30 años, pero con los avances y los conocimientos actuales.

Más allá de lo que suceda en el futuro, estos ejemplos nos permiten observar que en el seno de las autoridades sanitarias se han tomado decisiones contradictorias, hecho probablemente no ajeno al tráfico de influencias de las corporaciones médicas que perjudican tanto a los profesionales de la salud como a los enfermos que los necesitan.

“NO ACEPTEN LO HABITUAL COMO NATURAL, PUES EN TIEMPOS DE CONFUSIÓN GENERALIZADA, DE ARBITRARIEDAD CONSCIENTE, DE HUMANIDAD DESHUMANIZADA, NADA DEBE PARECER IMPOSIBLE DE CAMBIAR.”

BERTOLD BRECHT

EN RELACIÓN A: “CONDICIONES DE TRABAJO, MATERIALIDAD Y SUBJETIVIDAD EN LOS TRABAJADORES DE SALUD.”

Por último no podemos dejar de analizar la conferencia brindada por el **Dr. José C. Escudero, Médico Sanitarista y Sociólogo.**

Existe un elemento común en las condiciones de trabajo de los trabajadores de salud (TS) que los diferencia de otras ocupaciones. Como ninguna otra ocupación importante, están expuestos a un contacto cotidiano con el sufrimiento y con la muerte.

Este es un factor muy estresante, que incluye frecuentes sensaciones de pesimismo ante el resultado de algunas de las inter-

venciones que prescriben o efectúan o por la de la muerte de los enfermos tratados, que evoca en los TS la imagen de su propia muerte o de la de sus seres queridos.

Los TS, los enfermeros, kinesiólogos, técnicos hospitalarios, camilleros, sufren mucho más el síndrome de *burnout* que ocupaciones en otras áreas de la sociedad.

El pluriempleo es una característica habitual en los TS. El traslado de un trabajo a otro, a veces acompañado de fatiga que siempre forma parte de jornadas de trabajo excesivas, aumenta el riesgo para el trasladado y para los pacientes que atenderá.

La tensión de saber que esto suele hacerse violando un compromiso horario en alguno de los trabajos, la dificultad de forjar vínculos de pertenencia laboral sólidos en ninguno de estos anclajes fugaces aumenta el desamparo.

Parte de la culpa de esto es la dificultad de las instituciones de ofrecer puestos de trabajo con horarios y con retribuciones adecuadas, parte es la dificultad, en una sociedad consumista, individualista y competitiva como la nuestra de cuanto dinero supone un salario adecuado.

¿Cuánto debe poder ganar un médico?, ¿lo suficiente para mandar a sus hijos a escuelas privadas de elite?, ¿para cambiar su auto cada dos años?. Podemos aquí apenas señalar este tema, que justificaría un amplísimo debate.

La salud se ha judicializado en los últimos años y las denuncias judiciales de mala praxis han aumentado exponencialmente. Los TS se sienten muy débilmente protegidos institucionalmente ante esto, y el aumento de los ritmos de trabajo exigidos a los TS que son profesionales, la exigencia automática en las instituciones de salud de lucro aumenta la ansiedad de ellos ante una situación estructural que aumenta la fatiga del trabajador y facilita la toma de decisiones equivocadas por él.

Los TS tienen un conocimiento acerca de drogas modificadoras de la conciencia y un acceso a ellas mucho mayor que otros trabajadores. Esto suele llevar a un uso excesivo de estas drogas por los TS, sean estas “lega-

les” o “ilegales”.

Las antedichas son características comunes a todos los TS. Analicemos ahora como la subjetividad de ellos responde a estas. Aquí es fundamental observar cómo se comportan diferencialmente los TS que buscan respuestas “colectivas” de aquellos que buscan respuestas “individuales”. Ente los primeros se encuentran predominantemente TS que no son universitarios, que para mejorar su situación se empoderan por medio de acciones colectivas, preferentemente por la lucha gremial, en un sindicato que trata de modificar las condiciones y medio ambiente de trabajo a través de negociaciones colectivas, a las que pueden acompañar otras más contundentes como huelgas, piquetes u ocupaciones de lugares de trabajo. Una minoría de profesionales sigue este modelo.

Las respuestas “individuales” suelen ser las más cercanas a la cultura de clase media, que es tan fuerte en nuestro país y en los TS profesionales. Esto es más intenso en médicos que en psicólogos, más en estos que en trabajadores sociales, pero es muy visible en un país donde está tan extendido en el

imaginario que el individualismo, la competitividad, en suma el éxito individual y el ascenso social que se atribuyen a los méritos y esfuerzos individuales.

El estudio de la clase media ha sido descuidado por las ciencias sociales argentinas durante décadas y es alentador ver que en los últimos años ha tomado mucha relevancia en la discusión cotidiana y en la académica .

¿Qué se puede hacer para empezar a conocer objetivamente la salud de los TS argentinos?, una propuesta inicial, reduccionista pero viable, es estudiar las tablas de vida diferenciales de los TS de nuestro país; esto puede dar información clara y algunas sorpresas, por ejemplo, la diferencial por especialidad de TS que son médicos. A este primer paso rápido se pueden sumar gradualmente elementos de la rica “caja de herramientas” que dispone la ciencia para estudiar cuantitativa y cualitativamente la salud de nuestros TS y obtener conclusiones que serían un primer paso para encarar y evitar conflictos y problemas graves que afecten a la salud de los trabajadores.