

Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública

Investigadora responsable

Anahí Sy (UNLa)

Autores

Valeria Alonso (INE-ANLIS), Mariana Isabel Lorenzetti (UNaM),

Jacinta Burijovich (UNC), Lía Mónica Zóttola (UNSE),

María Eugenia Suárez (UNSa), Edecia Muriel Ojeda (UNPA),

Matías Stival (UNR) y Raquel Irene Drovetta (UNVM)

■ Doi: 10.54871/cl23p30d

Introducción

Este capítulo toma como punto de partida las narrativas de trabajadoras/es de salud de centros y hospitales públicos de diversas regiones de Argentina (Patagonia, Centro, Área Metropolitana de Buenos Aires, Región Pampeana, Noroeste y Noreste), en el marco del Proyecto “Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as” (Código 077). Nos interesa especialmente recuperar las voces de quienes fueron interpeladas/os como *esenciales* durante la pandemia, para reconocer, en sus

experiencias y trayectorias singulares, aquellos puntos de convergencia o nudos críticos que permitan pensar cómo transitar hacia una nueva realidad socio-epidemiológica. Las narrativas de las/os trabajadoras habilitan una manera de elaborar las vivencias singulares. Las experiencias narrativizadas son especialmente significativas para comprender a las personas, los vínculos que se establecen entre ellas; sus valores, afectos y desafectos (Jimeno, 2016). Estas narrativas se constituyen en la forma que tenemos de acceder a las prácticas desplegadas por los sujetos, a la vez que, en medios de expresión, incidencia y transformación del entorno social.

Elegimos centrarnos en la reconstrucción de las narrativas de trabajadoras/es, en primer lugar, porque una emergencia sociosanitaria provocada por la expansión imprevista del virus SARS-CoV-2 reclama de manera inmediata al sistema de salud. Porque quienes, mayoritariamente, conforman el sistema de salud son sus trabajadoras/es. Y porque mientras las narrativas de los medios de comunicación instalan la demanda de hospitales hiperespecializados y respiradores, el desarrollo de antivirales y vacunas, las/os trabajadoras vivencian una transformación completa de su trabajo cotidiano (Sy et al., 2021a) en condiciones de precariedad laboral y de empleo previas a la pandemia, asentadas en tensiones y una sobrecarga de trabajo en las que es necesario reparar. En segundo lugar, elegimos las narrativas en primera persona porque creemos que pueden actuar contra el olvido, para ir a contrapelo de la narrativa que se orienta a despandemizar el presente y futuro próximo (Buriyovich, 2022), invisibilizando las heridas y marcas que agudizaron las desigualdades, tanto al interior de las instituciones de salud como en la sociedad en su conjunto, profundizando las inequidades en el acceso a la salud de numerosos sectores de la población. En tercer lugar, por el carácter performativo de las narrativas, que no solo permite dar sentido a las experiencias de trabajadoras/es, sino que también habilita procesos de discusión y reflexión sobre el propio trabajo, la posibilidad de reconocerse como sujetos de la acción en la producción

social de los cuidados de sí y de otras/os (Alonso et al., 2022b; Lorenzetti et al., 2022).

En nuestro trabajo partimos de la premisa que las necesidades, demandas y el proceso de trabajo cotidiano en salud no siempre coinciden con aquello que, desde las políticas de gestión sanitaria, se norma y regula como emergencia o urgencia médico-epidemiológica, tampoco con las expectativas y las necesidades sentidas por la población (Sy et al., 2021a). Esta situación conduce a que se visualicen como ajenas, lejanas y externas las medidas que tienden a homogeneizar el territorio y a condicionar el trabajo en salud, mermando la oportunidad de llevar adelante acciones sensibles y consensuadas con las personas involucradas diariamente en la atención y cuidados colectivos en cada lugar. En ese sentido, nos propusimos comprender los procesos de atención y modos de producción de cuidado y autocuidado desde la perspectiva de quienes trabajaron en los servicios públicos de salud durante la pandemia de COVID-19. Particularmente, nos encaminamos a identificar los principales problemas y dificultades suscitadas en los distintos momentos, así como también a incorporar sus aprendizajes en la toma de decisiones y los desafíos de cara a las prioridades que se fueron presentando en cada contexto. Procuramos la reconstrucción de narrativas que contribuyan a elaborar líneas de acción, programas o políticas de salud pública atentas a las diversidades locales que existen en Argentina, desde un enfoque de derechos con perspectiva de género. Según señala Débora Tajer (2012), esta perspectiva implica incorporar una mirada sobre las diferencias y especificidades en salud de mujeres, varones y otros géneros desde un enfoque de ciudadanía y derechos.

Durante la pandemia de COVID-19, se desplegaron estrategias locales singulares que buscaron responder a una normativa nacional, sin dejar de contemplar las características, posibilidades y necesidades en los ámbitos particulares de trabajo. En este contexto, las normas y protocolos adquirieron diversos sentidos y formas de plasmarse, adecuándose a los escenarios y modos de organización locales. Estas configuraciones novedosas en la producción de

cuidado y autocuidado de la salud, desplegadas durante la pandemia y en la transición hacia una nueva realidad en la salud pública, tiene el potencial de un saber basado en la práctica, posible de ser reconstruido y sistematizado. A partir de estas consideraciones, inicialmente presentamos algunos aspectos teórico-metodológicos que guiaron el proceso de investigación del proyecto. Luego, desarrollamos una selección de los resultados que emergen del análisis de los modos de producción de cuidados de salud desde una aproximación diacrónica que, en cada territorio, reconstruimos en base a los puntos de inflexión como las nuevas configuraciones en las prácticas de atención durante la pandemia. Organizamos la escritura de acuerdo con los diferentes momentos que las/os trabajadoras destacaron como significativos y que trascienden el conteo estadístico epidemiológico propio de la epidemiología dominante de casos COVID-19 reportados a nivel local y nacional. La reconstrucción de una secuencia temporal según los eventos / hitos que dejaron su impronta en los equipos de salud, nos permite reparar en singularidades propias de cada región del país, sin perder la transversalidad de cuestiones que gravitaron en los modos de producción de los cuidados en salud de la población usuaria, entre compañeras/os de trabajo y de cada trabajador/ra. Por último, nos enfocamos en los aprendizajes y desafíos identificados en el hacer cotidiano del personal de salud, de cara no solo a sistematizar un conjunto de aportes para las políticas en el sistema público de salud, sino también a identificar las líneas de indagación que permitan fortalecer las contribuciones de las ciencias sociales en el campo sociosanitario.

Marco teórico-metodológico

Entendemos la pandemia como acontecimiento disruptivo (Reguillo, 2005) que ha provocado un proceso de desestructuración de lo cotidiano –que afectó a la salud y a la vida social en su conjunto–

transformándose en hecho social y, como tal, definido y construido socialmente, en sus características, improntas y gravedad (Reguillo, 2005; Sy et al., 2021b). Consideramos necesario plantear esta crisis sanitaria como *sindemia* (Singer, 1996 y Mastrangelo et al., 2022), entendida como una síntesis biocultural que involucra interconexiones entre los problemas de salud que afectan a nivel local, el modo en que las comunidades comprenden a la salud-enfermedad y las dimensiones sociales, políticas, económicas, ambientales intervinientes que inciden en la salud. Tomamos este concepto para analizar su aplicación a programas y políticas de salud pública, proponiendo la necesidad de dar una orientación sindémica a la prevención, al mismo tiempo que a los problemas de salud asociados a una epidemia (Singer, Bulled y Ostrach, 2012). En este sentido, nos enfocamos no solo en la atención de salud derivada de la propagación del virus SARS-CoV-2, sino que también priorizamos tres líneas: salud mental, salud sexual y enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT], para indagar en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

El trabajo toma como punto de partida las narrativas obtenidas durante la pandemia, como medio para dar sentido a las experiencias, haciéndolas significativas (Bochner, 2002). Las narrativas, como señala Hayden White (1992) son un tipo de relato situado temporal y espacialmente, con un tema central, inmerso en las formaciones y convenciones discursivas de época que remiten a un hecho cultural. Tales relatos nos permiten indagar sobre sentidos compartidos que habilitan la construcción de una narrativa colectiva. Con esto no dejamos de considerar que, si bien la experiencia subjetiva es única y constituye un relato original, al mismo tiempo refleja algo de los sentidos sociohistóricos compartidos (Lewis, 1963), así como la multiplicidad de factores que atraviesan a las/os entrevistadas/os.

Nos interesa reparar en las narrativas en su carácter de evidencia para acortar las distancias entre *saber* acerca de la enfermedad y *comprender* la experiencia, integrando ambas instancias en tanto

manera de producir conocimientos situados, donde lo social y lo biográfico se articulan en la construcción de los datos que no serían accesibles por otras vías (Mariano-Juárez et al., 2013). Desde esta perspectiva, entender las narrativas como herramientas para un quehacer implicado, supone restituir a las experiencias en su carácter performativo y locus en el cual se inscriben la capacidad de incidir e involucrarse en los procesos de transformación. Como señala Marcelo Pfeiffer-Castellanos (2014), las narraciones constituyen una forma específica de agenciamiento social. En este sentido, tanto las actuaciones como las interpretaciones narrativas pueden constituirse en elementos centrales de la construcción social en las trayectorias de cuidados de sí y de otras/os. Emerson Merhy (2016) propone el concepto de *trabajo vivo en acto* como una forma de agenciamiento realizado por los sujetos que tiene como particularidad la libertad, autonomía, creatividad e inventiva. Potenciando una suerte de autogobierno sobre sus acciones de cuidado, las que se extienden hasta direcciones no pensadas y emergen como nuevas lecciones o modos de agenciar aprendizajes inesperados.

En tanto las construcciones narrativas son en sí mismas una acción social que se configura en interpelación –más o menos abierta– hacia estructuras sociales en momentos de crisis o reestructuraciones profundas, no pueden reducirse a una instancia reflexiva completamente separada de otros tipos de agenciamientos sociales (Pfeiffer-Castellanos, 2014). Agenciamientos sociales que pueden entrelazarse con la identificación de las *buenas prácticas* (Buriyovich, 2011a y b), específicamente con las estrategias de afrontamiento y los aprendizajes que apuntalaron las prácticas de atención-cuidados en sus múltiples aspectos: institucionales, entre compañeras/ros de trabajo y con la población usuaria. Como sostiene Jacinta Buriyovich (2011b), sistematizar y documentar las experiencias permite comprender los procesos de transformación de los servicios de salud atendiendo los puntos críticos y los

itinerarios de resolución de los equipos interdisciplinarios en los contextos institucionales locales.

Desde este marco, trabajamos con todo el personal de salud, es decir, tanto con las narrativas de trabajadoras/es que estuvieron en contacto directo con casos diagnosticados covid positivo, como con narrativas de personal técnico, de laboratorio, maestranza, limpieza, psicología y trabajo social o medicina, entre otros, que no estuvieron en la atención de casos covid, aunque sí trabajando durante la pandemia. En concreto, recuperamos toda la trama de personas que hacen posible que la población usuaria tenga acceso al sistema público de salud, a sus distintos niveles de atención, programas y servicios. El criterio de selección de las personas entrevistadas fue que desarrollaran su trabajo (o al menos uno de ellos, en caso de pluriempleo) en un hospital o centro de APS durante el periodo de la pandemia. Esta delimitación garantizó la homogeneidad hacia afuera de la muestra y la heterogeneidad interna, en tanto buscamos abarcar la mayor diversidad posible de trabajadores/as, con el propósito de recuperar la mirada y experiencia de los diversos actores sociales involucrados/as según su singularidad, pero también retomando aquello que los reúne o atraviesa en común.

El guion de las entrevistas fue elaborado y acordado al interior de los nueve nodos que integraron el proyecto y entre las/os investigadoras/es responsables. Estos equipos estuvieron conformados por integrantes con trayectorias formativas de distintos campos disciplinares: antropología, ciencias políticas, enfermería, psicología, trabajo social, sociología, medicina, educación, filosofía, ciencias de la comunicación y literatura, entre otras. Participaron tesis de grado y posgrado, docentes e investigadoras/es, lo que permitió retroalimentar un trabajo colaborativo de carácter interdisciplinar con quienes se desempeñan en los sistemas de salud públicos.¹

¹ Las Universidades Nacionales de: Lanús (UNLa), P. Derossi, F. Gelman Constantin, B. Moglia, C. Sapienza y A. Sy (coord); Córdoba (UNC), M. T. Bossio, R. Crosetto, C. Bilavzik, A. Miranda, I. Ase, C. Berra, C. Carrizo, E. Chali, J. Miretti, J. Mántaras, M. Bella, S. Yoma, A. Heredia y V. Nicora y J. Buriyovich (coord.); Santiago del Estero

Cada uno de los nodos del proyecto desarrolló las mismas tareas de entrevista, transcripción, procesamiento y análisis, a nivel local. En total se entrevistaron a trescientas ochenta y dos personas,² doscientas sesenta y una mujeres, una mujer trans y ciento veinte varones; algunas de modo virtual (a través de distintas plataformas de videollamada), otras de manera presencial (individuales y colectivas). Esto representa un total aproximado de cuatrocientas horas de registro de audio.³ Estas entrevistas semiestructuradas y en profundidad fueron realizadas a trabajadoras/es de hospitales y centros de salud del sector público: en Santa Cruz, Chubut y Neuquén, treinta y uno (veintidós mujeres y nueve varones); Buenos Aires: Mar del Plata, cuarenta y cinco (treinta mujeres y quince varones), y zona sur del Conurbano Bonaerense, treinta y ocho (veinticuatro mujeres y catorce varones); Santa Fe en Rosario, treinta y tres (veinticuatro mujeres y nueve varones); Córdoba, ciudad Capital, treinta y nueve (veintiséis mujeres y trece varones) y departamentos San Justo, Unión, San Martín y Río Cuarto, treinta y seis (veinticinco mujeres, una mujer trans y diez varones), Catamarca,

(UNSE), F. Castro, Ma. J. Gelsi, M. Luque, L. Pascual y C. Santillán y L. Zóttola (coord), Salta y Jujuy (UNSA), A. Pérez Decleq, E. Miranda, O. Jerez, V. Guzmán, N. Vacaflor, V. Vilca y M.E. Suárez (coord.), Rosario (UNR), J. Puzzolo, L. Druetta, M. Santos, M. Gil y M. Stival (coord.), Instituto Nacional de Epidemiología (INE / ANLIS), Mar del Plata, S. Fuertes, M.M. Hoffmann, P. Posada Campoy, P.M. Romero, L.P. Sánchez, M.S. Varela y V. Alonso (coord.). Patagonia Austral (UNPA), M. Castro, F. Collino, A. Enrici, N. Romero, M. Triviño, V. Velasquez, G. Villar y M. Ojeda (coord). Misiones (UNaM), J. Almada; M. Avalos, L. Ayala; I. Bojaryn, C. Bottex, S. Delgado, M. Fabre Palazzo, R. Ferreyra, D. Garcete, L. Genzone, J. Godoy, S. MacLean; M. L. Mondelo, A. Núñez, R. Rejala, J. Rossler, L. Schiavoni y M. Lorenzetti (coord). Villa María (UNVM) A. Arzeno Gardella, A. Rúa, N. Mercaú, F. Cellone, M. Odello, V. Ochoa, C. Liberal, P. Gudiño Bessone, S. Perrig, G. Pérez Zabala y R. Drovetta (coord).

² El Decreto 721/2020 establece un cupo laboral para personas travestis, transexuales y transgénero que reúnan las condiciones de idoneidad. Durante el período de trabajo de campo algunas jurisdicciones recién estaban incorporando trabajadores trans.

³ En la obtención de datos se procedió de acuerdo con los recaudos éticos establecidos desde el Ministerio de Salud de Argentina en la Guía para Investigaciones con Seres Humanos (Res. MSAL 1480/2011). El proyecto general en el que se enmarca este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" (Código: SY 01/2020).

en San Fernando del Valle de Catamarca, dos (dos mujeres); Santiago del Estero, en los departamentos Capital, Banda y Rivadavia, treinta (veinticinco mujeres y cinco varones); Salta en capital, en los departamentos de Cerrillos y Orán, Jujuy en Libertador General San Martín, San Pedro de Jujuy, La Mendieta, Perico, San Salvador de Jujuy, Tilcara y Humahuaca, treinta y dos (veintitrés mujeres y nueve varones); Misiones, en las zonas sanitarias de Capital, Centro Uruguay, Centro Paraná, Norte Paraná y Zona Noreste, noventa y seis (sesenta mujeres y treinta y seis varones). Esta conformación de la muestra, donde visiblemente hay más mujeres que varones, es expresiva de la feminización del sector de atención a la salud, donde la mayor parte de las mujeres ocupan los puestos menos calificados y con más bajos salarios (Aspiazu, 2016 y PNUD, 2018).

El período de trabajo de campo inicia en el mes de mayo de 2021 a febrero de 2022. Se realizó un análisis de contenido de los relatos obtenidos en las entrevistas en dos momentos. Primero, una lectura comprensiva y exhaustiva de los textos transcritos, orientada a tener una mirada del conjunto de los testimonios, poniendo en juego conceptualizaciones preliminares. Luego, se elaboraron ciertas descripciones e inferencias, a partir de las cuales construimos las categorías definitivas en articulación con los datos, la revisión y reformulación de ejes conceptuales. A partir de ello se diseñó un modelo de base de datos cualitativa de alcance federal, que estará disponible en la plataforma de la Agencia I+D+i, con acceso libre para su consulta. A partir del análisis del total de las entrevistas, se cargaron en la base de datos más de 7 600 fragmentos testimoniales compartidos por el personal sanitario.

Las dimensiones que integran el análisis de los modos de producción de cuidados durante la pandemia responden a las configuraciones de los escenarios de trabajo, en lo relativo a los vínculos y relaciones entre las/os trabajadoras y roles, así como a las condiciones de trabajo. Reconstruimos esos escenarios tomando en consideración las continuidades y discontinuidades de situaciones presentes antes de la pandemia y los distintos momentos de su

desarrollo. Con este punto de partida, analizamos las transformaciones tanto a nivel de los espacios de trabajo como de las prácticas de cuidado, generalmente vinculadas a ciertos hitos, esto es, situaciones y eventos que fueron narrados como significativos por su impacto a nivel de las prácticas de atención, del equipo de trabajo o de la subjetividad como trabajadores/as. Es interesante señalar que, si bien se describen eventos significativos, algunas narrativas aluden a la pandemia en su conjunto como evento que transforma de manera definitiva cualquier vivencia que sea narrable.

Decidimos sistematizar los testimonios considerando los eventos significativos que en todas las regiones se narran: reacomodamientos y reformulaciones de las prácticas de atención que estuvieron atravesadas por el cierre de centros de salud, control de entradas y salidas fronterizas, discusiones respecto de la ambigüedad de lo esencial entre el personal de salud, transformación del propio trabajo y la creación de nuevos espacios para la atención (*triage*, centros de aislamiento, entre otras), formas autoorganizativas y reivindicaciones laborales.

Cada una de estas dimensiones se encuentra atravesada por múltiples emociones, a las que decidimos dar lugar en el análisis: el miedo de contagiarse y contagiar a otros/as, a la muerte y a lo desconocido, así como la angustia, ansiedad, desgaste, cansancio, tensión y enojo son recurrentes, hasta la calma o alivio por contar con ciertas estrategias de cuidado. Hacia el cierre de las narrativas siempre aparece un cierto balance se orienta a indagar sobre los aprendizajes y, en relación con esta investigación, se identifica la oportunidad de narrar la propia experiencia durante la pandemia, una forma de ser escuchada/o por otras/os. Tales aprendizajes conducen hacia desafíos futuros, muchos de ellos vinculados a las problemáticas de salud desatendidas durante la pandemia, ECNT, salud sexual y reproductiva y salud mental. En lo que sigue se presentan los resultados que emergen del análisis dándole una estructura que es de la temporalidad narrada en relación con la forma en que se despliegan nuevos modos de atender y cuidar de la salud

propia, entre colegas y hacia las/os usuarias/os del sistema público de salud.

Resultados

La posibilidad de una narración colectiva

Nosotros fuimos el termómetro familiar, “¿chicos cómo vienen?”, nosotros: “estamos viendo dengue, el covid no existe”; “¿chicos cómo vienen?”, “bueno, no sé, en todos lados dicen el covid, el covid, y nosotros en el hospital nada”; “¿chicos cómo vienen?”, “bueno, se está llenando un poquito, pero son los abuelitos”; “ahora estamos un poquito más llenos”, y ya hace un mes que venimos “familia no dormimos, los pacientes son cada vez más jóvenes, por favor no salgan, cuidense.

Médica y médico, hospital general de referencia COVID.

Ciudad de Córdoba

El 2020 será recordado en hospitales y centros de salud como el año que cambió de manera absoluta la vida cotidiana de sus trabajadores/as. La pandemia alteró la atención, el acompañamiento, los ritos, impuso aislamientos, incorporó la asistencia a enfermos/as con barbijos, guantes y equipos de protección. Transformó las formas de enfermar, cuidar y también de morir. Esta transformación no ocurrió libre de tensiones y contradicciones al interior de los propios equipos de salud, de estos en su relación con las/os usuarias y con las instancias de gestión y toma de decisión. La “ruptura de la vida cotidiana” (Da Silva Catela, 2001) requiere una adaptación, una lucha contra la desintegración, interpretar el nuevo contexto y encontrar referencias que permitan dar continuidad a las tareas. Los equipos se vieron reducidos por las licencias, cambió la modalidad de trabajo, en muchos casos no se pudo continuar de manera presencial.

El Aislamiento Social Preventivo Obligatorio: ¿qué es lo esencial?

Fueron momentos muy complicados porque la pandemia llegó... sin aviso. Prácticamente sin preparación, porque hasta hay dudas de cómo funciona el virus, de cómo se mueve... terminamos en la calle y terminamos en la trinchera, como nos decían. Cumpliendo diversas tareas y capacitándonos en diversos temas porque había que salir a pelear, a poner el cuerpo, para ver qué es lo que se podía hacer.

Administrativo, área logística, Misiones

La preparación

El día 19 de marzo de 2020 se dispuso a nivel nacional, a través del Decreto 297/2020, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio [ASPO]. Se reafirmó en este Decreto que el Estado Nacional tiene la obligación inalienable de proteger la salud pública, por lo que se estableció para todos los habitantes del país y para quienes se encuentren en él la medida de ASPO durante el cual todas las personas debían permanecer en sus residencias habituales o en el lugar en que se encontraban en momento en el que se dictó el decreto y abstenerse de concurrir a su lugar de trabajo. A partir de este decreto, los primeros meses de la pandemia exigieron una reorganización completa de los espacios, tanto en los ámbitos de trabajo en salud, como en las geografías y dinámicas de entrada y salida de una provincia a otra, entre localidades y hasta al interior de cada pueblo, quedando en algunos casos parajes rurales completamente aislados. Entonces, una medida nacional como el ASPO adquirió diversas configuraciones locales.

La provincia de Misiones, con una posición geoestratégica singular (un 90 % de sus fronteras son internacionales, con Brasil y Paraguay), configura una dinámica de circulación y movimiento poblacional sistemático y permanente. La preocupación en los

primeros meses de la pandemia se concentró en los operativos sanitarios desplegados en la frontera. Muchos equipos de APS quedaron abocados al control de los accesos junto con personal de migraciones, gendarmería, bomberos y administrativos. Al cerrarse como punto de entrada el aeropuerto internacional de Ezeiza como vía de ingreso de las personas del exterior, la localidad de Puerto Iguazú se convirtió en un acceso que suscitó un abocamiento a la restricción y control de quienes quedaron a un lado y otro de la frontera Argentina-Brasil. Al igual que otros puntos fronterizos –donde los controles se agudizaron– tales operativos significaron la movilización del personal de logística y las áreas operativas de salud, así como también promotoras/es, enfermeras/os y médicas/os que venían trabajando en los CAPS y en los hospitales de cercanía. Una de las personas entrevistadas señalaba:

En ese momento la “trinchera” implicaba cubrir los puestos de trabajo en la frontera, donde los mayores temores estaban asociados a llevar el virus a la casa, las familias. El vértigo estaba asociado a la posibilidad de que “la circulación comunitaria” estuviera asociada a Misiones como “puerta de entrada al virus” por su condición fronteriza. Mientras el personal de salud realizaba el seguimiento telefónico de las personas ingresantes. El seguimiento continuaba hasta que llegaban a su provincia de destino. (Administrativo, área logística, Misiones)

Las fuerzas de seguridad tuvieron un protagonismo destacado en el territorio, tanto para el control de los límites y zonas de frontera como para el de la circulación poblacional. En provincias no fronterizas también se abocan, en un primer momento, al control de la circulación:

Casi un año estuvimos en el aeropuerto controlando e hisopando a la gente que llegaba a nuestra ciudad. Al principio toda la provincia aislada, solo el personal de salud y policial éramos los únicos que andábamos circulando por la ciudad, eso fue al principio y después

nos fuimos organizando y coordinando las tareas. (Gestor, Santiago del Estero).

La detección de casos positivos en el interior de la provincia implicó medidas extremas, como el cierre del paso a localidades o pueblos enteros, que quedaron aislados y muchas veces sin acceso a la provisión de alimentos, entre otros bienes (ver Ochoa y Sy, 2021).

La orden era aislar a todos los que vengan de afuera de Santiago, vengan de cualquier lado, tenían que pasar por el centro de aislamiento, en especial los obreros golondrina, que era justo la época que retornaban a la provincia. (Médica, primer nivel de atención, Santiago del Estero)

También las provincias de Salta y Jujuy, como toda región de frontera, se construyen como lugares de trashumancia, de flujo de personas, bienes e informaciones. Ambas, son consideradas al mismo tiempo, zonas de borde y periferias, respecto a las regiones del centro del territorio argentino. Los relatos refieren que, luego de la declaración del ASPO a nivel nacional, hubo demoras por parte del Ministerio de Salud de las provincias en la provisión de elementos básicos de seguridad. Se plantea también que los insumos recibidos “no contaban con las normas de bioseguridad” o eran “de mala calidad” e “insuficientes”.

Yo creo que la mayoría de los compañeros nos sentimos desprotegidos, porque no sabíamos la dimensión de todo esto. Las autoridades, el tema del ministerio, yo sentí que me soltaron la mano con el tema de los equipos de protección personal. Que al principio eran de mala calidad, yo sentí que me lo mezquinaban. Por eso yo creo que hubo tanta gente en salud muerta, que fallecieron por covid. Después se dieron cuenta realmente [de] lo que era esto, que se les escapó de las manos, [...] se fue mejorando. Pero ya había mucha gente muerta. (Bioquímica, hospital, Jujuy)

Las narrativas de trabajadores/as de hospitales ubicados en regiones que se encuentran en situación de emergencia sociosanitaria, cuyas

poblaciones padecen vulnerabilidades históricas, muestran cómo los cambios que trajo la nueva situación sanitaria se suman a los viejos problemas de salud que preexisten en la región y la escasez crónica de recursos.

Los barbijos N-95 los conocíamos de libro, porque no llegaban acá a Orán, pero usábamos barbijos quirúrgicos frente a pacientes con tuberculosis. Si uno quería un N-95, te lo tenías que comprar, porque los que había no te los daban. Provincia no te los manda. [...] Teníamos camisolín de los finitos, los comunes, que son casi transparentes. Guantes sí, guantes de látex teníamos. Pero alguna otra protección, lo nuevo de botas, de cofias, eso nunca tuvimos acá. (Enfermero, hospital, Salta)

Aquellas ciudades y pueblos localizados sobre la Ruta Nacional 19, que unen las ciudades de Córdoba y Santa Fe, optaron por organizar sus propias estrategias de aislamiento. Los organismos municipales y comunales movilizaron recursos para obstaculizar las vías de ingreso a las comunidades. Así, se tornaron infranqueables las montañas de tierra o cimientos de hasta dos metros de altura colocadas en los principales accesos. La estrategia fue exitosa y limitó el ingreso, excepto para quienes conocían el territorio y pudieron desplazarse en vehículos particulares por caminos rurales. Otras estrategias incluyeron la instalación sobre la ruta de puestos permanentes, encargados del rociamiento de autos y transporte de carga, con una mezcla de hipoclorito de sodio y agua. En esta región, la tarea de control de domicilios, que habilitaba o no el ingreso a la localidad, fue delegada en manos de personal del servicio de tránsito y enfermeros/as del hospital cabecera; esto significó colocar en actividades de control de movimientos de ciudadanos/as, a trabajadores/as con cargos operativos de las áreas de seguridad y salud locales. La policía participaba con su presencia, mientras la tarea se delegaba en estos/as trabajadores/as, y solo actuó en caso de conflictos o negativas a aceptar el rechazo a ingresar a la localidad. Las fuerzas de seguridad

organizaron operativos de investigación y control ante posibles contagios, dejando de lado sus tareas habituales.

Por momentos me sentí cuidada, por otros momentos no. [...] Internaron a mi marido, nos dieron todo lo que necesitábamos para asistir a pacientes críticos, claro. Me sentí segura, cómoda. Ahora, socialmente, me sentí más controlada que cuidada, miles de policías en las calles, pero no había ambulancias, no había nada, solo policías. Eso no me pareció un cuidado, me pareció un control extremo. (Médica, hospital, Dpto. San Justo, Córdoba)

En ciudades turísticas como Mar del Plata, entre marzo y mayo de 2020, la preocupación fue evitar el ingreso de turistas y trabajadores/es de localidades vecinas a la ciudad. Dado que gran parte de la economía formal e informal depende de la temporada turística, en este contexto se profundizaron las desigualdades sociales que caracterizan hace décadas a la ciudad, alcanzando valores récord la tasa de desocupación (Alonso et al., 2021).

En el conurbano, la medida de ASPO fue prácticamente insostenible para los sectores de la población que habitan en condiciones mayor precariedad y hacinamiento habitacional (sin acceso a servicios básicos como cloacas o agua potable en los hogares). En esas localidades se desplegaron operativos que articularon el aislamiento comunitario con el trabajo del primer nivel de atención a la salud.

Ello puede interpretarse como una reconfiguración de la biopolítica, que colegas han designado como *viruspolítica* (Enrici, 2020), se trata de la expresión meso de aquello que ocurrió a nivel macrosocial, internacionalmente y a nivel microsociedad, reflejado en los centros de salud, las postas sanitarias y hospitales públicos.

Una tensa espera

La pandemia se hizo presente en los territorios aún antes de que ocurriera el primer caso de COVID-19 en Argentina. Comenzó a construirse simbólicamente, producto de la información presentada por

los medios de comunicación y las redes sociales en general, y por la sobreabundancia de datos no siempre fidedignos. Esta situación impulsó la autoformación de los/as profesionales de la salud, en especial de aquellos/as alejados/as de los centros científicos y de formación académica.

Entre noviembre y diciembre comienza a aparecer el virus a nivel internacional, en China, en Italia, en Francia. Todo eso que veíamos desde la TV. Empiezan a aparecer los primeros casos y nosotros como enfermeros empezamos ya a leer, a informarnos, a estar pendientes de los estudios, porque nosotros estamos en la línea de fuego. (Enfermera, hospital, Salta)

Muchos tuvieron que cambiar de roles e incorporarse a nuevas funciones según su especialidad. En algunos casos se generaron espacios de resistencia a las políticas públicas y a las normativas oficiales. Muchas de estas posiciones entraron en tensión y conflicto, otorgando un lugar preponderante a las especulaciones políticas e ideológicas, desvirtuando, en ocasiones, la escasa evidencia científica acerca del SARS-CoV-2. El incremento de casos que mostraba la estadística sobre pacientes infectados y fallecidos y los relatos del personal sanitario en distintas instituciones y regiones del mundo delinearon un panorama local, cargado de tensión e incertidumbre (Suárez, et al., 2022). Este momento es descripto por los/as profesionales de la salud como una “tensa espera”, se expresaron múltiples preocupaciones en relación con el cuidado personal, familiar, de las/os pacientes, sociocomunitario y entre compañeras/os de trabajo.

[...] Teníamos miedo de llegar a nuestras casas y contagiar a nuestros hijos, a nuestras familias. Era una presión muy grande, porque además de cuidar a los pacientes tenías que cuidar a tu gente. (Médico, hospital, Salta)

En este marco los equipos de protección personal [EPP], se presentaban como un insumo clave, significando la barrera material frente a una amenaza invisible. La respuesta gubernamental e institucional

no logró, en un primer momento, abastecer con la urgencia debida de los insumos tecnológicos y materiales que propiciarán una atención de calidad y el resguardo de sus trabajadores. En ese entonces, surgieron los primeros intentos de autogestión por parte del personal, a través de confecciones caseras, mediante compras colectivas o por donaciones comunitarias.

En Santiago del Estero, durante esta etapa en los relatos prima cierta incertidumbre y ambigüedad entre las/os trabajadoras/es. Mientras que para algunas/os la situación se plantea como algo “lejano”, que afecta a “los porteños” y “que nunca iba a llegar”; para otros generaba la necesidad de buscar información y preparar los servicios para la atención.

El equipo de salud lo veía como algo muy lejano, como si fuese que nunca iba a llegar a Santiago; esto les pasaba por ejemplo a los porteños, ¿entiende?, y no a la zona rural; y la verdad que me empezaba a movilizar y empezaba a hablar con gente, con algunos directores del Ministerio y les decía “tenemos que empezar a hacer algo, nos tenemos que empezar a organizar, nos tenemos que reunir porque se nos va a venir la noche. [...] A fines de febrero se empieza a hablar mucho de la pandemia que llega a Argentina, empezamos con el seguimiento a todas las personas que venían del extranjero, empezamos a trabajar de lunes a lunes. (Médica de familia, a cargo de una posta rural, Santiago del Estero)

En Córdoba, un eje principal sobre el que se articula la política pública es el reforzamiento de la infraestructura (camas de terapia, respiradores). Se introduce a las/os expertas/os científicos como una manera de legitimar las políticas públicas en términos de una lógica tecnocrática. En esta línea narrativa, el Ministerio de Salud de la provincia pone de relieve las medidas sanitarias implementadas por el ejecutivo de cara a la contención y atención de la COVID-19: información sobre un nuevo virus, conformación de un órgano institucional específico con representación de los/as que saben, aislamiento para preparar al sistema de salud, sistema de salud fortalecido con camas

de terapia intensiva y aparatología, con insumos suficientes, estrategias elaboradas con racionalidad sanitaria, control territorial (rastreo, detección, operativos, aislamiento), profesionales capacitados, sistema organizado, coordinación provincia-municipios, de donde se sigue la proyección de una gestión oportuna, prolija y eficiente. A la luz de esta trama argumental se reafirma el *modelo cordobés* de afrontar la crisis. Un tono discursivo sostenido en el *todo bajo control* que contrasta fuertemente con los relatos de las/os trabajadoras.

Y un día llegué y estaban todas las camas dadas vueltas, *durlock* por todos lados, gente trabajando, no había nadie en el hospital, prácticamente nadie. Gente que se iba de los servicios como si viniera un terremoto, así, la gente corría buscando las cosas, los camiones de los militares afuera cargando los muebles para mudarse [...] una cosa de locos era, horrible, horrible, una desolación. (Administrativa, hospital, ciudad de Córdoba).

En las distintas regiones, los testimonios refieren que se tomaron decisiones sin comunicar, ni lograr consensos con las/os trabajadoras, provocando situaciones de incertidumbre e improvisación. Son constantes las referencias a los cambios de protocolos clínicos, el establecimiento de nuevos flujos y la resignificación de funciones de los diferentes espacios de atención y sus actores. Mientras la gestión de problemas cotidianos se resuelve en lo microinstitucional, la velocidad de los cambios produjo contratiempos que diariamente generaban la sensación de una multiplicación de normativas y protocolos “sin sentido”, tal como lo describen los/as trabajadoras/as. Por ejemplo, los protocolos, al mismo tiempo que se estaban preparando perdían vigencia por la transformación constante de los escenarios. En ese contexto se fueron generando algunas resoluciones dentro de cada equipo:

[...] En esa primera etapa era como que se hablaban de veinte millones de protocolos, todo el tiempo se decían cosas distintas, de hecho, hasta durante todo el proceso de la pandemia era como que siempre salía alguna resolución nueva. [...] Nos autocapacitamos nosotros

porque veíamos el tema del uso de los equipos, esto de cómo armar un protocolo de atención a un paciente febril. Todo eso lo hemos hecho nosotros, digamos, nosotros hemos buscado las herramientas para eso. (Técnica de laboratorio, Santiago del Estero)

Es recurrente la referencia a la adecuación de la norma o el protocolo a lo posible, según las circunstancias, los insumos, las condiciones de trabajo y el personal disponible (Sy et al., 2021b).

[...] Los protocolos vienen del Comité de Infectología, de la dirección bajaron, pero a lo que uno va es que si no había equipo, no había materiales, es difícil cumplir un protocolo. Esta gente que organiza eso parece ser que vive en otro mundo, otra realidad. Es como que hay una disociación entre las normativas y los protocolos y cómo funciona realmente una institución. (Enfermero, hospital del sur del conurbano bonaerense)

En muchos efectores del primer nivel de atención faltaron elementos de protección personal como barbijos y alcohol. Las excepciones y licencias del personal de salud generaron mecanismos de segregación e hicieron que gran parte del trabajo recaiga en menos personas (Alonso et al, 2022b).

[...] Desde que arrancó todo esto nuestra jefa de enfermería no volvió nunca más, o sea se tomó la licencia y no volvió más, [...] nos quedamos con 60-70 % del personal. (Enfermera, Hospital del sur del conurbano bonaerense)

Situaciones con una enorme carga emotiva son narradas por todo el personal de salud, aún antes de la ocurrencia del primer caso:

Y bueno, cuando llegó el coronavirus, nos informaron que el hospital había sido designado Centro Covid, y lo sentimos como si nos hubiesen decretado la pena de muerte. Todo el mundo quería escapar. Me acuerdo que mis compañeras comenzaron a decir: “yo soy asmática”, “yo tengo a mi mamá...”. Todo el mundo elevaba notas, todo el mundo intentaba escapar. Yo dije: “hay que enfrentar, qué se va a hacer”. Y recuerdo ese día... todos llorando. Nos sacaron a los chicos,

los derivaron al Hospital Materno Infantil. Era como que se venía el fin del mundo, una cosa así. Nos dijeron que había que liberar todo, había que sacar todo. Sacábamos a los bebés con sus cunas. Fue muy duro. Se llevaron todo. Había que desarmar todo, todo el hospital había que desarmar. Los dibujitos, todo. (Enfermera, hospital, Salta)

El primer nivel de atención en el momento inicial

Debido a la implementación del ASPO, en muchas regiones del país, y por decisión de las autoridades locales, los centros del primer nivel restringieron la atención y en algunas localidades cerraron. Trabajadores/as de salud fueron trasladados o rotaron para atender en áreas covid y se descontinuaron las actividades territoriales. De acuerdo a las narrativas, los servicios de salud mental, trabajo social, nutrición y odontología, entre otros, pasaron a “estar en pausa”, sin protocolos a seguir, no fueron considerados esenciales y se recomendó la atención telefónica de pacientes. Los seguimientos de enfermedades crónicas fueron discontinuados con la excepción de la entrega de medicamentos, que se buscó proseguir con enormes dificultades y obstáculos, vinculados a la imposibilidad de desplazarse que tenían los/as pacientes. En muchas situaciones los equipos de salud deciden llevarlos a los domicilios particulares (Alonso et. al, 2022b).

En contraste, en Santiago del Estero los centros no cerraron, al contrario, multiplicaron sus tareas. El primer nivel de atención se encargó de la mayor parte del trabajo para atender la pandemia.

Para mí sí, ha sido un enorme esfuerzo, al menos de la parte de APS, mis compañeros y yo, pienso que ustedes también, yo pienso que hemos tenido que redoblar el esfuerzo porque yo pienso que, de alguna manera, sobrellevar la situación más allá de la gente [...]. (Administrativo, APS, Santiago del Estero)

En Córdoba, el cierre o teletrabajo en diversas dependencias estatales responsables de dar respuesta a las demandas sociales (escuelas,

centros vecinales, comedores comunitarios u otras organizaciones sociales en los barrios) implicó la suspensión de la trama de trabajo comunitario y en red en los territorios, quedando solo el centro de salud como el epicentro de recepción de las demandas más diversas, en muchos casos y según el relato de los/as trabajadores/as sin información ni recursos para gestionar y lograr resolverlas.

Fue muy difícil. Creo que para toda la sociedad fue muy difícil. [...] Compartimos un poco la sensación de que habíamos quedado solas en los centros de salud, habíamos quedado solos en los territorios. (Médica, centro de salud, ciudad de Córdoba)

En centros de atención de primer nivel ubicados en el interior de la provincia de Salta, las condiciones de atención se modificaron abruptamente. Las trabajadoras encargadas de realizar visitas domiciliarias a las familias rememoran esos cambios destacando las estrategias y soluciones adoptadas frente a las problemáticas que sucedían en la comunidad asistida:

Nosotros no tuvimos, como otras instituciones y otros ámbitos, burbujas de adaptación... tuvimos presencialidad plena desde que inició la pandemia... tuvimos que coordinarnos y reorganizarnos para empezar con lo remoto, pero no abandonar la urgencia tampoco. Por ejemplo, a la semana del [comienzo del] aislamiento tuvimos un suicidio adolescente. De todos modos y con todas las precauciones, fuimos al domicilio y se hizo el acompañamiento en la medida de lo posible a la familia... ¿Qué establecimos? Bueno, un sistema de comunicación muy sencillito por medio de WhatsApp, por el cual trabajábamos consultas y turnos programados para atender gente que requería más demandas. (Trabajadora social, APS, Salta)

En ese marco reemergen viejos resquemores respecto a la *atención primaria*

A APS nunca la han valorado, nunca han valorado al agente sanitario y sin embargo hoy el agente sanitario, el enfermero de APS ha estado al pie del cañón poniendo el hombro y el pecho, como se dice,

a esta pandemia. [...] APS se ha levantado para trabajar a la par de la gente y darle la solución que necesitaba la gente y gracias a la organización de ellos, al pulmón que le han puesto. (Agente sanitaria, APS, Santiago del Estero)

En el caso de Rosario, una ciudad que cuenta con una amplia red de servicios públicos de salud desplegada territorialmente, los CAPS tampoco cerraron sus puertas, la continuidad del desempeño de sus tareas se vio atravesada por la reorganización de los procesos de atención hacia el interior de sus espacios de trabajo. Licencias para personas con factores de riesgo, cese de ciertos espacios clínicos y grupales, readecuación de roles y funciones fueron algunas de las circunstancias usuales durante este período (Stival et al., 2022). En los días previos e inmediatos a la declaración del ASPO, el clima reinante se describe como lleno de incertidumbre y miedos ante una enfermedad totalmente desconocida:

[...] Por lo menos a mí en lo personal me suena que al principio fue como un *shock*... que el barbijo, que no atiendas, que sí atendé, bueno, pero que venga a buscar la medicación, que no le toques el carnet, que no le des, ¿no?... igual tenías que seguir trabajando. (Médica generalista, centro de salud municipal, Rosario)

En los CAPS de Mar del Plata, del conurbano bonaerense y de Misiones quedaron solo médicos/as y enfermeros/as durante los primeros meses de la pandemia, como expresión de la profundización de la hegemonía biomédica en la explicación y prevención del proceso de salud y enfermedad. Una nutricionista del primer nivel lo explica en sus propios términos:

[...] Acá en nutrición cuando empezó la pandemia, que sacaron muchas áreas de atención, los nutricionistas no estuvieron asistiendo a los centros de salud porque [era] todo telefónico. [...] Yo trabajé en mi casa, pero con mi computadora y con mi teléfono. Y todo gasto que salía de llamadas era de mi teléfono. Eso sí fue así. [...] un montón de áreas. Salud mental entera, trabajo social, [en los CAPS] médicos,

enfermeros y no más. Y los administrativos trabajaron, hubo mucha gente de licencia [...]. (Nutricionista mujer, CAPS periurbano, Mar del Plata).

Puede verse que en muchas localidades se relegó el primer nivel de atención ante la centralidad que adquiere la necesidad de equipar y concentrar recursos humanos y materiales en los hospitales. Sin embargo, cabe mencionar el lugar que tuvo en los territorios el programa Detectar (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino), articulando con diferentes organizaciones sociales e instituciones locales.

El vértigo de la *primera ola*

Todos fuimos a trabajar porque era nuestro trabajo y lo habíamos elegido antes de la pandemia, pero nadie quiso ser un héroe, todos tuvimos que hacerlo porque era nuestro trabajo.

Enfermera, hospital del sur del conurbano bonaerense

Las fases con las que los gobiernos se refirieron a la pandemia no siempre coinciden con la temporalidad narrada por trabajadoras/es de salud. En cada región se narra en diferentes momentos cómo comienzan a crecer los casos y a producirse fallecimientos. Desde el inicio el personal de salud fue el más afectado, de hecho, la primera persona fallecida fue un enfermero de la provincia de Buenos Aires.⁴ Se incrementó la cantidad de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos y las salas de internación. Las capacidades de los hospitales se vieron agotadas. Hubo que armar nuevos servicios de internación. En la capital de Santa Cruz, un acontecimiento

⁴ Se trata de Silvio Cufre, cuya muerte dio origen a la sanción de la Ley 27548 que crea el Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19 en 2020.

que marcó a las/os trabajadores de salud fue el diagnóstico del primer caso:

[...] fue ingresado en el hospital. Miedo porque me paraliza. Estuve trabajando en la sala de UCI [Unidad de Cuidado Intensivo] en el turno noche. [...] Empezaba con ese miedo, con angustia, hasta lloraba [...]. (Enfermera, hospital, Santa Cruz)

Las referencias en torno a la angustia, ansiedad y temor de los primeros casos son recurrentes en todas las personas entrevistadas. Esas emociones matizan con la satisfacción y alegría ante la recuperación y el alta de los/as pacientes:

Cuando sabes que van a pasar a sala... y, una felicidad enorme, no creo que nada te pague eso. Totalmente, eso es lo que te decía que daba mucha gratificación. Sí, sí, sí, es increíble. (Personal de UCI, médica, Santa Cruz)

Expresiones de orgullo, felicidad, gratificación emergen de las narrativas de estos/as trabajadores/as, que aluden a recuperar fuerzas para el trabajo diario. En este aspecto, Mary Gavin (2018) señala que las emociones positivas aumentan la conciencia, atención y memoria; estas emociones positivas en medio de la tragedia, permiten pensar que contribuyen a sostener el trabajo diario.

En junio ocurren las primeras muertes por COVID-19 en Mar del Plata, una enfermera del hospital del PAMI y una mujer trans detenida en la cárcel de Batán. Estos casos son una muestra de la forma en que las desigualdades afectan a la población, además de la feminización de la vulnerabilidad en la emergencia sanitaria y su consecuente moralización. Una persona con responsabilidades de gestión en el hospital provincial comenta sus emociones al respecto:

A mí me pegó muy mal la primera muerte de una enfermera que había sido de la escuela nuestra de enfermería, yo la conocía a esa chica, me había traído los papeles y al final se fue a trabajar al PAMI

y me pegó muy mal. [...] Fui al psiquiatra. (Psicóloga social, hospital, Mar del Plata)

El colectivo de enfermería debió hacer pública la reivindicación de la profesión y la denuncia de la discriminación social que se generó luego de la culpabilización de la enfermera de su propia muerte al circular imágenes del supuesto incumplimiento de los protocolos en los *offices* de enfermería de hospitales de la ciudad. Compañeras de la mujer trans fallecida denunciaron fallas recurrentes en la atención y traslado desde la cárcel hacia el hospital modular exclusivo para el tratamiento de covid.

Santiago del Estero tiene un caso emblemático, el “caso 41”: noticia en todo el territorio nacional porque el paciente fue identificado y vinculado oficialmente como nexo responsable de la expansión y circulación comunitaria del virus en la provincia. Una entrevistada narra ese evento que, al mismo tiempo, activa nuevas formas de trabajo:

A partir del caso 41 [la] atención primaria de la salud ha tomado otro giro, porque la orden fue ir a buscar los casos positivos, por ejemplo, alrededor del domicilio de esta persona había que ir a buscar persona por persona, casos asintomáticos y sintomáticos para los hisopados y se le pueda aislar, nos tocó también mandar a la UPA personal para esta tarea. (Ministerio, Educadora, Santiago del Estero)

En el marco de la creciente demanda se dio inicio a un proceso de fragmentación y desgaste, con discursos y prácticas estigmatizantes desde algunos sectores de la población hacia las/os trabajadoras de la salud. Esto se expresa en diversas formas de violencia, discriminación y agresión física o verbal:

[...] hemos sufrido hostigamiento, persecución, violencia por parte de la ministra de ese momento. Nos puso en un lugar donde no puedes reclamar los derechos, porque si no íbamos a sufrir represalias. De repente no podríamos contagiarnos, porque eran parte del personal de salud. (Psicóloga, CAPS, Salta)

Las situaciones de violencia en las instituciones se agravan. En un hospital del conurbano bonaerense, una oficial de seguridad del hospital relata:

Quando me escupieron en la cara tenía mucho miedo, yo tengo un nene en casa. Tengo a mi vieja con EPOC. Mi viejo operado del corazón. Y decía “chau, los maté”. Y sí, me tuve que hisopar, todo y era un miedo, me tuve que encerrar en un lugar que tengo en casa, un saloncito aparte, estuve tres días encerrada ahí, sola ahí [...] cuando yo decido pasarme a la morgue, todo el mundo me decía “estás loca, ahí van todos los infectados”. Y la patóloga me dijo: “mirá yo te voy a explicar algo. El óbito no te escupe, no te respira, no te saliva, no te mancha, no te toca. Sos vos”. (Personal de seguridad, hospital del sur del conurbano bonaerense)

Los sentimientos de angustia, ansiedad y tristeza en algunos casos se manifestaron sintomáticamente en esa instancia, como enfermedad. Personas que inicialmente no habían pedido licencia, aun con padecimientos crónicos, entonces lo hicieron. Ocurrió también un aceleramiento de las jubilaciones.

[...] Se vivió mucha incertidumbre y mucha angustia en el personal de salud, [...] creo que es una batalla más allá del virus, es una batalla mental la nuestra, [...] me afectaba y me ponía triste, pero no sentía que me afectó tanto como para no poder dormir o comer. Algunos compañeros tenían problemas para dormir o estaban con ataques de pánico. (Enfermera, hospital del sur del conurbano bonaerense)

Esta situación de aumento en la demanda de atención y cuidados, tornó visible y magnificó la escasez, especialmente de profesionales de enfermería:

[...] en enfermería siempre fue históricamente escaso el recurso humano [...] son problemas previos incluso a que yo entrara al hospital, [...] esto va más allá de la pandemia. (Enfermera, hospital del sur del conurbano bonaerense)

Otra dificultad para el sistema de salud ha sido la falta de espacio: se agregaron camas en lugares impensados. Emergió el problema del hacinamiento, dificultando la movilidad del trabajador/a de salud, entre camas y demandas, solicitud de ayuda de la comunidad. Cada uno de los testimonios confirman las transformaciones en los espacios de trabajo que vivieron las/os trabajadoras de salud.

[...] hubo dos o tres momentos que creo que no me los voy a olvidar nunca en mi vida [...] había camas en los consultorios porque no daban abasto con las camas. (Nutricionista, hospital del sur del conurbano bonaerense)

[...] había un gran desborde en el hospital. Por un lado, de no ubicar camas y, por el otro, la cantidad de gente joven fallecida, recurrimos a todas las salas, muertes repentinas y numerosas. Me quedó marcada una situación en la guardia llenando las derivaciones una persona óbito al lado mío, ver naturalizar toda la situación. (Trabajadora Social, hospital, Santiago del Estero)

Esta realidad ha sido manifestada por muchos de los/as entrevistados/as, la dificultad para adaptarse a estos nuevos escenarios. En la ciudad de Córdoba prima la imagen del desorden, “caos en todo momento”; “pareciera que se marcha sobre la improvisación”; “muy vertical”. Sin consensos o acuerdos que podrían haber generado “actividades un poquito más ordenadas”.

La primera ola nos muestra con crudeza la crisis, el temor y la incertidumbre que tuvieron que afrontar las/os trabajadoras/as de salud. Procesos de adaptación ante los nuevos escenarios que cambiaron el paisaje cotidiano de sus áreas de trabajo para responder a las demandas de la población en materia de salud. Vivenciar la muerte de cerca, tan próxima condujo a “sentir que también nos podemos morir”. Una trabajadora sintetiza este momento con la frase “fuimos preparados para curar, pero en aquel momento solo gestionamos la muerte. [...] Eso fue muy difícil de entender” (Médica, hospital, Salta).

Vulnerabilidades en resistencia⁵

En la ciudad de Rosario, surge un espacio autoconvocado por el personal de salud denominado “Asamblea de Trabajadores por la Salud Colectiva” [ATSC]. Este espacio colectivo emergió en un contexto específico caracterizado por el *desacople* entre la situación crítica de *saturación* y *desborde* vivenciada en los servicios de salud debido al fuerte aumento de casos (primera ola septiembre-octubre 2020), y la creciente flexibilización de las medidas de cuidados y restricciones a la circulación por parte de las autoridades provinciales y municipales.

Se armó la asamblea en un momento de mucha contradicción entre los discursos, ¿no?, entre los lineamientos generales porque se flexibilizaba todo y parecía que todo estaba mejor, se amplió la circulación, pero uno veía que los contagios aumentaban día a día y que la población no estaba mejor, los contagios seguían aumentando, [...] eso fue un momento de mucha impotencia, era sentir que el laburo que uno hacía no tenía ningún sentido, [...] no se contemplaba el desgaste y el cansancio de los trabajadores. (Psicóloga, centro de salud municipal, Rosario)

[...] me parece que hubo un espacio muy potente, digamos. Me parece que se fue generando por la necesidad, digamos, de agendar otras cosas en el medio de las medidas, [...] intenta ser un espacio horizontal, [...] fue generando una cuestión de decir, quiénes somos, quiénes estamos, y mirarnos. Intentar mirarnos en un momento que no nos podíamos encontrar. (Médica generalista, centro de salud provincial, Rosario)

Este representa un ejemplo de los múltiples espacios que emergen desde las/os trabajadoras, en diferentes puntos del país, buscando llevar un mensaje de cuidado a la población, de reclamo al gobierno,

⁵ Marta Lamas (2021), siguiendo a Butler, refiere a las mujeres e identidades disidentes como vulnerabilidades en resistencia en el marco de la 4.ª ola del feminismo. En nuestro trabajo retomamos el concepto para referirnos a las/os trabajadoras de salud en el contexto dramático de la pandemia por COVID-19.

de cuidado entre trabajadores. En el conurbano un médico que trabajaba en el primer nivel, trasladado a un hospital en la pandemia, señala:

Empezamos a reunirnos casi como dos veces por semana. Y en el marco de esas reuniones exigimos que se conforme el comité de crisis, después el comité de crisis ya tomó un lugar más institucional y en mayo [de 2021] fue el cambio de la dirección y ya la nueva dirección lo tomó como un espacio institucional, pero quedó como espacio donde se van discutiendo algunas cuestiones que tengan que ver más que nada con el contexto de pandemia y la reubicación de algunos servicios, cuestiones infraestructura [...]. (Médico, hospital del sur del conurbano bonaerense)

En muchas situaciones, el sentirse extremadamente vulnerables o vulnerados en sus derechos como trabajadores conduce al desarrollo de estrategias de resistencia que construyen estrategias novedosas para el trabajo diario.

“Un respiro”

En el verano, noviembre, diciembre, llegamos a hacer guardias de 12 horas... porque bajaron los casos, bajó el número de internados [...] no sé si fue una cuestión de calor, o quizás un poco el efecto de todo ese número de gente que se guardó, pero empezaron a bajar los casos, en enero bajaron los casos, febrero bajó mucho más la internación. Logramos externar a pacientes que venían internados hacía rato.

Médica, terapia intensiva, hospital general,
ciudad de Córdoba

Así como las grandes tormentas ponen en riesgo la vida en la tierra, asimismo con los días comienzan a menguar y con ello viene la tranquilidad. Algo similar, aunque con mayor persistencia, ocurrió

en torno a la letalidad del virus. Paulatinamente fue disminuyendo el número de pacientes y personas internadas, con ello se presentó la oportunidad de tomar el descanso que muchos trabajadores necesitaban. Algunos no habían podido realizar sus vacaciones y fue el momento en que se valoró la posibilidad de tomar los días de licencia.

Este tiempo también fue el momento en que se visibilizó el reclamo de trabajadoras/es de enfermería, a quienes se sumaron otras profesiones y ocupaciones, por ejemplo, en Mar del Plata (Alonso et al., 2022b). La defensa de los derechos laborales y las condiciones de trabajo se manifestaron mediante movilizaciones y un acampe (que se extendió por 21 días) en el predio del hospital regional. Así queda expuesta la precariedad de sus condiciones laborales, la falta de personal, de inversión en infraestructura, de algunos insumos básicos, las bajas remuneraciones, entre otras. Se solicitó el pase a planta permanente de becarios/as y contratados/as y la recategorización del personal de enfermería como profesionales de salud. Una enfermera relata al respecto:

El acampe fue una medida tomada en su momento, no sé si en óptimas condiciones, quizás lo teníamos que haber hecho en algún otro momento de la historia, ¿no? Porque sabemos que esto pasó a la historia, bien... esto fue algo novedoso porque es la primera vez que se unieron [los hospitales] y algunas clínicas. [...] Venimos desde muchos años de decadencia. Yo creo que el estado tiene una deuda pendiente con nosotros desde hace muchos años, [...] con la salud. (Enfermera, hospital, Mar del Plata).

Esta realidad acerca de las condiciones de trabajo y la precariedad laboral de muchos trabajadores/as quedó especialmente expuesta en la pandemia. En estos procesos colectivos se observan dimensiones vinculares que intervienen de manera sinérgica para el sostén de las personas trabajadoras. En ese sentido, se valora el lugar del equipo en momentos de angustia o ansiedad, se trata del espacio donde prevenir “la parálisis” y dar respuesta al “temor” y a

la “paranoia” que emergen en estas circunstancias, especialmente en la soledad.

La pandemia nos puso sobre la mesa algunas cuestiones que entiendo que son como una certeza en la lógica del laburo, o sea, no podríamos haber atravesado esta pandemia sin todo el trabajo de equipo que ya veníamos teniendo antes... de alguna manera pone en evidencia que hay que planificar las cosas, que hay que trabajar en equipo... eso no es nuevo, ¿no?, pero me parece que se puso con mucha fuerza (Médica, hospital del sur del conurbano bonaerense).

Sindicatos, comités de crisis y espacios de reunión de equipo de trabajo se constituyeron en los lugares de sostén a los/as trabajadores/as. Ellos/as afirman que “de otra forma no lo hubiéramos soportado”. Las instancias de apoyo emocional o psicológico que se ofrecían formalmente durante la pandemia y las propuestas institucionales quedaban en el área de psicología de la propia institución, es decir, la atención quedaba en manos de las/os propias/os colegas con la situación intimidante que aquello podía generar. En ese sentido también hubo respuestas individuales de comenzar a hacer terapia o retomar algún tratamiento farmacológico, con un acompañamiento terapéutico personalizado.

Por otro lado, trabajadores/as durante este tiempo inician una etapa reflexiva sobre lo acontecido durante los primeros meses de la pandemia. Los/as profesionales de la salud hacen referencia ya a una capacitación sistematizada a cargo de los ministerios provinciales. El Estado nacional asume la formación de sus profesionales, se actualizan protocolos y tratamientos dada la nueva evidencia, generando renovada expectativa en la vacuna. Se publican investigaciones científicas internacionales y nacionales sobre nuevos procedimientos terapéuticos. Se comienza a avizorar un nuevo horizonte.

El desborde (segunda ola) “reventar el sistema”

Cuando el servicio no tenía más camas... cuando llegamos a tener 24 pacientes y había pacientes abajo esperando. En un momento tenías que tomar la decisión de cuál subía y tenía una posibilidad, cuál se quedaba abajo y quizá se moría... me volvía llorando porque es como sentirse verdugo, como decidir quién vive y quién muere. Fue una de las cosas que más me marcó porque cuesta mucho.

Médica, hospital, Santa Cruz

El aumento de casos volvió a poner en tensión al sistema, con la sobreocupación de camas especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos [UCI]. En los equipos emergieron preguntas, reflexiones e interpelaciones sobre las prioridades para la ocupación de las camas: el/la adulto/a mayor sin comorbilidades o el joven con enfermedades crónicas. Estas situaciones generaron roces y conflictos intraequipos. En este sentido, la toma de decisiones ético-profesionales se basa en protocolos clínicos y principios bioéticos fundamentales para la resolución de cuestiones conflictivas en el contexto clínico (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2020). Los profesionales en las UCI tuvieron que abordar dilemas éticos de difícil resolución requiriendo una visión integral (Guilhem, 2017).

Sobre todo en esta segunda ola que hemos visto pacientes muy jóvenes ingresar al área roja con mínimas complicaciones y en un par de horas, eh, la manera en que se descompensó era..., la verdad es que ni los médicos ni nosotros podíamos entender bien el mecanismo por el cual el paciente terminó con un desenlace fatal en muy pocas horas. (Licenciada en Enfermería hospital del sur del conurbano bonaerense)

Aparece la necesidad de atender a problemáticas simultáneas, algunas que habían sido postergadas por la pandemia, otras como consecuencia del covid y las generadas por una segunda ola de contagios:

Hubo épocas super tristes, sí. Ahora, en esta ola que pasó. [...] Nosotros tuvimos más muertos en abril-mayo [del 2021] que en 2020. [...] Estaba teñido de gris el hospital, era muy feo y se volvió todo covid de nuevo, fue como fuerte porque nunca pensamos que iba a pasar algo así, no nos la esperábamos ni ahí. Fue de un día para el otro, en dos semanas el hospital era todo covid de nuevo. (Nutricionista, hospital del sur del conurbano bonaerense)

Este contexto se encuentra atravesado por múltiples emociones, las expresiones de miedo, temor y angustia han sido las más frecuentes en sus relatos:

Yo el año que he sentido mucho miedo no ha sido el 2022, para mí ha sido el 2021. Porque he visto morir mucha más gente de mi edad, gente que me ha marcado mucho porque ahí es como he hecho un *click*, [...] porque nos hemos encontrado con el personal abatido, [...] siento ese miedo. (Enfermera, Hospital, Santiago del Estero)

Esta segunda ola encuentra a las/os trabajadoras/es con un enorme cansancio y agotamiento físico y mental, en un escenario caracterizado por la escasez de personal y las necesidades de renovación de los equipos:

Ni en el 2009 se trabajó tanto. Esto fue... increíble. La cantidad de muestras... impresionante. [...] Sabés cuándo entras y no sabés cuándo te vas, al principio. Después se ordenó un poco, con la entrada de la gente nueva. [...] [A la noche] me desmayaba. [...] Bueno, al principio fue redifícil esto, porque esperábamos que a la noche retarde, según cuantas muestras habían quedado sin hacer o cómo venían, decía "bueno, mañana tal, tal y tal vienen". [...] Sí, me acuerdo de un día a la mañana [...] sonó el despertador y yo decía "no quiero ir, no quiero ir, estoy cansada". (Bioquímica, hospital, Mar del Plata)

Si bien el personal en ese momento contaba con nuevos conocimientos y prácticas en la atención y el cuidado, existía mayor cansancio y desgaste. Muchas/os aún sin tomarse vacaciones y otros/as convalecientes porque se habían infectado. La complejidad de este panorama redundó en malestares profesionales y personales:

La pandemia es una ola, un alud, que se te viene encima, pero más allá de eso nos faltaba recurso humano para hacer la atención, para dar diagnósticos. Ante la falta de bioquímicos, de técnicos, ¿quiénes tuvieron que hisopar? Los enfermeros. Hoy en día, quien hisopa en guardia central es enfermería. Y si nosotros nos ponemos a ver los protocolos de Nación, el que tiene que hisopar es el bioquímico. Pero acá, como no hay mucho bioquímico, el bioquímico capacita al enfermero, y entonces se delega cosas que recaen sobre enfermería. Y los cuidados de enfermería, ¿quién los hace? (Lic. Enfermera, hospital, Salta)

En los relatos se destaca la importancia de los afectos y las vinculaciones existentes. El haber estado en “la trinchera” las/os llevó a resignificar su propia mirada ante la salud, a ser reflexivos respecto a la vida. Destacan que una propuesta de política sanitaria no debe ser pensada de modo aislado, sino articulada con el resto de las políticas de intervención social y colectiva.

Al trabajo en equipo, fundamentalmente, porque nadie puede hacer nada sin la colaboración del otro. Eso, reforzar los lazos entre los servicios de acá en el hospital. Y aprendizaje... estar más con la gente. (Trabajadora social, CAPS, Jujuy)

Una nueva realidad socio-sanitaria: aprendizajes y desafíos

Me da la sensación [de] que, si bien tal vez mi mirada quede muy circunscrita al espacio de la salud mental, nos vamos encontrando con un perfil respecto a la construcción de subjetividad de este siglo con grandes dificultades en el andamiaje en las infancias, y no tenemos los equipos para poder responder a eso. Y eso es tremendo... una problemática que implica tantas miradas necesarias para poder cuidar un poco más las infancias

Psicólogo, CAPS periurbano, Mar del Plata

La salida de la pandemia abre seriamente la discusión acerca de los desafíos del sistema de salud para atender una sociedad padeciente.

Las condiciones de vida se conjugan con la diversidad de manifestaciones que adquiere el malestar social. Dentro de ellas, la salud mental es una deuda pendiente que se vio afectada por las condiciones del aislamiento, la ausencia de dispositivos de socialización, así como las transformaciones en los vínculos sociales. En este periodo comienzan a evidenciarse las secuelas y consecuencias de la covid, vinculadas al transitar la pandemia para diversos sectores de la población.

Durante la época del verano que se calmó un poco, yo armé un protocolo de tratamiento para los pacientes poscovid, ahí en el hospital tenía un consultorio con un gimnasio donde atendía al paciente que se fue de alta y que quedó con alguna secuela física que se puede recuperar a través de un tratamiento. (Kinesiólogo, hospital, ciudad de Córdoba)

Cuando se reabrió la posibilidad de acceder a los consultorios de clínica médica o de seguimiento de enfermedades crónicas, las/os trabajadoras señalaron que las personas llegaban con “estadios avanzados de cáncer”, “diabetes para amputación”, cuadros renales agudos y de salud mental como ataques de pánico, depresión, ansiedad y violencia de género y hacia niñas/os y adolescentes.

Se dejó de mirar el resto de las cuestiones de salud. Eso me parece que fue igual de trágico que el resto de las muertes, porque en ese tiempo tuvimos gente que falleció de paros cardíacos, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que dejaron sus tratamientos. (Psicóloga, CAPS, departamento Gral. San Martín, Córdoba)

Dejó de haber siniestros viales, dejó de haber enfermedades respiratorias, pero la gente en un momento colapsó. Empezaron a aparecer en la guardia todos quemados, reventados, infartos, arritmias, diabetes, ACV, entre lo más habitual que se empezó a ver. (Médico, hospital, Salta)

Los testeos de HIV, sífilis y hepatitis [...] se dejaron de hacer durante la pandemia, habrán arrancado hace un mes. (Enfermera, hospital del conurbano bonaerense)

Estas problemáticas de salud representan un enorme desafío futuro, marcando la necesidad de reconfigurar programas de salud especialmente orientados a atender esta nueva realidad socioepidemiológica.

En este sentido, en muchas localidades se destacaron algunos aprendizajes y fortalezas que sería importante sostener, principalmente vinculadas al trabajo en equipo. Se describe de manera recurrente cómo se fueron creando espacios de encuentro y discusión interdisciplinarios para dirimir problemas cotidianos que escapaban a las normas y protocolos.

Porque era la necesidad de acompañarnos en eso, de que no se sientan solos, y ha habido como un proceso de reforzar todo este sentimiento de pertenencia, de acompañarnos, de ayudarnos, de motivarnos. Eso ha funcionado mucho. (Enfermera, hospital. Santiago del Estero)

La fortaleza que tenemos es el equipo humano... creo que ese es el principal valor y lo que ha quedado expuesto. [...] En ese sentido creo que aprendimos a utilizar estas redes de trabajo ya existentes y darles una nueva orientación. (Administrativa, hospital, Misiones)

Cuando se concreta la posibilidad de vacunar, las/os trabajadoras intensifican sus tareas, en sus propias palabras con “felicidad”, “alegría” y “emoción”. El desafío en todos lados fue cómo garantizar el acceso a quienes en cada etapa debían vacunarse; se desplegaron operativos en todo el país, en la primera etapa primaron las estrategias territoriales:

Cuando surgió lo de la vacunación primero se empezó a vacunar en los territorios. Las primeras vacunaciones se armaban como dispositivos y operativos. [...] Me parece que ese hubiera sido un modelo a repetir en toda la etapa de vacunación. Pero después realmente era imposible sostener esa cantidad de gente, [...] me parece que hubiese sido una herramienta como super útil de poder sostenerlo como

se sostiene ahora [...]. (Médico residente, hospital regional, Dpto. Río Cuarto, Córdoba)

Entre diciembre de 2021 y enero de 2022, ya con la mayoría de la población vacunada, irrumpió una nueva variante de la enfermedad, la Ómicron que generó una tercera ola. Este contagio fue masivo e inesperado y afectó fuertemente a los hospitales. Las/os trabajadoras relatan:

En esta última ola, que fue un tsunami [...] el gobierno esperó a que golpearan las olas con todo para empezar a actuar. [...] El gobierno dice, “mientras haya camas no hay problema”, eso vamos a ver ahora, por más que estemos vacunados, evidentemente la letalidad va a ser menor, el índice de internación también, pero vamos a ver cuántos fallecidos hay con 16 mil contagios diarios de acá a dos semanas [...]. (Médico, hospital, ciudad de Córdoba)

Este evento impredecible da cuenta de que la ansiada pospandemia puede demorarse. Si bien con la vacunación el virus puede disminuir su circulación o atenuar sus efectos, en las narrativas se plantea, adicionalmente, el desafío de atender a las secuelas del covid, al sufrimiento psíquico (tanto en las personas adultas como en las infancias), a ECNT, a la reemergencia de enfermedades endémicas, entre otros problemas de salud que adquieren carácter epidémico en la actualidad. Es en ese sentido que elegimos hablar de una *nueva realidad socio-epidemiológica*.

Discusión

En este capítulo hemos reconstruido una secuencia temporal de la pandemia a partir de las narraciones de las/os trabajadoras/es de la salud. Esa secuencia está inicialmente marcada por una medida nacional: la declaración del ASPO en marzo de 2020. Sin embargo, lo que sigue está signado por la dinámica de la circulación viral, las olas con picos de contagios, muertes y un elevado nivel de exigencia

al sistema de salud que se alterna con la *calma precaria*, que habilitan *un respiro* o la proyección del fin de la pandemia.

Gustavo Lins Ribeiro (2021) plantea la pandemia por COVID-19 como un evento crítico en los términos propuestos por Veena Das (1995), quien describe a estos últimos a partir de una ruptura en la continuidad temporal de la reproducción de la vida. A su vez, señala que ante el evento crítico tiene lugar una ausencia de sentidos adecuados para comprender la nueva situación y la necesidad de crear nuevos modelos interpretativos. En proximidad con Riveiro y Das, en este capítulo remitimos a la pandemia como un *acontecimiento disruptivo* siguiendo a Rosana Reguillo (2005), quien lo define como un proceso de desestructuración de lo cotidiano que implica cambios a partir de dos momentos: uno de caos, de crisis, de un profundo movimiento, y otro de reorganización, de institucionalización de nuevos sentidos que habían entrado en crisis. Esta dinámica social lleva al cuestionamiento de un orden que, al mismo tiempo, engendra otro. El punto de interés no es el antes y el después, sino el durante, produciéndose tensiones en las condiciones del pasado y lo experimentado a partir del acontecimiento disruptivo. Desde esta conceptualización pudimos observar distintas tensiones y formas de reorganizar los modos de producción de cuidado de sí y de otros/as, que tal vez ya se venían dando, aunque en el contexto de pandemia se potenciaron o visibilizan con mayor claridad.

Ante el desconcierto e incertidumbre inicial, los protocolos fueron un intento de dar un orden al carácter impredecible de una nueva enfermedad infecciosa. Una manera de cuidar y cuidarse que contribuyó para reorganizar el trabajo, las/os trabajadoras se han visto y se han sentido expuestas/os al virus y a la posibilidad de contagiarse y contagiar a otros/as. Sin embargo, tal exposición estuvo atravesada por desigualdades. En tal sentido, nuestro trabajo no se limitó a entrevistar trabajadoras/es que atendieron casos de covid exclusivamente, sino que, de manera coherente con nuestro marco teórico-metodológico, se trabajó con todas/os los/as trabajadores/as situados en sus escenarios de trabajo. Ello permitió ver que la distribución y la concentración

de procesos que afectan a la salud tampoco son iguales para todo el personal, produciéndose diferencias en función, por ejemplo, de las jerarquías y desigualdades laborales. En ellas las desigualdades de género y clase social se reproducen en la subalternación de las disciplinas no hegemónicas en relación con la biomedicina (Menéndez, 2003). La categoría género se articula en el análisis con otras dimensiones como raza, religión y clase social (Burin y Meler, 2010). Profesiones subalternizadas como enfermería históricamente se vincularon a sectores sociales menos favorecidos que otras profesiones de salud (Ramacciotti, 2019); a su vez, la feminización del trabajo de enfermería redundó en la subordinación y el lugar de subalternidad que describen las enfermeras/os (Sy, et al., 2022), entre otras profesiones feminizadas como trabajo social o psicología. Ello se expresó claramente durante los primeros meses de la pandemia, cuando la biologización como explicación única de la situación epidemiológica, fundamentó la exclusión de las/os profesionales de la salud mental, trabajadores sociales y nutricionistas de los grupos de trabajadores esenciales de salud (Alonso et al., 2022b).

Al respecto, es necesario reflexionar en torno a la salud de las/os trabajadoras. El estudio internacional *HEalth caRe wOrkErs Study* [HEROES] analizó el estado de la salud mental de los equipos de salud que han trabajado asistiendo a la población durante la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas (OPS, 2022). Entre sus resultados muestra un elevado porcentaje de malestar psicológico, síntomas depresivos e ideación suicida de los trabajadores de la salud, comparado con los valores antes de la pandemia y con los datos disponibles para la población general. Entre los factores asociados a estos indicadores, se encontró la falta de apoyo económico, psicológico y en el cuidado de personas mayores, la preocupación por el contagio de seres queridos, el contacto directo con pacientes con COVID-19, conflictos con familiares de estos, el trabajo remoto, la muerte de otros/as trabajadores/as de la salud y el cambio en las tareas. Todas estas condiciones están presentes en las narrativas citadas en nuestros trabajos (Almada, 2022; Alonso et al., 2022a; Avalos y Lorenzetti,

2022; Avalos y Schiavoni, 2022; Mac Lean y Lorenzetti, 2022; Mondelo, 2022; Stival et al., 2022; Sy et al, 2021b y 2022). El estudio de la OPS (2022) expone, asimismo, una brecha significativa en la disponibilidad y el acceso a los cuidados de salud mental, especialmente en América Latina, dado que no han identificado políticas públicas específicas de salud mental desarrolladas por estos gobiernos alertando así sobre la urgencia de su implementación. En las narrativas de nuestro trabajo se expresa el malestar físico, la carencia de insumos o de infraestructura hospitalaria, pero también el sufrimiento psíquico o mental derivado de la pérdida de compañeros/as de trabajo y del estrés de las presiones laborales.

Aún en esta situación de precariedad y vulnerabilidad, como señala la Reguillo (2005), de caos, crisis, de un profundo movimiento, emergen nuevos sentidos y configuraciones novedosas en la producción cuidados para la salud, que exigen una reorganización y desafían los modos ya institucionalizados. Para atender la diversidad de situaciones sociales, epidemiológicas y también laborales que emergieron durante la pandemia, observamos en la experiencia de las/os trabajadoras de salud, la invención de prácticas informales que operan en los márgenes de lo normado como instituido. Estas *rarezas*, como señala Ana María Fernández (2008), irrumpen con la fuerza de lo inesperado, constituyendo nuevas prácticas que aún no alcanzan a organizarse en una lógica instituyente pero que pugnan por permanecer y sobrevivir en las instituciones. Así se desplegaron estrategias locales singulares que contemplaron las características, posibilidades y necesidades locales de salud, en los contextos particulares de trabajo.

La organización del sector salud, caracterizada por la orientación verticalista y patriarcal del modelo médico hegemónico, suele ser resistida por las/os trabajadoras del sector, quienes demandan mayor participación en la toma de decisiones. Los relatos de trabajadoras/es evidenciaron la revaloración del trabajo interdisciplinario, el compromiso laboral, la responsabilidad del cuidado en salud transversal a todas las profesiones y ocupaciones, la organización para la gestión de insumos de cuidado personal, las iniciativas para el

acondicionamiento de los espacios de trabajo, la reorganización de las prácticas de cuidado y atención a la comunidad, las propuestas para la rehabilitación de las secuelas de covid, la incorporación singular de terapias holísticas y, en algunas jurisdicciones, la apertura paulatina de consultorios de diversidad sexual. En el primer nivel de atención se generaron nuevas estrategias en articulación con los movimientos sociales a través de los comités barriales de emergencia y las organizaciones comunitarias. Estas experiencias informales de carácter no normatizado permitieron atravesar de otros modos los meses más críticos del período de aislamiento (Alonso et al., 2022a). En tanto agenciamientos colectivos (Fernández, 2008) conllevan el potencial de instituir nuevos modos de gestión del cuidado en salud, con participación social y perspectiva de derechos para la salud colectiva.

En estos procesos de trabajo colectivo se observan dimensiones vinculares que intervienen de manera sinérgica para el sostén de las personas como trabajadoras. Esta capacidad creativa vinculada a garantizar el cuidado de sí y de otros/as, cuando *las olas aflojan* y la situación epidemiológica mejora, habilita la transformación de la *vulnerabilidad en resistencia* (Lamas, 2021). En todas las regiones del país hubo reclamos y reivindicaciones vinculadas a visibilizar las condiciones de trabajo y la precariedad laboral, los bajos salarios así como la necesidad de formalizar el empleo con el pase a planta permanente (Alonso et al., 2022b; Ramacciotti, 2021; Ramacciotti y Testa, 2022).

Planteamos la necesidad y la oportunidad de establecer transformaciones profundas en el sistema de salud. Se expresan las consecuencias de la sindemia, en particular en los perfiles socio-epidemiológicos de quienes se atienden en el sector de salud pública. Habrá que atender las secuelas de la COVID en el mediano y largo plazo, así como a situaciones de salud que se vieron postergadas durante la pandemia: la salud mental y la salud sexual,⁶ las enfer-

⁶ En la contención de la situación de la salud sexual reproductiva y no reproductiva, las redes de los feminismos y disidencias jugaron un rol protagónico en la producción social del cuidado en articulación con trabajadores/as de salud en los territorios.

medades crónicas y la obesidad, cuyos tratamientos se vieron interrumpidos o discontinuados, con el consecuente agravamiento de los cuadros clínicos. A ello se suman la malnutrición y desnutrición, particularmente en niños/as, y la reemergencia de violencias, especialmente de género y la vulneración de las infancias, así como las enfermedades infecciosas endémicas en nuestro país.

Otorgar prioridad descriptiva y analítica a las narrativas de trabajadoras/es de la salud, en cierto sentido *herejes* frente al discurso oficial, constituye un aporte para sistematizar las transformaciones en las representaciones sociales sobre el sistema sanitario. Su relato busca producir un nuevo sentido, investido de la legitimidad testimonial que les confiere el hecho de haber estado allí (Geertz, 2003). Las narrativas permiten comprender ciertas dimensiones que contribuyen a fragilizar y vulnerar la salud de trabajadoras/es, vinculadas no solo a los imponderables de la pandemia que hemos analizado, sino también a desigualdades que preexisten y se magnifican durante la emergencia epidemiológica. Como señala Scheper- Hughes (2000), si bien predomina la idea que supone que solo pueden construirse políticas oficiales y gubernamentales a partir de los llamados *datos duros* expresados en estadísticas y gráficos de flujos, los resultados de nuestro estudio cualitativo habilitan propuestas de programas y políticas públicas que emergen del análisis de las narrativas. Desde la mirada epidemiológica clásica de los sistemas y servicios de salud se han establecido ciertos indicadores cuantitativos como relevantes a la evaluación de los servicios, calidad de atención y problemáticas que atienden los efectores. Sin embargo, desde la perspectiva cualitativa que proponemos, situada en las intersecciones entre las ciencias sociales y la epidemiología, observamos la necesidad de producir evidencia que permita acceder y comprender los espacios públicos de salud desde una aproximación que se oriente a superar enfoques que se han basado casi exclusivamente en miradas normativas y datos cuantitativos. Desde una perspectiva de derechos, el análisis cualitativo dialoga con quienes transitaron las vicisitudes de la pandemia en Argentina desde los servicios de salud y aportan un saber

valioso construido en esa experiencia con potencial para orientar las acciones necesarias para garantizar el derecho a la salud.

La transformación del sistema de salud requiere revertir la concentración del proceso de toma de decisiones en los niveles jerárquicos, observado durante los años 2020 y 2021, y el fortalecimiento del modelo médico hegemónico como abordaje explicativo y operativo de la pandemia (Alonso et al., 2021). La democratización de la gestión en salud fue señalada como una condición de la producción del cuidado en salud por varios autores (Sousa Campos, 2021; Franco y Merhy, 2011, entre otros). La potencialidad de producir salud de las/os trabajadoras del sector depende de la horizontalidad de las relaciones de trabajo, la habilitación de lugares de diálogo e intercambio, así como la disponibilidad de espacios para la generación de aportes creativos que articulen con la participación de la comunidad. Se trata de nuevas prácticas generadas en pandemia que tienen el potencial de proyectarse hacia la institucionalización de modos más democráticos y participativos de gestión y atención de salud.

Conclusiones: aprendizajes y recomendaciones

La pandemia se constituye en un evento disruptivo al tiempo que habilita el desarrollo e implementación de estrategias y prácticas que mostraron nuevos modos de producir cuidados. La orientación de la política de atención a la emergencia del covid se caracterizó por ser marcadamente hospitalocéntrica y asistencialista. Ello condujo a reservar en un lugar marginal las actividades de promoción y prevención en el terreno de la salud comunitaria. No obstante, observamos que desde los equipos de salud, el trabajo en los territorios continuó, durante la pandemia, confrontándolos con situaciones sanitarias y sociales complejas, que llevaron a potenciar la comunicación horizontal entre disciplinas, complementar la formación hospitalaria con modelos psicosociales y con una visión integral de la salud

familiar y comunitaria. Este encuentro otorgó a los equipos experiencia en el manejo de la incertidumbre para la toma de decisiones.

En estos contextos signados por la incertidumbre, las autoridades provinciales fueron tomando decisiones que en algunos casos generaron superposición de funciones, desarticulación de la red asistencial y discontinuidad de la atención de las problemáticas de salud y enfermedad por fuera del COVID-19. Desde la perspectiva de las/os trabajadoras/es, no fue escuchada su voz y fue subestimada la capacidad de organización local preexistente. Frente a esta situación, evidenciamos que las/os trabajadoras/es respondieron con ciertos grados de autonomía y resistencia, algunas veces *desobedeciendo* normativas que no se adecuaban a los contextos sanitarios locales, buscando de este modo las alternativas viables para la contención de la situación social y sanitaria durante los primeros meses de la pandemia. Desde el trabajo en los territorios que no consintieron en abandonar, muchas/os trabajadoras/es de salud valoraron los vínculos en red, especialmente las respuestas a demandas ligadas a la salud sexual y reproductiva y a las producidas luego de la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (Ley N.º 27 610 de 2021). Las redes locales e intersectoriales, apoyadas en un trabajo previo a la pandemia, jugaron un papel preponderante en las situaciones concretas y emergentes de la crisis. Se destaca el esfuerzo de los movimientos de mujeres que, en articulación con las redes de trabajadoras/es de salud, sostuvieron las agendas propias frente a un contexto donde primaba la orientación de los recursos del sector salud a la detección y atención del COVID-19 (Drovetta y Morales 2021). Las/os trabajadoras/es de la salud identificaron demandas sociales y gestionaron recursos en articulación con organizaciones de la comunidad. Esta construcción, apoyada en el trabajo previo a la pandemia de los equipos de salud del primer nivel de atención y la población de referencia, se constituye en elemento central para pensar intervenciones y definiciones de trabajo orientadas a garantizar cuidados y derechos.

De esta investigación emergen de modo directo e indirecto recomendaciones de políticas públicas recuperando buenas prácticas

(Buriijovich, 2011a y b), sobre la base de los aprendizajes y experiencias del trabajo en salud durante las etapas críticas de la pandemia. Las instituciones de salud fueron sobreintervenidas, sus trabajadores/es sobrexigidas/os, sufrieron traslados, segregaciones y algunos vínculos se deterioraron. En este sentido, destacamos la importancia de promover los espacios de encuentro, diálogo y reflexión en todas las instituciones de salud con participación interdisciplinaria e intersectorial, de carácter vinculante a los procesos de toma de decisión. Estos espacios contribuirán a definir líneas de trabajo para garantizar el derecho a la salud, desde la determinación social del proceso de salud y enfermedad y el carácter sindémico de la pandemia.

Resulta impostergable fortalecer el primer nivel de atención, reterritorializar la atención en salud, conformar consejos de salud local en articulación con las organizaciones sociales, ampliando la capacidad resolutive y los procesos de toma de decisiones. Estos consejos se orientan a sostener y apoyar nuevos modos de producción de cuidados establecidos en el trabajo territorial durante la pandemia, los que articularon los centros de salud con instituciones barriales, ONG, u otros organismos del estado: escuela y universidades, a través de proyectos de extensión, entre otras. Esta estrategia debería estar dirigida a detectar, reparar, volver a incluir a las personas que quedaron sin atención en el sector salud porque se priorizó el COVID-19 sobre otras enfermedades. En ese sentido es preciso prever el abordaje de enfermedades crónicas y las reemergentes como el dengue, así como las violencias, problemáticas de salud mental y el acceso a derechos en salud sexual reproductiva y no reproductiva.

Especialmente, proponemos otorgar prioridad a la resolución de problemas que preexisten a la pandemia en el sistema de salud público como la precariedad de las condiciones de trabajo y contratación. Definir estrategias para garantizar el derecho a igual remuneración por igual trabajo para terminar con la inequidad de género y disciplina u ocupación, que han subalternizado las tareas feminizadas como enfermería y limpieza, entre otras. Instar a los estados municipales, provinciales y nacional a que eviten la precarización

en la atención en salud (monotributos, contrataciones por locación de obras o servicios). Promover concursos públicos que garanticen la equidad en el ingreso. En la coyuntura actual, se vuelve necesario reubicar a todo el personal de salud que trabajó durante la pandemia con los denominados contratos de contingencia. También se hace evidente la trascendencia de fortalecer los espacios de atención a la salud para las/os propias/os trabajadoras, que consideren el abordaje de la violencia laboral y de género aún vigente en las instituciones. Ellos deberían estar acompañados de un plan de comunicación que ponga en valor el esfuerzo de las/os trabajadoras de la salud como un reconocimiento público a su trabajo. Consideramos que hoy tenemos la oportunidad de fortalecer una agenda de discusiones sobre el funcionamiento del sistema de salud en Argentina que encuentre los modos de superar su fragmentación y segmentación histórica.

Finalmente, los resultados de este proyecto constituyen el antecedente directo de otra propuesta de investigación presentada a la convocatoria PICTO Género 2022: “Los efectos de la pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional” (cód. 035). Esta iniciativa resulta una oportunidad de dar continuidad al trabajo desarrollado interdisciplinariamente y de carácter federal, que articula las perspectivas de las/os trabajadoras de salud con la experiencia de los grupos sociales ante el derecho a la salud afectado por la pandemia, desde las dimensiones del género, la etnicidad y la clase social.

Agradecimiento

A todas/os las/os trabajadoras de la salud nuestro infinito agradecimiento por participar generosamente de este proyecto, compartiendo sus vivencias durante la pandemia.

Bibliografía

Almada, J. (7 y 8 de julio de 2022). Vivencias de los trabajadores sanitarios en pandemia. Del cuidado a los momentos claves. *III Jornadas de la RedASA: “Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia”*, Rosario, Santa Fe.

Alonso, V.; Fuertes, S.; Sánchez, L. P.; Hoffmann, M. M.; Romero, P. M.; Posada Campoy, P., y Varela, M. S. (7 y 8 de julio de 2022). *Ecos de la pandemia. Estrategias de vinculación comunitaria relativas a la producción social del cuidado en Mar del Plata*. III Jornadas de la RedASA: “Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia”, Rosario, Santa Fe.

Alonso, V.; Hoffmann, M. M.; Romero, P. M.; Fuertes, S.; Posada Campoy, P.; Sánchez, L. P., y Varela, M. S. (2021). Episodios de una pandemia inconmensurable: las mujeres en la gestión de la salud en Mar del Plata. *Revista Movimiento*, 35, 98-101. <https://www.revistamovimiento.com/?p=5337>

Alonso, V.; Hoffmann, M. M.; Romero, P. M.; Fuertes, S.; Posada Campoy, P.; Sánchez, L. P., y Varela, M. S. (En prensa). A nosotras no nos sirven los aplausos. De la vocación a la visibilización de trabajadores de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina. *Revista H-Ideas*.

Aspiazu, E. L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen*. [Sección Ciencias Sociales], 19 (1), 55-66.

Ávalos, M., y Lorenzetti, M. (En prensa). También somos esenciales. Experiencias de trabajadores administrativos en centros de salud de la provincia de Misiones-Argentina. *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, tomo 47 (2).

Ávalos, A. y Schiavoni, L. (7 y 8 de julio de 2022). Miradas locales a un proceso global: la vacunación contra la COVID-19 desde los trabajadores de la salud de Misiones. *III Jornadas de la RedASA: "Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia"*, Rosario, Santa Fe.

Blajos, A., y De Candia, L. (2020). *Un día nos encontraremos en otro carnaval*. Congreso de Medicina General 2020, Federación Argentina de Medicina General [FAMG].

Bochner, A. (2002). Perspectives on inquiry III: the moral of stories. En M. Knapp y J. Daley (eds.), *The handbook of interpersonal communication* (pp. 73-101). 3.^{ra} ed. Londres: Sage.

Burijovich, J. (2011a). Capacidades institucionales para el logro de la equidad de género en las políticas de salud locales. En C. La Serna (coord.), *La cuestión de género en las políticas locales*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS.

Burijovich, J. (2011ab). El concepto de Buenas Prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a otro comprensivo. En R. M. Noccetti, y H. Paulin (eds.), *Coloquios de investigación cualitativa. Subjetividades y procesos sociales* (pp. 29-40). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Burijovich, J. "Hoy por ti... ¿y mañana? Episodios de una pandemia incommensurable". En *La Tinta*. Marzo, 2022. <https://latinta.com.ar/2022/03/pandemia-incommensurable-2/>

Burin y Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [CONASEMS]. (2020). *Reconhecer a Importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia*. Brasília: CONASEMS. <https://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/>

Da Silva Catela, L. (2001). *No habrá flores en la tumba del pasado. La experiencia de reconstrucción del mundo de los familiares de desaparecidos*. La Plata: Ediciones al Margen.

Das, V. (1995). *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Nueva Delhi: Oxford University Press.

Drovetta R., y G. Morales. (2021). Socorristas en Red y las acciones de apoyo para el aborto seguro en época de pandemia en Argentina. *Boletín Miradas y horizontes feministas*, 2 (2). <https://www.clacso.org/boletin-2-miradas-y-horizontes-feministas/>

Enrici, A. (2021). El nacimiento de la viruspolítica. *Topofilia, Revista Científica de Arquitectura, Urbanismo y Territorios*, (22), 4-19. <http://69.164.202.149/topofilia/index.php/topofilia/article/view/162>

Fernández, A. M. (2008). *Las lógicas colectivas. Imaginarios cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.

Franco, T. B., y Merhy. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1), 9-20. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n1/9-20/es>

Gavin, M. L. (2018). *El poder de las emociones positivas*. <https://kids-health.org/es/teens/power-positive.html>

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Guilhem D., y Diniz D. (2017). *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense. <https://brapci.inf.br/index.php/res/download/134374>

Jimeno, M. (2016). El enfoque narrativo. En M. Jimeno; C. Pabón; D. Varela, y I. Díaz, *Las narrativas en la investigación antropológica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Lamas, M. (2021). *Dolor y Política. Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*. México: Océano.

Lewis, O. (1963). *Antropología de la pobreza*. 3.^{ra} ed. México: Fondo de Cultura Económica.

Lins Ribeiro, G. (2021). “Descotidianizar” el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (65), 106-123. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2277>

Lorenzetti, M., Ávalos M., Garcete D., Schiavoni, L. (2022). *La salud en pandemia: vivencias compartidas con las y los trabajadores de salud en Misiones*. [Video]. PISAC-COVID-19 (Cód. 077). Nodo Misiones. Secretaría de Investigación, Facultad de Humanidades y Cs. Sociales, UNaM. <https://www.youtube.com/watch?v=v78uYPIOOCsMAC>

Lean, S., y Lorenzetti, M. (7 y 8 de julio de 2022). La contención psico-social durante la pandemia de COVID-19 desde la mirada de los trabajadores de la salud en Misiones. *III Jornadas de la RedASA: “Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia”*, Rosario, Santa Fe.

Mariano Juárez, L. M.; Rodríguez Martín, B., y Conde Caballero, D. (2013). Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 55-59. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>

Mastrangelo, A.; Hirsch, S., y Demonte, F. (2022). COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 27 (11). http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-en-los-barrios-populares-de-dos-ciudades-argentinas/18297?id=18297&fbclid=IwAR2D_0KrkjdHxBRZhukPpHm-MoIdzWOoirfLsHnmwoWqzipwjHcco4hFWoD8.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Salud de Colectiva*, 8 (1), 185-207. Doi: 10.1590/S1413-81232003000100014

Merhy E., y Túlio F. (2016). *Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mondelo, M. L. (7 y 8 de julio de 2022). *Los procesos de subjetivación en las tareas de cuidado en relación a la prevención COVID-19 por parte de mujeres trabajadoras de la salud*. III Jornadas de la RedASA: “Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia”, Rosario, Santa Fe.

Ochoa, V., y Sy, A. (2021). Una aproximación relacional a la salud de lxs productorxs agrícolas de base doméstica durante la pandemia. *ConCiencia Social*, 4 (8), 102-117.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

Pfeiffer Castellanos, M. E. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4), 1065-1076.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género. En *El Sector Salud: Feminización y Brechas Laborales*. Buenos Aires: PNUD.

Ramacciotti, K. I. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*, 49, e081. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9373/pr.9373.pdf

Ramacciotti, K. I. (2021). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19. *Cuadernos de H ideas*, 16 (16), e060-e060. <https://doi.org/10.24215/23139048e060>

Ramacciotti, K. I., y Testa, D. (2022). ¿Trabajadoras o heroínas?: cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Rev Cienc Salud*, 19 (Especial), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10598>

Reguillo R. (2005). *La construcción simbólica de la ciudad: sociedad, desastre y comunicación*. México: Ed. Iteso.

Scheper-Hughes N. (2000). Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En A. Viola (comp.), *Antropología del desarrollo. Teoría y estudios etnográficos en América Latina*. Buenos Aires: Paidós Studio.

Singer, M. (1996). A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24 (2), 99-110.

Singer, M. C.; Bulled, N., y Ostrach, B. (2012). Syndemics and human health: Implications for prevention and intervention. *Annals of Applied Anthropology*, 36 (2), 205-211. Doi:10.1111/napa.12000

Sousa Campos, G. W. ([2001] 2021). Gestión en salud: en defensa de la vida. *Cuadernos del ISCo, Salud Colectiva*, 14. Remedios de Escalada: UNLa. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/15/26/63-1>

Stival, M.; Santos M.; Gil, M.; Puzzolo J., y Druetta L. (7 y 8 de julio 2022). La reorganización de los procesos de atención en los centros de salud durante la pandemia de Covid 19 en Rosario". *III Jornadas de la RedASA: "Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia"*, Rosario, Santa Fe.

Suárez, M. E.; Miranda, E.; Pérez Declerq, A.; Jerez V., y Guzmán, V. (6 al 8 de abril de 2022). Relatos y experiencias de la pandemia: Nuevos escenarios de la Salud Pública desde la voz de los/as trabajadores/as en Salta y Jujuy. *XX Jornadas Académicas de*

Investigación y de Extensión al Medio de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta, Salta.

Sy, A.; Moglia, B.; Aragunde, G., y Derossi, P. (2021a). La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. *Cadernos de Saúde Pública.* 37 (1). Doi: 10.1590/0102-311x00026120

Sy A.; Moglia B., y Derossi P. (27 de diciembre de 2021b). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Rev. Salud Pública.* 26 (2); 60-72. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/33077>

Sy, A.; Derossi, P.; Constantin, F.; Sapienza, C., y Moglia, B. (En prensa). Entre la necesidad y la virtud. Dilemas éticos del cuidado de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Cuadernos de H ideas*, 16 (16), e059.

Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (comp.), *Diversidad y Clínica Psicoanalítica. Apuntes para un debate* (pp. 27-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.

White, H. ([1987] 1992). *El contenido de la forma. Narrativa, discurso y representación histórica.* Barcelona / Buenos Aires: Ediciones Paidós.